



UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA

UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI

CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

ANNO ACCADEMICO 2023/2024

TESI DI LAUREA

**DISTURBO DISSOCIATIVO DELL'IDENTITÀ E DISFORIA DI
GENERE**

DOCENTE RELATORE

Prof. Martin DODMAN

STUDENTESSA

Silvia Verlucca Frisaglia

Matricola: 20 D03 240

Sommario

Introduzione	4
Capitolo 1: Il disturbo dissociativo d'identità.	6
1.1 Corso del disturbo	7
1.2 Aspetti etiologici	7
1.3 Dissociazione e attaccamento	10
1.4 Comorbidità	11
1.5 Diagnosi differenziale	11
1.6 Strumenti di valutazione psicodiagnostica e criteri diagnostici del DSM5	13
1.7 Terapie	16
Capitolo 2: Disforia di genere.....	20
2.1 Disforia di genere: cause e sviluppo	21
2.2 Comorbidità e diagnosi differenziale	22
2.3 Criteri diagnostici secondo il DSM5	24
2.4 Disforia di genere in età evolutiva	26
2.4.1 Intervento su bambini e adolescenti	27
2.4.2 Trattamento ormonale precoce: pro e contro	29
2.5 Disforia fisica, biochimica e sociale	31
Capitolo 3. Comorbidità di disturbo dissociativo d'identità e disforia di genere. Una panoramica sulla letteratura scientifica e alcuni studi di casi clinici	33
3.1 Una panoramica sulla letteratura scientifica	33
3.2 Alcuni studi di casi clinici	36
3.2.1 Il caso di Bruce	36
3.2.2 Un secondo caso.....	39
3.2.3 Altri studi di casi clinici	41
3.3 Conclusioni	42

Bibliografia 45

Introduzione

Questa tesi si concentra sul disturbo dissociativo dell'identità, sulla disforia di genere, e sulla comorbidità e le difficoltà nella diagnosi differenziale tra i due.

Nel primo capitolo viene trattato il disturbo dissociativo dell'identità (DID), caratterizzato dalla presenza di un'identità frammentata nel paziente. Sono analizzati gli aspetti eziologici e l'evoluzione del disturbo, con particolare attenzione alla relazione tra attaccamento e DID. Successivamente, si considerano le possibili comorbidità e le diagnosi differenziali. Si approfondiscono inoltre i metodi diagnostici, sia attraverso strumenti psicodiagnostici che i criteri del DSM-5. Infine, vengono presentate le principali modalità terapeutiche e gli approcci più efficaci per il trattamento del paziente.

Nel secondo capitolo viene trattata la disforia di genere, una condizione caratterizzata da un profondo senso di disagio verso il proprio sesso biologico e l'identità di genere che ne consegue. Sono esaminate le cause e l'evoluzione di tale condizione, incluse le possibili comorbidità e le diagnosi differenziali. Particolare attenzione è rivolta alla manifestazione della disforia di genere nell'età evolutiva e alle modalità di gestione della stessa, sia in ambito diagnostico che terapeutico. Nel contesto della diagnosi, si analizzano le linee guida da seguire nel processo diagnostico, nonché i criteri stabiliti dal DSM-5.

Nel terzo capitolo è approfondita la complessa relazione tra disturbo dissociativo e disforia di genere. Viene proposta una sintesi della letteratura scientifica su tali comorbidità e illustrato il percorso diagnostico specifico per queste situazioni peculiari. Sono descritte due casi clinici emblematici. Il primo caso riguarda un giovane che sospetta di essere affetto da disturbo dissociativo dell'identità, ma la diagnosi rivelerà invece una condizione di disforia di genere. Nel secondo caso, al contrario, un giovane è convinto di soffrire di disforia di genere, mentre la valutazione diagnostica evidenzierà come disturbo prevalente quello dissociativo dell'identità.

L'obiettivo principale di questo studio è dunque quello di esplorare la comorbidità tra disturbo dissociativo dell'identità (DID) e disforia di genere (GD), una relazione ancora scarsamente indagata e priva di una solida letteratura di riferimento. Nell'immaginario collettivo, il DID è spesso associato alla

presenza di personalità multiple, che possono assumere generi diversi all'interno di uno stesso individuo. Risulta quindi di particolare interesse esaminare come tali identità di genere possano coesistere in una sola persona e come, in alcuni casi, esse possano riflettere la presenza di una disforia di genere più che di un disturbo dissociativo. In questa tesi si propone altresì di promuovere una maggiore consapevolezza sia sul DID, una condizione ancora poco dibattuta, sia sulla disforia di genere, un tema sempre più rilevante e attuale. Infine, si vuole sottolineare come i pazienti con DID rappresentino un'unica identità frammentata, ricordando che tale condizione non equivale a una pluralità di identità ma a un unico Io in cerca di coerenza e che la ricerca di una propria identità di genere può farne parte.

Capitolo 1: Il disturbo dissociativo d'identità.

In psicologia, la coscienza è definita come la capacità dell'individuo di essere presente a sé stesso, di avere consapevolezza dei suoi pensieri, sensazioni, percezioni e azioni. Ad essa si associa il contenuto metacognitivo di autoscienza e di senso di identità della persona (D'Ambrosio & Costanzo, 2016)

Anche la coscienza può essere affetta da patologie, la cui condizione estrema è il coma. Esistono stati intermedi a quest'ultimo. Le alterazioni di coscienza possono infatti essere di tipo qualitativo o quantitativo. Tra i primi rientrano i disturbi dissociativi, classificati in: derealizzazione, depersonalizzazione e disturbo dissociativo d'identità (Biondi, 2014). I disturbi dissociativi si manifestano come una disgregazione o interruzione nella normale integrazione delle funzioni mentali, tra cui la coscienza, la memoria, l'identità, le emozioni, la percezione, la consapevolezza del corpo, il controllo dei movimenti e il comportamento. Questi disturbi sono strettamente legati ai disturbi correlati a traumi e a eventi stressanti e per questo nel DSM-5 vengono trattati subito dopo essi. Sia il disturbo da stress acuto sia il disturbo da stress post-traumatico presentano sintomi dissociativi quali amnesia, flashback, ottundimento e depersonalizzazione/derealizzazione.

Maurice Krishaber (D'Ambrosio & Costanzo, 2016) fu il primo ad occuparsi di fenomeni dissociativi, lavorando nel 1873 con due pazienti che dichiaravano di vedersi fuori del proprio corpo o di non avere consapevolezza piena di sé, e che vennero definiti dal medico ungherese con il termine nevropatia cerebro cardiaca. Il termine dissociazione venne introdotto nel 1887 da Pierre Janet, descrivendola come un improprio senso di sé (D'Ambrosio & Costanzo, 2016).

Il disturbo dissociativo d'identità è caratterizzato dalla presenza di due o più stati di personalità distinti o di un'esperienza di possessione ed episodi ricorrenti di amnesia (DSM-5). Questo disturbo è stato per molto tempo definito come disturbo da personalità multipla (ICD 10), evidenziando la presenza di più personalità/identità che convivono nella stessa persona. Questa definizione è stata cambiata ponendo maggiore attenzione sull'aspetto disintegrativo del

disturbo che riguarda la sua identità. La persona affetta, infatti, risulta essere l'insieme di parti frammentate della coscienza che non riescono più a integrarsi fra loro.

1.1 Corso del disturbo

Il disturbo dissociativo d'identità può manifestarsi in qualsiasi momento della vita, anche se la maggior parte dei casi sembra sia diagnosticato tra i 20 e i 40 anni. A seconda del momento in cui insorge presenta caratteristiche differenti: nei bambini tende a manifestarsi con problemi della memoria, della concentrazione e dell'attaccamento; durante l'adolescenza i sintomi vengono spesso confusi con una normale crisi adolescenziale o con l'esordio di un altro disturbo mentale; in età senile i soggetti possono presentarsi già in trattamento per altri disturbi (D'Ambrosio & Costanzo, 2016).

I primi sette anni di vita sono i più importanti per lo sviluppo (Haddock, 2001). Durante i primi due anni il bambino è completamente dipendente dal caregiver, imparando poi successivamente di essere un essere umano separato dai propri genitori. Quando cresce questa consapevolezza nel bambino, è importante che i genitori aiutino lo sviluppo dell'individualizzazione in modo adeguato. Dai 3 ai 6 anni il bambino scopre i ruoli sociali. In questo momento i genitori devono riuscire a non essere eccessivamente autoritari o ansiosi e lasciarlo imparare attraverso l'esperienza. Molti adulti con Disturbo dissociativo d'identità non hanno ricevuto ciò nell'infanzia, perché troppo impegnati a sopravvivere per sviluppare le competenze per interagire con gli altri. L'esperienza di traumi in età infantile e l'incapacità di processarli fanno sì che il bambino veda come unica soluzione per la sopravvivenza la dissociazione. Il cervello umano è costruito per processare traumi, ma non per essere sottoposto ad essi costantemente. Si sviluppa un disturbo dissociativo d'identità nel momento in cui la dissociazione è talmente forte da distaccarsi dalla coscienza e il bambino prova come una parte distaccata dal sé (Haddock, 2001).

1.2 Aspetti etiologici

Sono stati individuati alcuni fattori di rischio associati all'emergere di questo disturbo: abusi fisici o mentali in età infantile, assenza di sostegno da parte del contesto sociale in cui si è cresciuti e altre forme di esperienze traumatiche

(procedure mediche o chirurgiche nell'infanzia, prostituzione minorile, terrorismo...) (D'Ambrosio & Costanzo, 2016).

I traumi vissuti dall'individuo possono essere di vari tipi (prodotti da eventi naturali, dovuti ad atti che l'uomo commette contro il proprio simile, conseguenti ad agenti atmosferici o relativi a determinati contesti sociali) e la risposta ad essi dipende da fattori individuali ed esterni. La durata e l'invasività del trauma determinano una maggiore possibilità di conseguenze psicopatologiche. Si parla di trauma puntiforme per riferirsi a un'esperienza circoscritta, che ha un impatto molto forte e può contribuire allo sviluppo di disturbi come PTSD o altri disturbi dissociativi. Ci si riferisce invece ad esperienze traumatiche ripetute quando si parla di trauma cumulativo, che comportano lo sviluppo di una risposta resiliente o patologica (D'Ambrosio & Costanzo, 2016)

Quando il trauma risulta essere troppo intenso colpisce l'integrità dell'individuo, rendendola più vulnerabile allo stress. Le emozioni che sono suscitate possono sopraffare l'individuo, riducendo la sua capacità di elaborazione, fino a produrre il fenomeno della dissociazione. Nella vita di tutti i giorni è possibile provare dei momenti di dissociazione ("sognare ad occhi aperti"), ma questi si distinguono dal fenomeno dissociativo patologico per qualità, durata e intensità.

Caderna e Spiegel (1993) distinsero tre tipi di risposta dissociativa ad un trauma: isolamento e distacco dall'ambiente fisico e dalle relazioni con le altre persone; percezione alterate della realtà; alterazioni delle funzioni cognitive. La dissociazione avviene spesso in persone che hanno bisogno di distanziarsi da una realtà dolorosa: la mente dell'individuo, invece che affrontare l'accaduto e assimilarlo, lo isola dalla mente. Il soggetto può distaccarsi non solo mentalmente, ma anche fisicamente, riuscendo a vivere quasi completamente all'oscuro dei comportamenti personali, agiti dalle altre identità che prendono il sopravvento della persona. Questo avviene spesso in pazienti che hanno subito abusi sessuali o psicologici nell'ambiente familiare. Un esempio di questo fenomeno è quello del piccolo Tim, descritto da Haddock (Haddock, 2001). Tim è un bambino di cinque anni, il cui padre ha problemi con l'alcol. È spesso assente, ma le sere in cui rientra, ubriaco e facilmente irritabile, diventa rapidamente violento. Tim è troppo piccolo per difendersi dagli abusi del padre,

un forte trentenne, e quando la paura diventa troppo forte proietta sé stesso in un angolo della camera e lascia che sia un altro bambino, Matthew, a subire le violenze. Quando si sente di nuovo al sicuro, Tim “rientra” nel suo corpo. Il bambino non compie quest’azione in maniera conscia, tantomeno capisce che si tratta di dissociazione, ma usa questo comportamento per sopravvivere a una situazione pericolosa.

In uno studio su 100 casi di disturbo dissociativo d’identità (D’Ambrosio & Costanzo, 2016), il 97% dei pazienti ha riferito di aver subito un abuso in età infantile e il restante 3% è stato vittima di abbandoni. Il bambino ha meno consapevolezza di sé stesso e degli altri rispetto a un adulto, non riesce a dare una spiegazione precisa a ciò che sta vivendo (soprattutto quando gli abusi sono perpetuati da parte di persone che dovrebbero garantire la sua incolumità). Si crea quindi un’ambivalenza affettiva nei confronti di persone che rivestono, allo stesso tempo, ruolo di protettori e carnefici, con l’instaurarsi di un attaccamento disorganizzato¹. Crescendo, il bambino tende a dimenticare questi episodi. Nella sua mente si sviluppa una visione dicotomica del genitore, che appare contemporaneamente buono e cattivo. La mancata elaborazione critica dell’abuso infantile subito e la difficoltà nell’instaurare un rapporto diverso da quello avuto con il proprio genitore induce a rivestire i panni del torturatore ai danni di un’altra vittima. Studi di neuro-imaging sembrerebbero confermare che soggetti con disturbo da depersonalizzazione presentano un’alterata attivazione nelle aree corticali sensoriali del lobo parietale inferiore e nelle aree prefrontali, mentre si avrebbe un’inibizione del sistema limbico.

Vi è chiaramente una relazione tra esperienze traumatiche e disturbi dell’identità, ma non sempre queste conducono a un disturbo serio e durevole delle funzioni integratrici. Si è notato come un’esagerata convinzione da parte dei clinici dell’esistenza di questa correlazione abbia portato alcuni pazienti affetti da DID

¹Tipo di attaccamento insicuro caratterizzato da instabilità emotiva. Durante la strange situation, il comportamento del bambino appare fortemente disorganizzato, sia al momento della separazione che dopo la riunione con il *caregiver*. Quest’ultimo stile si sviluppa quando i bambini percepiscono la figura d’attaccamento come fortemente scostante o minacciosa.

I bambini che mostrano un attaccamento disorganizzato reagiscono alla separazione e al ricongiungimento, con atteggiamenti contraddittori simultanei o in rapida successione che vanno dalla ricerca intensa di contatto a marcati comportamenti di evitamento.

a credere di essere stati vittime di traumi che in effetti non si erano mai verificati (sindrome della falsa memoria) (D'Ambrosio & Costanzo, 2016).

1.3 Dissociazione e attaccamento

Da alcune ricerche sull'attaccamento (Giovanni Liotti, 2005), è emersa la possibilità che la dissociazione della coscienza sia legata ad esperienze traumatiche non elaborate vissute dal caregiver. Il bambino non è vittima di maltrattamenti, ma è in relazione con un caregiver che vive uno stato dissociativo post-traumatico. Si produce quindi uno stato dissociativo della coscienza del bambino. La relazione tra i due risulta composta da varie fasi: inizialmente, il caregiver traumatizzato esprime inconsapevolmente paura, disorientamento o collera a causa della riemersione di memorie traumatiche semi-dissociate o dissociate mentre si prende cura del bambino. L'adulto si calma anche grazie al contatto con quest'ultimo, che gli fa provare tenerezza. D'altra parte, il bambino riceve simultaneamente due messaggi: l'abbraccio consolante del caregiver ma anche l'espressione allarmata/disorientata/colerica. Inoltre, il bambino riceve anche un altro messaggio, ovvero l'abilità da parte sua di essere in grado di consolare un adulto. Per concludere, in presenza di messaggi tanto contraddittori, lo stato mentale e il comportamento del bambino risultano inesorabilmente dissociati. La sua coscienza non è in grado di organizzare una reazione coerente di allontanamento dal caregiver, ma neanche di avvicinamento. Il bambino con attaccamento disorganizzato può costruire simultaneamente almeno cinque rappresentazioni di sé con l'altro: sé come accudito dal caregiver, sé come spaventato dal caregiver, sé capace di confrontare il caregiver fragile e vulnerabile, sé e caregiver come entrambi vittime di un pericolo.

Sono stati riscontrati alcuni sintomi dissociativi anche in adulti che da bambini hanno semplicemente assistito ad un evento traumatico in cui non erano coinvolti in prima persona (Giovanni Liotti, 2005). Si è infatti notato che in persone con storie infantili di abuso verbale/emozionale si dimostra una correlazione tra elevati punteggi della scala DES ed alterazioni del sistema limbico, del volume della materia grigia, della sostanza bianca nel corpo calloso, della corona radiata e di altre aree paragonabili a quelli trovati in individui con storie di abuso sessuale infantile.

1.4 Comorbidità

I sintomi dissociativi possono essere presenti in vari gradi di intensità in molti disturbi psichiatrici (schizofrenia, PTSD, disturbo di personalità borderline, attacco di panico, disturbi di ansia, disturbo fobico, depressione maggiore, disturbo di conversione, disturbi dell'alimentazione, disturbi relativi all'abuso di sostanze, disturbo ossessivo-compulsivo) e in alcune condizioni mediche particolari (epilessia lobo-temporale, sclerosi multipla, trauma cranici, emicrania).

Il grado di comorbidità della schizofrenia con i disturbi dissociativi è del 84,9% (D'Ambrosio & Costanzo, 2016). Pazienti affetti da disturbo dissociativo d'identità spesso lamentano sintomi considerati tipicamente indicatori di schizofrenia. Tra questi, troviamo il credere che i propri pensieri, sentimenti o azioni siano controllati da qualcosa al di fuori di loro stessi, credere che gli altri possano sentire i loro pensieri o che delle voci stiano commentando le loro azioni. Il maggior fattore distintivo tra disturbo dissociativo d'identità e schizofrenia è che chi soffre del primo sente voci provenire dall'interno di sé stesso senza perdere contatto con la realtà e percependole come parte di sé.

Il grado di comorbidità con il disturbo di personalità borderline è del 64%. Spesso le personalità possono mostrare quadri caratteristici di questo disturbo: gesti di autolesionismo, impulsività e relazioni interpersonali instabili. Per i pazienti affetti da disturbo dissociativo d'identità è comune ricevere, nel corso della loro vita, un'erronea diagnosi di disturbo borderline di personalità. Questa può essere dovuta ai comportamenti altalenanti tra gli stati dell'ego.

1.5 Diagnosi differenziale

Lo scetticismo e l'ambivalenza nel considerare i disturbi dissociativi come una categoria diagnostica a sé stante si riflette nelle difficoltà nel fare diagnosi di DDI, che è confusa spesso con altre patologie psichiatriche (D'Ambrosio & Costanzo, 2016). L'errore inizia già durante il colloquio clinico, in cui non sono indagate le aree della dissociazione e del trauma o quando il clinico non si preoccupa di instaurare una buona alleanza terapeutica che permetta al soggetto di aprirsi e confidare i sintomi. Alcuni dei disturbi che entrano in diagnosi differenziale con il DDI sono epilessia del lobo-temporale, disturbi affettivi,

disturbo del comportamento alimentare, disturbi dovuti agli effetti fisiologici di una sostanza, schizofrenia e disturbo borderline di personalità.

Quando si soffre di epilessia del lobo temporale si provano i sintomi della fuga psicogena e la presenza di lievi amnesie, ma non si ha la presenza di due o più personalità. Gli episodi epilettici durano dai trenta secondi ai cinque minuti. Nei soggetti con epilessia del lobo temporale è raro che siano presenti storie di abuso infantile. Per essere sicuri delle diagnosi è necessario effettuare uno studio elettroencefalografico.

Nei disturbi affettivi si provano oscillazioni del tono dell'umore in senso depressivo, presenti anche nei soggetti con DDI. L'umore influenza vari aspetti, come la memoria o la percezione di sé, portando confusione nella diagnosi. Le fluttuazioni del tono dell'umore del disturbo bipolare potrebbero essere molto simili a quelle che caratterizzano il DDI, ma nel disturbo bipolare sono chiaramente rappresentate le diverse fasi, appartenenti alla stessa persona.

Soffrendo di disturbi del comportamento alimentare è possibile sperimentare situazioni simili a quelle esperite dai pazienti di DDI, ma si trattano di semplici alterazioni caratteriali. Le similitudini in questione sono: stato di trance esperito durante le abbuffate, presenza abusi sessuali nell'infanzia, alterata percezione del proprio corpo e presenza di comportamenti autolesivi e suicidari.

La schizofrenia è caratterizzata dalla presenza di allucinazioni visive e uditive, influenzamento del pensiero e a livello somatico. Per molto tempo si è pensato che la presenza di allucinazioni fosse un sintomo legato unicamente alla schizofrenia, idea successivamente confutata dalla presenza di questi sintomi anche in altri disturbi. Un paziente con DDI si distingue da uno con schizofrenia perché vi è coerenza nei deliri, non vi sono disturbi legati al giudizio della realtà circostante, non vi è presenza dei sintomi negativi della schizofrenia e riesce a condurre una vita più autonoma.

Per quanto riguarda il disturbo borderline di personalità, si può notare come i due disturbi abbiano meccanismi di funzionamento molto simili. Tuttavia, è possibile distinguere come i soggetti con disturbo borderline spesso hanno una storia di maltrattamento infantile meno frequenti e di un'intensità minore rispetto ai soggetti con DDI.

Inoltre, pazienti con disturbo dissociativo d'identità sono spesso depressi e i loro sintomi sembrano soddisfare i criteri per un episodio depressivo maggiore. Questa depressione, però, in alcuni casi non soddisfa pienamente i criteri del disturbo depressivo maggiore.

Infine, è importante parlare anche del disturbo da stress post traumatico. Alcuni individui traumatizzati presentano entrambi i disturbi, ma è cruciale distinguere i pazienti che soffrono di entrambi da quelli con solo DSPT. Per la diagnosi, è necessario che il medico osservi l'eventuale presenza di sintomi dissociativi che non sono caratteristici del disturbo da stress acuto o DSPT, come amnesie per molti eventi della vita quotidiana, flashback dissociativi che possono essere seguiti da amnesie per il contenuto del flashback e intrusioni sconvolgenti da parte di altre identità.

Esistono infine alcune sindromi deliranti rare che possono essere confuse con il disturbo dissociativo d'identità: la sindrome di Capgras (il paziente è convinto che un familiare o una persona a lui vicina sia stata sostituita da qualcun altro), sindrome di Fregoli (il soggetto è convinto di riconoscere in persone sconosciute una persona a lui vicina), sindrome di inter-metamorfosi (l'individuo è convinto che una persona possa trasformarsi in un'altra e viceversa), sindrome del doppio soggetto (il soggetto è convinto che al proprio interno ci sia un'altra persona che prende il sopravvento nella sua vita). Altra situazione che può portare a una diagnosi erronea di DDI è se il paziente mette in atto la simulazione (quando un individuo per interesse personale, come per evitare la prigione, simula i sintomi del DDI) (D'Ambrosio & Costanzo, 2016).

1.6 Strumenti di valutazione psicodiagnostica e criteri diagnostici del DSM5

I principali strumenti utilizzati per la diagnosi del disturbo dissociativo d'identità sono il Dissociative Experiences Scale (DES) e Dissociative Experiences Scale-II (DES II), il Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS) e il sottoscala The Dissociative Experiences Scale Taxon (DES-T).

Il DES fu elaborato da Bernstein e Putnam (1986). È uno strumento di screening autosomministrato per il disturbo dissociativo d'identità, composto da 28 domande che riguardano le esperienze di vita quotidiana. Il soggetto deve

definire in che misura avviene l'esperienza descritta, da "mai" (rappresentato con lo 0%) a "sempre" (rappresentato con il 100%). Un punteggio alto a questo test potrebbe essere indicativo per la valutazione clinica della dissociazione, ma non giustifica la diagnosi di disturbo dissociativo d'identità. Il DES II rappresenta una versione migliorata di questo strumento e fornisce in maniera affidabile e valida una quantificazione delle esperienze dissociative. È la scala di valutazione più usata nel campo della dissociazione. È costituita da 28 item e valuta alcuni fattori importanti: amnesia (non ricordare notizie importanti o persone importanti...), depersonalizzazione (costante sensazione di sentirsi "staccato" dal proprio corpo), derealizzazione (senso di perdita dell'ambiente e delle realtà che si sta vivendo) e assorbimento (preoccupazione verso qualcosa che non permette di essere attento su ciò che circonda l'individuo). È stata mossa una critica verso questa scala, in quanto i valori soglia proposti per la DES si sono dimostrati validi per l'identificazione di gravi disturbi dissociativi, ma non per individuare la depersonalizzazione. È stata elaborata la sottoscala DES dp/dr per valutare la depersonalizzazione, ma esplora solo alcuni sintomi fondamentali (essendo costituita solo da undici item) e per questo si ha un alto rischio di falsi negativi.

Colin (D'Ambrosio & Costanzo, 2016) ha elaborato la DDIS, un'intervista strutturata, utilizzata per fare diagnosi di DDI valutando anche le comorbidità presenti. Prende infatti in considerazione i sintomi positivi della schizofrenia, abuso di sostanze e altri aspetti come esperienze di abuso o violenza nell'infanzia, trance o esperienze di possessione. È costituita da 131 item, che valutano 16 aree differenti.

Il DES-T è un questionario che deriva dalla DES. Viene utilizzato soprattutto nei setting clinici, perché riesce a distinguere la dissociazione patologica più accuratamente del DES. È composto da 8 item che indagano la frequenza di alcune esperienze dissociative della vita quotidiana.

Per quanto riguarda la diagnosi nei bambini, è stata elaborata da Putnam (1997) la Child Dissociative Checklist. Si tratta di uno strumento di valutazione autosomministrato, compilato da genitori o da persone adulte che osservano il comportamento dei bambini dai cinque ai dodici anni. È costituito da venti item mediante una scala che va da 0 (falso) a 2 (assolutamente vero). Questo

strumento da solo non può, però, fornire una diagnosi: è importante che venga valutato il bambino anche attraverso un colloquio clinico.

Per adolescenti tra i 10 e i 21 anni è possibile utilizzare l'Adolescent Dissociative Experiences Scale (A-DES), un questionario autosomministrato che indaga le probabili esperienze dissociative. Non permette di distinguere i fenomeni di dissociazione adolescenziale dai fenomeni psicotici, ma permette di indagare la frequenza degli episodi dissociativi (D'Ambrosio & Costanzo, 2016).

Altri strumenti utilizzati per la diagnosi del disturbo dissociativo d'identità sono: Structured Clinical Interview for dissociative Disorders (SCID-D), questionnaire on Experiences of Dissociation (QED), Cambridge Depersonalization Scale (CDS), The Multidimensional Inventory of Dissociation (MID), The Depersonalization severity Scale (DSS), Fewtrell Depersonalization Scale e Wessex Dissociation Scale (D'Ambrosio & Costanzo, 2016).

I criteri diagnostici previsti dal DSM5 sono:

A. Disgregazione dell'identità caratterizzata da due o più stati di personalità distinti, che in alcune culture può essere descritta come un'esperienza di possessione. La disgregazione dell'identità comprende una marcata discontinuità del senso di sé e della consapevolezza delle proprie azioni, accompagnata da correlate alterazioni dell'affettività, del comportamento, della coscienza, della memoria, della percezione, della cognitività e/o del funzionamento sensorio-motorio. Tali segni e sintomi possono essere osservati da altre persone o riferiti dall'individuo.

B. Ricorrenti vuoti nella rievocazione di eventi quotidiani, di importanti informazioni personali e/o di eventi traumatici non riconducibili a normale dimenticanza.

C. I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

D. Il disturbo non è una parte normale di una pratica culturale o religiosa largamente accettata.

Nota: Nei bambini, i sintomi non sono meglio spiegati dalla presenza di un compagno immaginario o da altri giochi di fantasia.

E. I sintomi non sono attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., blackout o comportamento caotico durante l'intossicazione da alcol) o a un'altra condizione medica (per es., crisi epilettiche parziali complesse).”

1.7 Terapie

La terapia degli stati dissociativi è considerata dalla maggior parte degli specialisti un trattamento lungo e multimodale.

È stata concordata da più autori (D'Ambrosio & Costanzo, 2016) la necessità di definire varie fasi da portare avanti nel corso della terapia: una prima fase è dedicata alla costruzione dell'alleanza terapeutica e stabilizzazione, la seconda all'elaborazione dei ricordi relativi ai traumi subiti e la terza all'integrazione della personalità e alla riabilitazione relazionale.

Durante la prima fase è importante elaborare una valutazione del paziente, tenendo in conto della sua sintomatologia, il rischio suicidario, l'indicazione per un trattamento farmacologico o per un periodo di ospedalizzazione. Chu (D'Ambrosio & Costanzo, 2016) propone un modello, indicato con l'acronimo SAFER, da utilizzare in questa prima fase: Self Care and Symptom Control, Acknowledgement, Functioning, Expression and Relationships. Con “Self Care” si fa riferimento all'importanza dell'auto accudimento e dell'attenzione alle proprie necessità; il “Symptom Control” riguarda l'utilizzo di tecniche di grounding³; per “Acknowledgement” si intende la ricerca del riconoscimento da parte del paziente dell'esperienza di abuso; con “Functioning” ci si riferisce al mantenimento di un sufficiente funzionamento; per “Expression” intendiamo l'acquisizione della capacità di verbalizzare i propri sentimenti, spesso ritenuti

² Nel DSM5, per la diagnosi di un disturbo di personalità, vengono toccati sette criteri. Il primo (criterio A) consiste nella valutazione del grado di compromissione del funzionamento della personalità, il secondo (criterio B) riguarda invece la valutazione dei tratti di personalità patologici. I criteri C e D riguardano pervasività e stabilità, mentre i criteri E, F e G si riferiscono a spiegazioni alternative per la patologia della personalità, quali un altro disturbo mentale, gli effetti di una sostanza o di un'altra condizione medica oppure ancora riguardano una fase di sviluppo specifica.

³ Le tecniche di grounding consistono nella ricerca di stimoli sensoriali forti, in grado di riportare alla realtà e al momento presente il paziente. Queste tecniche hanno il senso di insegnare al paziente a riconoscere sempre meglio e più precocemente l'insorgere dei sintomi dissociativi e ad aumentare il senso di padronanza verso di questi.

indicibili; con “relationship” ci si riferisce all’aiuto dato al paziente per sviluppare e perseguire un senso di collaborazione e cooperazione paritetica.

In questa prima fase si assiste spesso a un rifiuto della relazione o a una difficoltà nell’auto-apertura. Il paziente potrebbe avere una parte di sé favorevole e fiduciosa alla terapia e un’altra, dissociata in un’alta personalità, potrebbe opporsi alla terapia e ai possibili progressi. In questo momento, inoltre, è importante non commettere errori come preferire un’identità, suggerire al paziente di ignorare alcune identità o invitarlo a crearsi una nuova identità protettiva.

Al paziente può essere prescritta una terapia farmacologica, ma è importante ricordare che non esistono farmaci in grado di agire elettivamente sui sintomi dissociativi. Possono essere utilizzati, però, per ridurre la sintomatologia intrusiva, ansioso-depressiva, l’irritabilità o altre problematiche. È necessario che il medico segua il paziente con DID in maniera continua per la gestione dei farmaci, in quanto è possibile che un’identità specifica si opponga ad un determinato trattamento farmacologico, o che il soggetto sia convinto che ogni personalità debba assumere un farmaco e per questo assuma dosi superiori a quelle prescritte. I farmaci generalmente somministrati sono antidepressivi inibitori della ricaptazione della serotonina per trattare i sintomi dell’ansia, della depressione o i sintomi ossessivo-compulsivi; ansiolitici utilizzati per ridurre l’emotività relativa ad un particolare ricordo (anche se questi vengono somministrati con attenzione, in quanto procurano dipendenza); antagonisti degli oppiacei per diminuire i comportamenti autodistruttivi e autolesivi; stabilizzatori dell’umore; antipsicotici.

L’Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)⁴ può essere utilizzato in questa fase, quando il paziente è in grado di affrontare le conseguenze delle sue scoperte e quando le identità riescono a comunicare tra loro (Miti & Onofri, 2011). Nei pazienti con disturbi dissociativi questa tecnica si basa su una duplice assunzione: i ricordi traumatici devono essere “disintossicati” per poter essere integrati e il paziente deve essere protetto dal rischio di venire sopraffatto dalle emozioni nel corso della loro elaborazione.

⁴ L’EMDR è un approccio terapeutico per l’elaborazione dei ricordi attraverso l’utilizzo di uno stimolo luminoso o sonoro.

L'EMDR è costituito da 8 fasi: raccolta delle informazioni, preparazione del paziente, assesment, desensibilizzazione, installazione, scansione corporea, chiusura e riabilitazione. Al termine di queste fasi è stata notata una modifica nell'attivazione di alcune zone limbiche, correlate agli aspetti emotivi superiori con valenza cognitiva e associativa. È bene ricordare che questa tecnica mette il paziente di fronte a un ricordo difficile da elaborare, e questo può essere difficile da gestire sia per il paziente stesso che per il terapeuta.

La seconda fase inizia nel momento in cui si è certi che il soggetto è pronto ad affrontare il lavoro di recupero delle memorie traumatiche. Si procede quindi all'elaborazione e superamento di questi ricordi. È importante procedere con gradualità, proponendo un carico di sofferenza a progressione scalare.

I pazienti possono trovarsi in tre situazioni diverse: possono avere accesso ai ricordi fin dall'inizio del trattamento ma non averli mai svelati a nessuno per senso di vergogna o di colpa, possono non avere accesso ai ricordi all'inizio del trattamento o non avere la certezza della veridicità dei propri ricordi, ma sospettare di avere subito abusi nell'infanzia. È importante che il terapeuta non suggerisca l'ipotesi di un trauma o abuso infantile per evitare la creazione di falsi ricordi.

Una delle tecniche che possono essere utilizzate in questa fase è l'ipnosi. I pazienti affetti da DID sono molto suscettibili alle tecniche ipnotiche e questa tecnica favorisce l'espressione di tutte le differenti identità, facilitando la comunicazione tra loro (D'Ambrosio & Costanzo, 2016). Una tecnica utilizzata durante lo stato di ipnosi è la tecnica del tavolo, caratterizzata da diverse fasi: si inizia con un'introduzione mediante tecniche di rilassamento, per poi chiedere al paziente di immaginare un tavolo ovale, con delle sedie vuote, a cui saranno sedute le sue identità. È importante rassicurare il paziente, ricordandogli che nessuna delle sue identità si farà male. Una terza fase è caratterizzata dalla tecnica del riflettore, ovvero si chiede al paziente di immaginare un riflettore sulla testa dell'identità che sta parlando. In questo modo si aiuta il soggetto a prendere coscienza delle altre identità. Si continua poi con la tecnica dell'intermediario, per quelle identità che non vogliono parlare con un riflettore puntato addosso: si utilizza quindi un'altra personalità come intermediario. Un'altra tecnica utilizzata è quella dello schermo: il paziente immagina la scena del tavolo vista

dall'esterno, come se la stesse osservando dalla TV, in modo da poter bloccare la scena nei momenti dolorosi. Si ricerca poi lo stato centrale dell'ego, il quale conserva la struttura più profonda dell'individuo. Scoprendolo si arriva a una migliore comprensione di esso. La tecnica della protezione della memoria permette al soggetto di sentirsi al sicuro nel rivivere certe esperienze. Un'altra fase è costituita dall'utilizzo della tecnica della trasformazione, in cui l'individuo immagina un palco sul quale avviene una trasformazione da un'identità all'altra, migliorando il processo integrativo. Per concludere, le tecniche di fusione e integrazione vengono messe in atto quando l'individuo è pronto all'integrazione delle diverse identità. L'ipnosi è stata largamente utilizzata già dal 1800 per la cura del DID, ma in tempi più recenti è stata accantonata a causa del rischio di indurre false memorie nei pazienti.

La terza fase si concentra sullo stimolare il soggetto ad una migliore interpretazione del suo ruolo nel mondo e cercando di favorire la sua integrazione sociale. Si consolidano i risultati raggiunti e si cerca di aumentare le interazioni con il mondo esterno.

In conclusione, possiamo constatare che il disturbo dissociativo dell'identità è una patologia complessa e che il suo trattamento richiede un impegno considerevole. I fattori che rendono la terapia ardua sono scarsa propensione alla diagnosi, casistiche limitate, trattamenti prolungati e gestione del carico emozionale. Inoltre, il trattamento potrebbe metterci anni prima di dare frutti. Lo scopo della terapia deve essere aiutare il paziente a vedersi come "intero", tenendo in conto che un'integrazione definitiva non è sempre possibile (D'Ambrosio & Costanzo, 2016).

Capitolo 2: Disforia di genere

In primo luogo, occorre distinguere fra sesso, genere e identità di genere. L'enciclopedia Treccani definisce il sesso come il “complesso dei caratteri anatomici, morfologici, fisiologici (e nell'uomo anche psicologici) che determinano e distinguono, tra gli individui di una stessa specie animale o vegetale, i maschi dalle femmine” (Treccani, 2024). Il termine sesso viene quindi utilizzato per indicare se una persona sia descrivibile come maschio o femmina in base ai caratteri sessuali biologici assegnati alla nascita. Questi si suddividono in due gruppi: primari (cromosomi genitali esterni, gonadi e quadro ormonale) e secondari (crescita e distribuzione dei peli, differenziazione nello sviluppo muscolare, sviluppo del seno, inizio delle mestruazioni).

Il concetto di genere si sviluppa come risultato dell'interazione di più fattori e influenzamenti interni ed esterni, con connotazioni psicologiche, sociali e culturali. Con questo termine ci riferiamo a ciò che una cultura ritiene appropriato e caratteristico come “maschile” o “femminile”. L'enciclopedia Treccani definisce il genere come la sostituzione del termine sesso per “indicare la tipizzazione sociale, culturale e psicologica delle differenze tra maschi e femmine” (Treccani, 2024). Secondo Burr (2000), il genere è un costrutto socioculturale che può essere considerato “la quinta sul cui sfondo ciascuno rappresenta la sua vita e che la permea al punto che, come la respirazione, scompare ai nostri occhi per la sua familiarità” (p.13).

In ambito clinico e scientifico, la distinzione tra i termini sesso e genere è stata introdotta nella seconda metà del Novecento da Money e Stoller (Rigobello & Gamba, 2016). In particolare, nel 1960 i due medici statunitensi furono chiamati al Johns Hopkins Hospital di Baltimora per distinguere l'identità psicosessuale di una persona (ovvero il genere) dal suo sesso biologico. Si occuparono di

⁵ Le cellule dell'essere umano contengono 23 coppie di cromosomi, 22 delle quali identiche per uomini e donne (autosomi). La ventitreesima coppia è costituita dai cromosomi sessuali: nelle donne formata da due cromosomi X (XX) e negli uomini da un cromosoma X e uno Y (XY). Il cromosoma Y contiene geni che innescano lo sviluppo delle caratteristiche maschili durante la crescita e sviluppo fetale.

⁶ Le gonadi sono gli organi deputati alla produzione delle cellule sessuali. Nelle donne, le gonadi sono chiamate ovaie e producono gli ovuli; negli uomini, le gonadi sono chiamate testicoli e producono spermatozoi.

assegnare chirurgicamente un sesso a neonati o adulti con caratteristiche ermafrodite, tendendo a basarsi sulle aspettative dei genitori o sui ruoli sociali che i pazienti erano abituati a coprire, nella convinzione che il genere non sia dato dal sesso della persona, ma può variare indipendentemente da esso. Money propone il concetto di ruolo di genere, per descrivere “tutte quelle cose che una persona dice o fa per esprimere sé stesso, o sé stessa, come possessore dello status di maschio o uomo e di donna o femmina”. Ad oggi, questa definizione è stata modificata e ampliata, e con il termine ruolo di genere ci si riferisce all’insieme delle caratteristiche estetiche, espressive e comportamentali che una data società e cultura associa e si aspetta da una persona appartenente al genere maschile o femminile.

Con identità di genere ci si riferisce alla percezione psicologica interna di un continuo e persistente senso di sé come appartenente ad uno o all’altro genere.

2.1 Disforia di genere: cause e sviluppo

La disforia di genere è una condizione di intensa e persistente sofferenza dovuta dal non riconoscersi, in senso di identità interiore o di genere, nel proprio sesso fenotipico di nascita. Il termine fu coniato da Harry Benjamin (1973), un endocrinologo tedesco che si occupò di numerosi pazienti che provavano incongruenza tra il sesso di nascita e ciò che in realtà sentivano.

Nel 1979 venne fondata la Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, la quale stipulò lo Standards of Care (SoC) per le persone transgender. Questo insieme di linee guida ha presentato però alcuni limiti per quanto riguarda la diagnosi della disforia di genere: si riteneva infatti che per poter sottoporsi agli interventi facenti parte della chirurgia di affermazione di genere e per la ricostruzione dei genitali fosse necessario essere eterosessuali, provare profonda sofferenza per il proprio corpo e genitali e vivere nel proprio genere autentico ancora prima di iniziare il trattamento. Questi criteri sono stati totalmente cambiati nel 2011, concentrandosi sui sintomi individuali e dividendo il genere dalla sessualità (Badgley et al., 2024).

La neuroscienza e la psicologia moderna hanno indagato su quali fossero le cause della disforia di genere, non arrivando però a una conclusione certa. Si è sicuri

che non derivi da traumi o da influenze esterne, è invece qualcosa di congenito che si sviluppa nell'individuo quando è ancora nell'utero materno.

La manifestazione della disforia di genere varia con l'età, per questo esistono criteri diagnostici diversi per bambini, adolescenti e adulti (Rigobello & Gamba, 2016). I bambini piccoli manifestano molto meno disforia anatomica estrema, a differenza di adolescenti e adulti, per i quali l'incongruenza da genere esperito e sesso anatomico è alla base della diagnosi. Per i bambini più piccoli, invece, la sofferenza è causata da situazioni sociali in cui non viene permesso al bambino di vivere nel ruolo del genere opposto o dalla dichiarazione da parte dei genitori che non appartiene realmente al genere opposto ma lo desidera solo. Esistono due traiettorie per lo sviluppo della disforia: disforia di genere con esordio precoce e disforia di genere con esordio tardivo. La prima inizia in età infantile e perdura fino all'adolescenza e all'età adulta, la seconda si presenta verso la pubertà o più avanti.

Nei bambini con disforia di genere i primi comportamenti del genere opposto avvengono tra i 2 e i 4 anni, ovvero il periodo in cui i bambini iniziano a manifestare comportamenti e interessi legati al genere. Alcuni bambini provano disagio nei confronti della propria anatomia sessuale, anche se tendenzialmente questo avviene con l'avvicinarsi della pubertà. La persistenza della disforia di genere dall'infanzia all'adolescenza e età adulta è variabile: negli individui nati maschi varia dal 2,2% al 30%, negli individui nate femmine varia da 12% a 50%.

2.2 Comorbidità e diagnosi differenziale

Il rischio più elevato per bambini e adolescenti con disforia di genere è l'isolamento sociale, il quale può portare una vasta serie di disagi e comportamenti dannosi. La derisione e l'ostracismo da parte dei compagni in età scolastica e il conseguente isolamento e senso di non integrazione contribuiscono all'abbassamento dell'autostima e al possibile rifiuto e abbandono scolastico, nel tentativo di ridurre lo stato di disagio. Inoltre, anche la relazione con i genitori può essere compromessa. In rari casi, la rigidità e chiusura dell'ambiente in cui si vive può portare l'individuo mettere in atto forme di trattamenti ormonali non standardizzati o fenomeni di autocastrazione o penectomizzazione.

A seconda dell'età, tendono a svilupparsi in concomitanza alla disforia di genere vari disturbi psicologici: nei bambini si possono presentare disturbo d'ansia da separazione, disturbo d'ansia generalizzato o sintomi depressivi; negli adolescenti depressione maggiore, ideazione suicidaria o tentativi di suicidio o disturbi correlati all'uso di sostanze; negli adulti disturbi d'ansia, depressione maggiore, diagnosi di disturbi di personalità o parafilie come feticismo da travestitismo⁷.

Nel momento della diagnosi, è di fondamentale importanza non confondere la disforia di genere con un semplice anticonformismo rispetto alle consuetudini stereotipate associate ai ruoli sessuali. Inoltre, è necessario porre maggiore attenzione nel formulare una diagnosi di disforia di genere nelle persone che presentano condizioni di intersessualità e per i quali è stata già posta una diagnosi per uno dei disturbi della differenziazione sessuale, quali sindrome di Rokitansky⁸, Sindrome di Morris⁹, Sindrome di Turner¹⁰, Sindrome adrenogenitale¹¹, l'ermafroditismo¹², lo pseudoermafroditismo femminile¹³ e la sindrome di Klinefelter¹⁴.

Un'altra condizione che rischia di essere confusa è il disturbo da dismorfismo corporeo, che si presenta come una grave preoccupazione per un supposto difetto nell'aspetto fisico. Questa può essere rivolta alla forma dei propri organi sessuali o su caratteri sessuali secondari, ma, a differenza della disforia di genere, non si prova sentimento di incongruenza con il genere sessuale di appartenenza.

Infine, anche nella schizofrenia il paziente può dichiarare di appartenere al sesso opposto, ma questo avviene durante i deliri. Nei casi di disforia di genere, l'appartenere al sesso opposto non è considerato un delirio, in quanto l'individuo

⁷ La parafilia è un interesse sessuale intenso e duraturo che si discosta da quello focalizzato sulla stimolazione dei genitali o sui normali preliminari sessuali. Il feticismo da travestitismo è una parafilia in cui una persona prova eccitazione sessuale indossando abiti del sesso opposto. Questo comportamento è generalmente associato a uomini che indossano abiti femminili per ottenere appagamento sessuale.

⁸ Rara sindrome che comporta malformazioni all'utero.

⁹ Condizione genetica per cui un individuo possiede cromosomi maschili, ma il corpo sviluppa caratteristiche femminili.

¹⁰ Sindrome che colpisce solo individui femminili, i quali presentano un solo cromosoma X.

¹¹ Disturbo genetico in cui le ghiandole surrenali producono eccessivamente ormoni maschili.

¹² Condizione per cui l'individuo nasce con caratteristiche sessuali sia maschili che femminili.

¹³ Condizione per cui una persona apparentemente femmina (con cromosomi XX) presenta genitali esterni maschili o ambigui.

¹⁴ Condizione genetica per cui individui maschi presentano un cromosoma X in più.

si sente membro dell'altro sesso e non "crede" di esserlo. Esistono però rari casi in cui i due possono coesistere.

2.3 Criteri diagnostici secondo il DSM5

I criteri diagnostici per la disforia di genere variano in base all'età. Esistono criteri distinti per bambini e per gli adolescenti e adulti. Ogni fascia d'età presenta specifiche manifestazioni e sintomi che vengono considerati per una diagnosi accurata

I criteri stabiliti dal DSM5 (Biondi & Bersani, 2014) per la diagnosi di disforia di genere nei bambini sono:

A. Una marcata incongruenza tra il genere esperito/espresso da un individuo e il genere assegnato, della durata di almeno 6 mesi, che si manifesta attraverso almeno sei dei seguenti criteri (di cui uno deve necessariamente essere il Criterio A1):

1. Un forte desiderio di appartenere al genere opposto o insistenza sul fatto di appartenere al genere opposto (o a un genere alternativo diverso dal genere assegnato).
2. Nei bambini (genere assegnato), una forte preferenza per il travestimento con abbigliamento tipico del genere opposto o per la simulazione dell'abbigliamento femminile; nelle bambine (genere assegnato), una forte preferenza per l'indossare esclusivamente abbigliamento tipicamente maschile e una forte resistenza a indossare abbigliamento tipicamente femminile.
3. Una forte preferenza per i ruoli tipicamente legati al genere opposto nei giochi del "far finta" o di fantasia.
4. Una forte preferenza per giocattoli, giochi o attività stereotipicamente utilizzati o praticati dal genere opposto.
5. Una forte preferenza per compagni di gioco del genere opposto.
6. Nei bambini (genere assegnato), un forte rifiuto per giocattoli, giochi e attività tipicamente maschili, e un forte evitamento dei giochi in cui ci si azzuffa; nelle bambine (genere assegnato), un forte rifiuto di giocattoli, giochi e attività tipicamente femminili.
7. Una forte avversione per la propria anatomia sessuale.

8. Un forte desiderio per le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie corrispondenti al genere esperito.

B. La condizione è associata a sofferenza clinicamente significativa e/o a compromissione del funzionamento in ambito sociale, scolastico o in altre aree importanti.”

Per quanto riguarda gli adolescenti e gli adulti, i criteri indicati sono “**A.** Una marcata incongruenza tra il genere esperito/espresso da un individuo e il genere assegnato, della durata di almeno 6 mesi, che si manifesta attraverso almeno due dei seguenti criteri:

1. Una marcata incongruenza tra il genere esperito/espresso da un individuo e le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie (oppure, in giovani adolescenti, le caratteristiche sessuali secondarie attese).
2. Un forte desiderio di liberarsi delle proprie caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie a causa di una marcata incongruenza con il genere esperito/espresso di un individuo (oppure, nei giovani adolescenti, un desiderio di impedire lo sviluppo delle caratteristiche sessuali secondarie attese).
3. Un forte desiderio per le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie del genere opposto.
4. Un forte desiderio di appartenere al genere opposto (o un genere alternativo diverso dal genere assegnato).
5. Un forte desiderio di essere trattato come appartenente al genere opposto (o a un genere alternativo diverso dal genere assegnato).
6. Una forte convinzione di avere i sentimenti e le reazioni tipici del genere opposto (o di un genere alternativo diverso dal genere assegnato).

C. La condizione è associata a sofferenza clinicamente significativa o a compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

2.4 Disforia di genere in età evolutiva

I bambini e gli adolescenti attraversano fasi di crescita in cui sviluppano una comprensione più profonda di chi sono e di come si relazionano con gli altri. Questo processo contribuisce alla formazione della loro identità. La disforia di genere durante l'infanzia e l'adolescenza è una condizione complessa e influenzata da diversi fattori: questo non solo perché i suoi sintomi e manifestazioni possono variare e non essere facilmente riconoscibili, ma anche perché coinvolge aspetti cruciali dello sviluppo personale e della crescita, come il progresso fisico, psicologico ed emotivo dell'individuo (Rigobello & Gamba, 2016).

La maggior parte dei bambini tra i due e i tre anni ha già la consapevolezza del sesso a loro assegnato alla nascita e ha assimilato le aspettative sociali sul modo di esprimere il proprio genere. Possono pensare che il genere dipenda da determinati vestiti o dalla lunghezza dei capelli e credere quindi che cambiando l'espressione del genere cambi anche il genere stesso. Intorno ai sette anni elaborano il concetto di "costanza di genere". I bambini possono mettere in atto comportamenti di gender diverse¹⁵ ed esprimere il desiderio di appartenere all'altro genere o insoddisfazione per le caratteristiche da loro possedute.

Già in età infantile il bambino può iniziare a provare disagio per il suo sesso biologico (Caldarera, 2020). Questo viene dichiarato in maniera più o meno esplicita con scontentezza per il proprio sesso biologico e desiderio di appartenere al sesso opposto, ma anche con difficoltà nell'instaurare rapporti soddisfacenti con i pari dello stesso sesso. Nei bambini maschi alla nascita, l'identificazione nel genere femminile si presenta con un interesse eccessivo per le attività tipicamente femminili, preferenza per gli abiti femminili e per i giochi generalmente usati dalle bambine (come bambole e trucchi). Per quanto riguarda le attività con i coetanei dello stesso sesso, cercano di evitare quelle che implicano l'uso della forza, la competizione o il contatto fisico. Dal punto di vista comportamentale più in generale, alcuni bambini possono urinare seduti o cercare di nascondere il pene, fingendo di non averlo, o arrivare al provare

¹⁵ Per gender diverse si intende l'indossare abiti e oggetti socialmente assegnati al genere opposto o preferire colori o giochi generalmente designati al sesso opposto.

disgusto per esso. Le bambine con disforia di genere possono avere intense reazioni di ostilità e ribellione nei confronti delle aspettative estetiche e comportamentali espresse dai genitori. Possono rifiutarsi di indossare abiti tipicamente femminili e preferire un taglio di capelli corto. Dal punto di vista comportamentale, preferiscono giochi generalmente associati al mondo maschile e scelgono compagni di gioco maschi. Crescendo, possono dichiarare il timore per il vedersi crescere le mammelle o avere le mestruazioni.

Lo sviluppo dell'identità di genere continua fino all'adolescenza. A volte in questo periodo l'individuo può riconoscersi alternativamente nel genere assegnato o nel genere opposto. La persistenza della disforia di genere dall'infanzia all'adolescenza è molto varia e non è prevedibile (Rigobello & Gamba, 2016). È importante che durante l'infanzia i genitori concedano tempo al bambino ed evitino il senso di vergogna e le umiliazioni, per evitare di innescare problematiche gravi come ansia e ritiro sociale. L'adolescenza rappresenta un momento particolare per gli individui, in quanto è caratterizzata da trasformazioni fisico-emotive che hanno effetti significativi sull'immagine corporea, la percezione del sé e sull'autostima. In questo periodo il corpo diventa centrale e la persona acquisisce graduale consapevolezza delle proprie caratteristiche sessuali. Per l'adolescente con disforia di genere la sofferenza psicologica è molto forte: percepiscono infatti incongruenza tra il genere percepito e quello assegnato e tendono a sviluppare aspettative molto idealizzate per le cure mediche, viste come sufficienti di per sé per eliminare il disagio esperito. Lavorare un adolescente con disforia di genere può essere particolarmente complicato, in quanto il 40-45% dei casi presenta altre sofferenze psicologiche o psichiatriche (Kaltiala-Heino, Bergman, Työläjarvi e Frisé, 2018), come disturbi di tipo depressivo, di tipo ansioso, disturbi del comportamento alimentare e comportamenti autolesivi.

2.4.1 Intervento su bambini e adolescenti

Quando si parla di intervento è fondamentale ricordare che non sono solo i bambini o adolescenti ad essere coinvolti, ma anche la loro famiglia. Questo avviene per valutare la possibile presenza di problematiche a livello emozionale o comportamentale e analizzare il funzionamento psicologico generale del paziente (Caldarera, 2020).

Per quanto riguarda i bambini, la maggior parte di loro non completa il percorso di transizione, ma sceglie di identificarsi con il proprio sesso biologico con l'avvenire dell'adolescenza. Non si è ancora trovato una tipologia di intervento approvata all'unanimità da utilizzare con i bambini con diagnosi di disforia di genere, ma sono state elaborate diverse linee guida, sia nazionali che internazionali: quelle stipulate dall'ONIG e gli Standards of Care della World Professional Association for Transgender Health (Caldarera, 2020).

L'Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere (ONIG) si è occupato di fornire delle indicazioni sul lavoro con minorenni e le loro famiglie. In primo luogo, ha stabilito la composizione dell'équipe che si occuperà di questo intervento: essa deve essere multidisciplinare e accogliere al suo interno psicologi, neuropsichiatri infantili, endocrinologi e pediatri. Per quanto riguarda il lavoro clinico, le linee guida dell'ONIG propongono un incontro di accoglienza con i genitori del bambino, in cui vengono raccolte informazioni su di lui e vengono informati i genitori sull'approccio del centro a cui si sono rivolti. Successivamente viene portata avanti una fase di valutazione per condurre un'analisi della domanda e un'esplorazione dello sviluppo dell'identità di genere del bambino. L'intervento prenderà in carico tutto il nucleo familiare, con l'obiettivo di sostenere il benessere del bambino e del suo nucleo di appartenenza.

A partire dal 1979 la World Professional Association for Transgender Health (Caldarera, 2020) pubblica periodicamente standard di cura per le persone transgender: gli Standards of Care. Qui vengono esplicitati i principi che devono fare da guida all'intervento, come il principio per cui il professionista deve mantenere un comportamento rispettoso e non patologizzante. Vengono indicate inoltre le competenze che i professionisti che lavorano in questo ambito devono avere. Il documento è diviso in varie sezioni, tra cui una dedicata al lavoro con bambini e adolescenti. In questa viene specificata la richiesta di possedere una preparazione specifica sull'età evolutiva e sulla psicopatologia dello sviluppo. Spiega poi come l'intervento deve essere strutturato in due passaggi: la valutazione psicologica e gli interventi psicologici e sociali. La prima prevede un'esplorazione della natura e delle caratteristiche dell'identità di genere del bambino, oltre che un'analisi del funzionamento familiare. La seconda tocca più punti, tra cui la psicoterapia focalizzata sulla riduzione del disagio provato

dal bambino in relazione alla disforia di genere, il supporto alla famiglia da parte del professionista e il divieto di imporre una visione binaria di genere.

Per quanto riguarda l'intervento su adolescenti con disforia di genere, la letteratura rimanda agli Standards of Care. L'adolescente dovrà passare un periodo di assesment di sei mesi in cui verranno individuate le sue caratteristiche di funzionamento, una seconda fase sarà costituita dalla presa in carico e dagli interventi supportivi, rivolti anche alla famiglia. Un'ultima fase sarà la transizione sociale, ovvero alla possibilità di attuare modifiche che manifestano chiaramente al contesto sociale al genere con cui ci si identifica. Questo può avvenire cambiando il proprio modo di vestire o di acconciare i capelli, cambiare l'uso del nome e dei pronomi. È bene usare molta prudenza in questa fase, in quanto la transizione sociale può rappresentare un passaggio definitivo per vivere secondo il ruolo di genere percepito.

2.4.2 Trattamento ormonale precoce: pro e contro

Con trattamento ormonale precoce si intende su individui sotto i 16 anni, procedendo alla soppressione della pubertà (Rigobello & Gamba, 2016). Quando si ha a che fare con bambini con disforia di genere si utilizza un approccio esclusivamente di tipo psicologico e neuropsichiatrico, mentre se si ha a che fare con adolescenti si possono utilizzare trattamenti medici ormonali. Questi consistono in due fasi: sospensione della pubertà e riassegnazione di genere con la terapia ormonale gender-affirming.

Per la sospensione della pubertà sono richiesti farmaci analoghi del GnRH (ormone liberatore delle gonadotropine o GnRH_a). L'Endocrine Society ha postulato delle linee guida che definiscono i criteri di eleggibilità al trattamento: se questi vengono soddisfatti si può prendere in considerazione l'idea di bloccare (temporaneamente e in modo reversibile) l'avanzamento delle modifiche puberali. In questo modo diminuirà anche il disagio causato dallo sviluppo puberale e l'équipe di salute mentale potrà approfondire la diagnosi. Questo tipo di terapia è totalmente reversibile, in quanto non modifica il corpo. Il farmaco più studiato negli adolescenti è la triptorelina: un decapeptide sintetico analogo del GnRH naturale. Viene somministrato per via sottocutanea o intramuscolare, con un dosaggio di 3.7 mg una volta al mese o 11.75 mg ogni tre mesi. Questo farmaco causa la desensibilizzazione del recettore del GnRH con riduzione dei

livelli di gonadotropine ipofisarie. Ne consegue una riduzione degli ormoni secreti dalle gonadi per cui il soggetto permane in uno stato di ipogonadismo. La terapia blocca la progressione puberale o può causare la regressione delle prime manifestazioni di sviluppo puberale (se utilizzata precocemente). Gli effetti collaterali possono essere vampati di calore esperibili nei primi mesi di trattamento, ma generalmente i GnRHa sono ben tollerati. Nei casi in cui non è possibile prescrivere i GnRHa è possibile usare farmaci progesteronici per indurre amenorrea secondaria (per transgender maschi) o bloccare la produzione di androgeni con farmaci antiandrogeni, come il ciproterone acetato (per transgender femmine).

Se la disforia di genere persiste e sono soddisfatti i criteri di eleggibilità, si può iniziare la terapia ormonale cross-sex o gender-affirming (Rigobello & Gamba, 2016). Questa consiste in una sorta di induzione della pubertà nel genere esperito e prevedono dosi crescenti di estrogeni o testosterone. La terapia con GnRHa deve essere proseguita durante la terapia ormonale gender-affirming, in quanto durante l'induzione della pubertà i livelli di steroidi sessuali non sono sufficienti a sopprimere l'asse gonadico. La terapia per gli adolescenti transgender maschi consiste in dosi crescenti di testosterone, mentre per le transgender femmine in dosi crescenti di estrogeni naturali.

Tra gli elementi a favore del trattamento ormonale precoce, la comunità scientifica menziona il miglior adattamento psico-fisico durante l'adolescenza e l'età adulta, minore necessità di interventi chirurgici in età adulta, minori livelli di ansia, depressione, disturbi del comportamento e funzionamento psicosociale. Inoltre, gli studi effettuati finora sulle conseguenze a livello fisico non sembrano indicare problematiche a livello osseo e metabolico (Rigobello & Gamba, 2016).

Tra le ragioni contrarie alla soppressione precoce dello sviluppo puberale troviamo la possibile persistenza dell'incertezza sulla propria identità di genere (causata dalla soppressione della produzione di ormoni sessuali). Inoltre, si potrebbe presumere che gli adolescenti non siano in grado di prendere decisioni importanti consapevolmente: per questo in alcuni Paesi, come Inghilterra e Canada, il trattamento ormonale viene proposto solo al termine dello sviluppo puberale. L'evidenza scientifica e gli studi di follow-up sono ancora scarsi e pochi

studi hanno valutato l'impatto sullo sviluppo osseo, cerebrale¹⁶, metabolico e cardiovascolare.

Nonostante le ricerche di monitoraggio siano ancora limitate, sembrerebbe che i vantaggi del trattamento precoce superino i potenziali svantaggi (Rigobello & Gamba, 2016).

2.5 Disforia fisica, biochimica e sociale

Per comprendere al meglio la complessità della disforia di genere, è necessario esplorare la sue varie dimensioni: la disforia fisica (il malessere relativo alle caratteristiche corporee non allineate con l'identità di genere), la disforia biochimica (emerge dai disallineamenti ormonali e chimici che influenzano la percezione del proprio corpo), la disforia sociale, (riflette il disagio derivante dalle interazioni sociali e dalle norme culturali che non riconoscono o supportano adeguatamente l'identità di genere dell'individuo) (Badgley et al., 2024).

La disforia fisica è legata al disagio per la forma del proprio corpo a causa dei caratteri sessuali che presenta. Questo disagio può essere legato ai caratteri sessuali primari (testicoli, ovaie, pene, clitoride, prostata, utero) o ai caratteri sessuali secondari (distribuzione del grasso corporeo, massa muscolare, costituzione scheletrica, texture della pelle, peli del viso, voce). I caratteri primari e alcuni di quelli secondari possono essere modificati solamente attraverso interventi chirurgici irreversibili. Alcuni cambiamenti, come quelli alla struttura scheletrica, possono essere portati avanti solo entro una certa età. La disforia fisica si può manifestare in maniere diverse: l'individuo può provare la sensazione che manchi qualcosa al suo corpo (un pene o una vagina) o, al contrario, che vi sia qualcosa che non dovrebbe essere lì. Persona nate femmine possono provare senso di disagio durante le mestruazioni.

La disforia biochimica è legata un malfunzionamento della chimica del cervello: questa si presenta quando il cervello è predisposto per uno specifico tipo di ormoni gonadici ma l'organismo produce l'altro ormone. Questo può portare a

¹⁶ Dal punto di vista cerebrale, la soppressione puberale potrebbe avere effetti negativi: eventuali variazioni nelle interazioni tra gli ormoni della pubertà e il cervello sembra possano portare a maggiori rischi di psicopatologia.

una riduzione delle capacità del cervello, a uno stato generale d'ansia, depersonalizzazione e derealizzazione.

La disforia sociale riguarda come gli altri percepiscono l'individuo. Ci si riferisce quindi a quando gli altri sbagliano il pronome con cui riferirsi o alle aspettative sociali che gli altri hanno. Per esempio, ci si aspetta che un uomo tenda a fare amicizia più facilmente con altri uomini, mentre chi soffre di disforia può sentirsi a disagio in un gruppo di uomini e comportarsi come loro può risultare imbarazzante.

In conclusione, possiamo affermare che per comprendere al meglio la disforia di genere è fondamentale avere chiara la differenza tra sesso e genere e la definizione di identità di genere. Quando quest'ultima entra in contrasto con il sesso attribuito alla nascita, portando l'individuo a provare forte angoscia e malessere, si parla di disforia di genere. Le potenziali terapie vanno scelte con cura, soprattutto quando si ha a che fare con pazienti molto giovani, in quanto implicano l'uso massiccio di ormoni e gli studi sul loro effetto necessita ancora di essere ampliato.

Capitolo 3. Comorbidità di disturbo dissociativo d'identità e disforia di genere. Una panoramica sulla letteratura scientifica e alcuni studi di casi clinici

Come abbiamo visto nei capitoli precedenti, sia il disturbo dissociativo dell'identità che la disforia di genere presentano numerose sfaccettature, rendendo il processo diagnostico complesso e richiedendo un'accurata valutazione nel tempo. Quando queste condizioni si manifestano contemporaneamente, il rischio di formulare una diagnosi errata aumenta significativamente.

Nonostante i clinici considerino spesso il DID una sindrome rara, si stima che colpisca dell'1% al 3% della popolazione. Una diagnosi accurata è fondamentale per poter fornire un trattamento tempestivo e adeguato. Tra gli strumenti di autovalutazione disponibili, la Dissociative Experiences Scale (DES) può essere utilizzata per lo screening dei pazienti con DID. Esistono anche strumenti diagnostici somministrati dai clinici, come la Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS) e la Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders-Revised (SCID-D-R), che aiutano a stabilire con sicurezza la diagnosi di DID. Le persone assegnate maschio alla nascita (AMAB) e quelle assegnate femmina alla nascita (AFAB) che vivono con disforia di genere possono trarre vantaggio da vari tipi di trattamento. Tra questi vi sono le terapie ormonali (HT) e gli interventi chirurgici di affermazione di genere (GAS).

In questo capitolo esamineremo la relativamente limitata letteratura finora prodotta sulla comorbidità di disturbo dissociativo d'identità e disforia di genere e approfondire alcuni esempi degli studi di casi clinici contenuti.

3.1 Una panoramica sulla letteratura scientifica

Soldati et al. (2022) hanno effettuato una ricerca bibliografica relativa alla letteratura sui casi clinici in cui la diagnosi era incerta tra DID e GD, seguendo

le linee guida dei Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA¹⁷) per il periodo fino al 23 dicembre 2020 utilizzando le parole chiave “dissociative OR “multiple personality” OR hysteri*) AND (“gender dysphoria” OR transsexual* OR trans-sexual* OR transgender OR “gender identity” OR “gender incongruence” OR transvesti*” (p.2). Gli studi sono stati inclusi se riportavano dati relativi sia alle identità di genere non conformi che ai disturbi dissociativi, mentre sono stati invece esclusi gli studi che non includevano dati su entrambi questi aspetti.

La ricerca sistematica nelle banche dati ha prodotto 459 risultati (147 in PubMed¹⁸, 207 in PsycInfo¹⁹ e 105 in Embase²⁰). Dopo aver eliminato 90 duplicati, sono stati aggiunti manualmente altri 2 articoli. Applicando i criteri di inclusione, 32 abstract sono stati selezionati per la valutazione del testo completo, da cui, sulla base dei criteri di esclusione, sono stati inclusi 11 articoli nella revisione. Tre articoli hanno esaminato la popolazione con disforia di genere, evidenziando una prevalenza del disturbo dissociativo dell'identità pari allo 0%, allo 0,8% e all'1,5%, rispettivamente.

Questi documenti esplorano le sfide poste dalla coesistenza della disforia di genere (DG) e del disturbo dissociativo dell'identità (DID) in vari pazienti, mettendo in luce le complessità di diagnosi e trattamenti.

Nel primo caso descritto (Mun et al., 2020), un individuo AFAM con DID riceve la diagnosi di GD a 18 anni e inizia la terapia ormonale con testosterone. Dopo due anni, mentre si osserva una riduzione del disagio fisico e dei sintomi di GD, emergono maggiore ostilità e comportamenti violenti, oltre a una maggiore predominanza di due alter maschili già presenti.

¹⁷ Insieme di linee guida che offrono un quadro dettagliato per pianificare, condurre e riportare in modo completo e coerente una revisione sistematica nel campo della sanità. Il metodo include una lista di 27 elementi che devono essere considerati nella realizzazione e nel report delle revisioni sistematiche.

¹⁸ Una delle principali banche dati in ambito biomedico, contenente oltre 30 milioni di citazioni della letteratura scientifica. Raccoglie articoli provenienti dalla banca dati MEDLINE, da riviste specializzate nelle scienze della vita e da una collezione di ebook online.

¹⁹ Una delle risorse più aggiornata per la ricerca e l'individuazione di contenuti relativi alle scienze comportamentali e alla salute mentale.

²⁰ Acronimo di Excerpta Medica dataBASE. È un database biomedico e farmacologico.

In altri due casi, riportati da Schwartz (1998) e Saks (1988), la diagnosi di GD e l'intervento chirurgico di affermazione di genere sono stati effettuati anni prima della scoperta del DID. Nel caso di Schwartz, alcune delle personalità maschili percepivano il corpo femminilizzato come una violazione e provavano disagio quando una personalità femminile aveva rapporti sessuali. Solo con il progredire della psicoterapia le personalità maschili arrivano ad accettare la transizione. In modo simile, nel caso di Saks, la terapia evidenzia la coesistenza di personalità maschili e femminili, che continuano a convivere anche dopo il GAS.

Altri studi più datati (Money, 1974; Money & Primrose, 1968) riportano situazioni simili, con due pazienti AMAB che mostrano tratti di GD e DID, ma senza diagnosi formale. Entrambi i pazienti presentano un'identità di genere maschile e una personalità dissociativa femminile. In uno di questi casi, l'alter femminile progressivamente prende il sopravvento, tanto che il paziente maschile crede di essere destinato a scomparire.

Due studi di caso, riportati di Becker e Modestin (1995), evidenziano un percorso che parte dalla diagnosi di GD ma evolve verso quella di DID. Nel caso di Becker, un Becker, un paziente AMAB con una personalità maschile e una femminile intraprende il percorso per il GAS, ma l'aumento di tensione tra le personalità culmina in un episodio di violenza verso una dominatrice-prostituta. Gli autori ipotizzano che il counseling per GD abbia esasperato il conflitto tra le personalità.

In un caso simile, un paziente AFAB inizialmente diagnosticato con GD viene poi diagnosticato con DID dopo un ricovero per depressione. In questo caso, la personalità maschile del paziente desidera il GAS, mentre le personalità femminili oppongono resistenza, portando il paziente a una forte disperazione e ideazione suicidaria. La terapia per DID permette al paziente di comprendere che la disforia è in realtà legata al DID, portandolo ad abbandonare l'idea del GAS.

Infine, in un libro di Steinberg (1995) si descrivono due pazienti AMAB che richiedono HT e GAS ma vengono diagnosticati con DID, senza soddisfare i criteri per la GD. Dopo una terapia per DID, entrambi concludono che né la terapia ormonale né il GAS sono adatti per i loro disturbi.

Prima della ricerca di Soldati et al. (2022), Colizza et al. (2014) hanno realizzato uno studio per valutare la sintomatologia dissociativa, la presenza di traumi infantili e il senso di inadeguatezza corporea in un campione di 118 persone con disforia di genere. Gli aspetti indagati sono: disturbi e sintomi dissociativi; altre condizioni legate ai disturbi dissociativi, come traumi infantili; sintomatologia dissociativa in valutazioni di follow-up dopo l'inizio della terapia ormonale e la riassegnazione chirurgica del sesso. Le ipotesi preliminari avanzate all'inizio della ricerca erano: un elevato grado di sintomatologia dissociativa, condizioni legate ai disturbi dissociativi e traumi infantili in individui con disforia di genere. Si suppone anche una maggiore incidenza di problematiche legate a disturbi dissociativi, traumi e disturbi dell'immagine corporea in pazienti con disforia di genere che soddisfano i criteri diagnostici per un disturbo dissociativo. Lo studio è stato condotto dalla U.O.C. di psichiatria Universitaria – Day Hospital per i disturbi dell'identità di genere- dell'Azienda Ospedaliera Consorziale “Policlinico” di Bari e le conclusioni tratte indicano che i soggetti con accresciuto distress psicosociale sarebbero più inclini a manifestare sintomatologia dissociativa nell'ambito della loro disforia di genere.

3.2 Alcuni studi di casi clinici

La ricerca di Soldati et al. (2022) e uno studio di Dèttore e Lavaggi (2020) riportano in modo più dettagliato alcuni esempi di studi di caso più dettagliati.

3.2.1 Il caso di Bruce

Dèttore e Lavaggi (2020) documentano un caso che risale al 2017, quando a un Consultorio Transgenere si presenta Bruce, di vent'anni, il cui sesso assegnato alla nascita è maschile e che lavora come pizzaiolo. Si rivolge a uno psicoterapeuta per problematiche di “personalità multiple”. Le identità da lui esperite sono sei: Kaos, una personalità animalesca; Diva, una bambina dispettosa e irrequieta; Jin, un'altra personalità simile a Kaos, che riesce però a camminare in piedi; Gna, incapace di parlare, Giaggiolo e Gigliola. Queste ultime sono le più presenti e sono rispettivamente attratte da Chiara (la fidanzata di Bruce) e da Massimo (un ragazzo trans FtM, conosciuto nel maggio 2017). Quando lavora, la personalità che predomina è Giaggiolo, ma negli altri contesti è Gigliola. È quest'ultima, infatti, a richiedere una terapia ormonale femminilizzante e la riattribuzione chirurgica di sesso per diventare donna.

Bruce è seguito da uno psicologo psicoterapeuta e da uno psichiatra. Si presenta con un nome femminile, acconciatura e abiti tipicamente femminili e chiede di relazionarsi a lui come donna. Spiega di aver sviluppato consapevolezza della sua identità di genere femminile e di voler intraprendere un percorso di transizione.

Racconta di aver riscontrato difficoltà a creare amicizia durante l'infanzia, perché considerato dagli altri un bambino strano e anticonformista. Ha sempre preferito la compagnia di amiche femmine e incarnato personaggi femminili sia nei giochi di ruolo che online e ha portato i capelli lunghi fino alla prima media. La sua passione è sempre stata il ballo, che ha praticato fin da piccolo. Fin dall'infanzia ha avuto fantasie su un cambiamento spontaneo del corpo in quello di una femmina. In prima superiore gioca online a un gioco di ruolo e si presenta sulle chat come Diva e ragazza, iniziando anche una relazione per scritto con un ragazzo. Dalla terza superiore in poi ha avuto un calo nel rendimento scolastico, conseguente all'aumento del disagio legato alla disforia di genere.

Da cinque anni ha una relazione con una ragazza, Chiara, che è a conoscenza del suo percorso di transizione e la supporta e da luglio 2017 vive stabilmente al femminile. Dal punto di vista del suo benessere psicologico, evidenzia una maggiore tranquillità e un umore più stabile da quando ha potuto manifestare liberamente la sua identità di genere femminile, in contrasto con la situazione psicologica passata, caratterizzata da forte disagio e alcuni atti di lieve autolesionismo e pensieri suicidari.

Durante il percorso della valutazione ha progressivamente femminilizzato il suo aspetto, con vestiti femminili, depilazione e trucco. Nella vita quotidiana, ha iniziato ad uscire con la sua fidanzata entrambe vestite da ragazze e gli amici si relazionano a lei al femminile. Per quanto riguarda la sfera sessuale, prova disagio riguardo all'ejaculazione e descrive fantasie sessuali fortemente focalizzate sulla partner femminile. Queste fantasie sono caratterizzate da un intenso desiderio di darle piacere e da una curiosità profonda verso le sensazioni che la donna prova, accompagnata da un senso di invidia verso il corpo e la femminilità della partner.

Il clima in famiglia è descritto come tranquillo, con i membri che godono di molta autonomia e trascorrono poco tempo insieme a causa degli impegni lavorativi dei genitori. Questi ultimi si dimostrano aperti e disponibili a

collaborare per l'indagine psicologica, sebbene il padre abbia qualche difficoltà e tenda a mostrarsi reticente nel trattare questi argomenti. Ha un forte desiderio di cambiare le caratteristiche sessuali del corpo attraverso la terapia ormonale e un'eventuale riassegnazione chirurgica del sesso.

Nel contesto della valutazione, sono stati eseguiti alcuni test psicologici: il protocollo MMPI-2²¹, che risulta valido per la valutazione della personalità e del disagio psicologico e rileva una lieve presenza di idee persecutorie e esperienze sensoriali bizzarre; la batteria CBA 2.0²², che riferisce una forte sintomatologia somatica su base psicologica, tono dell'umore deflesso e difficoltà del sonno; il protocollo SCID-II²³ ha richiesto un approfondimento dell'area relativa ai disturbi Ossessivo-Compulsivo, Passivo-aggressivo, Depressivo, Narcisistico e Borderline di personalità, senza però raggiungere i criteri per la diagnosi di nessuno di questi; l'Utrecht Gender Dysphoria Scale Mtf²⁴ indica un punteggio di 60, significativo per la presenza di Disforia di genere; il Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents and Adults Mtf²⁵ mostra un punteggio di 1.52, anche questo significativo per la presenza di disforia di genere.

Per analizzare la dissociazione, sono stati adottati il Dissociative Experiences Scale di Bernstein e Putnam²⁶ e il Dissociative Disorders Interview Schedule, DSM-V Version²⁷. Nel primo ottiene un punteggio di 88, che viene considerato significativo per le esperienze dissociative; nel secondo ottiene un punteggio di

²¹ Strumento che valuta tre diversi livelli di validità, utilizzando gli indici L (tendenza a mentire), F (frequenza di risposte patologiche) e K (meccanismo inconscio di difesa).

²² Batteria di test psicologici utilizzata per valutare diversi aspetti del funzionamento psicologico e comportamentale di una persona. Raccoglie informazioni su una vasta gamma di aree, come il funzionamento cognitivo, gli aspetti emotivi, i comportamenti adattivi e gli aspetti somatici

²³ Intervista clinica utilizzata per diagnosticare i dieci principali disturbi di personalità, oltre al disturbo di personalità non altrimenti specificato e ai disturbi di personalità passivo-aggressivo e depressivo. Questi disturbi sono elencati nell'asse II del DSM-IV.

²⁴ Test psicometrico usato per misurare il disagio legato alla disforia di genere nelle persone assegnate maschio alla nascita che si indentificano con un genere diverso.

²⁵ Strumento composto da 27 domande che valuta l'identità di genere e la disforia di genere in modo dimensionale, rivolto ad adolescenti e adulti.

²⁶ Questionario di autovalutazione composto da 28 domande, progettato per misurare il grado e la natura delle esperienze dissociative. Il paziente valuta la propria esperienza su una scala di 11 punti, che va dallo 0% al 100%

²⁷ Intervista strutturata per diagnosticare i disturbi dissociativi secondo i criteri del DSM-V, valutando anche traumi e altri aspetti della salute mentale.

16 nella sezione delle Caratteristiche associate con DID, ma queste non sono sufficienti per la diagnosi.

La richiesta iniziale di assistenza per i sintomi dissociativi sembra in realtà un modo complesso per esprimere una disforia di genere, presente sin dalla prima adolescenza, anche se il soggetto mostra una certa tendenza alla dissociazione. Il disagio legato all'identità di genere, insieme all'abitudine di vivere in un modo "virtuale" (attraverso giochi online, chat, social network) e a una naturale predisposizione verso la fantasia e creatività, hanno portato il paziente a sviluppare diverse identità, sia maschili che femminili.

"Giocando" con la sua preferenza di ruolo, ha esplorato l'identità femminile e le relazioni. Le varie identità descritte nel passato sembrano ormai scomparse nel momento in cui è iniziata ad emergere l'identità femminile, diventata poi stabile e predominante. Inoltre, nella storia del soggetto non emergono episodi di amnesia né fughe dissociative e non ci sono traumi infantili dovuti ad abusi o trascuratezza. Di conseguenza, nonostante il soggetto mostri una certa inclinazione verso la dissociazione, si esclude la diagnosi di Disturbo Dissociativo d'Identità.

Questo caso evidenzia quanto sia fondamentale, in ambito clinico, prestare grande attenzione alla manifestazione dei sintomi del paziente. È necessario adottare un approccio critico e analitico, cercando sistematicamente elementi che possano contraddire una diagnosi, anche quando essa sembra molto evidente, come in questo caso. Questo metodo permette di arrivare a una valutazione diagnostica accurata e completa.

3.2.2 Un secondo caso

Soldati et al. (2022) riportano il caso di un uomo di 27 anni, il cui nome non viene specificato, si rivolge a degli specialisti su consiglio del suo psichiatra per valutare un'eventuale diagnosi di disforia di genere. Egli esprime dubbi riguardo la sua identità di genere e si interroga sulla possibilità di intraprendere un percorso di transizione.

Durante il primo incontro, il paziente descrive un'incongruenza di genere e rivela di avere un'identità femminile stabile sin dall'adolescenza. Questo lo ha indotto a desiderare di vivere in un corpo femminile e ad assumere ruoli sociali

tradizionalmente femminili. Ha fatto crescere i capelli e, in alcune occasioni, si veste da donna. Questi elementi portano gli specialisti a considerare plausibile una diagnosi di disforia di genere. Tuttavia, nel corso di ulteriori colloqui, il paziente rivela di possedere otto identità, di cui due femminili e quattro maschili. Spiega inoltre di avere diversi vuoti di memoria, alcuni legati a degli eventi traumatici. In seguito, il paziente rivela di soffrire da cinque anni di un disturbo somatoforme caratterizzato da tremori e dolori, e di aver sperimentato una paralisi alle gambe durata sei mesi. Parlando della sua infanzia, spiega di essere stato adottato da bambino e di aver passato molto tempo negli ospedali a causa di dei lunghi trattamenti per la sua leucemia.

A fronte di queste informazioni, si inizia a sospettare che l'uomo possa avere un disturbo dissociativo dell'identità. Questa ipotesi viene successivamente confermata attraverso una serie di colloqui, che seguono i criteri forniti dal DSM-5, utilizzando strumenti di valutazione come il Dissociative Experiences Scale (DES) e il Structured Clinical Interview for DSM Disorders- Dissociative Disorders Revised (SCID-D-R). Il paziente presenta alcuni sintomi tipici della disforia di genere, ma quelli relativi al disturbo dissociativo d'identità hanno la precedenza. Il paziente ha accettato di partecipare a sedute aggiuntive per esplorare le opzioni di terapia ormonale legate alla sua incongruenza di genere. Tuttavia, man mano che le sessioni procedevano, le varie personalità hanno riconosciuto che il desiderio di HT derivava dal suo disturbo dissociativo dell'identità, che necessitava di un intervento psicoterapeutico. Di conseguenza, il paziente è riuscito ad abbandonare l'idea di HT e attualmente sta seguendo un percorso di psicoterapia per affrontare il DID.

Sebbene si manifestino chiari segni associati alla disforia di genere, non è necessario avviare un trattamento ormonale o intraprendere un percorso di transizione, poiché solo una delle otto personalità presenti è affetta da tale condizione. In questo caso, i sintomi del disturbo dissociativo d'identità risultano predominanti, portando a una diagnosi di quest'ultimo. Durante il processo terapeutico, è cruciale fornire supporto specifico all'identità che soffre di disforia di genere, affinché possa migliorare il proprio benessere. Tuttavia, non sarà possibile ricorrere a interventi di terapia ormonale o chirurgia per il cambio del sesso, data la complessità della situazione psicologica complessiva.

3.2.3 Altri studi di casi clinici

Soldati et al. (2022) riportano altri casi specifici descritti da Schwartz (1986) e Saks (1998). Schwartz descrive un caso di un paziente trentaduenne con un Disturbo di personalità multiple e una storia familiare molto difficile. L'uomo aveva subito abusi sessuali sia da parte della madre (che non poteva accettare l'idea di avere un figlio maschio) che da parte del padre (che credeva di insegnargli quanto fosse forte e potente attraverso questi).

All'età di 24 si è sottoposto a un intervento di riassegnazione chirurgica di sesso e spiega di come fin dall'infanzia ha desiderato appartenere al genere femminile. Oltre a ciò, ha sviluppato delle personalità alter per fronteggiare la situazione familiare. Nuove personalità emergono durante gli anni del college, dopo il matrimonio con una donna che fallisce dopo due anni. Durante gli anni, le varie personalità (sia femminili che maschili) hanno approvato la riassegnazione del sesso, nonostante la sua irreversibilità. Grazie a un percorso di terapia, emerge come le varie personalità fossero nate come "amici" per fronteggiare il dolore fisico ed emotivo. In questo caso la diagnosi risulta molto difficile: sembrerebbe che si sia sviluppato un disturbo dissociativo d'identità durante l'infanzia, che evolve verso un adattamento a un'identità transessuale, stabilizzata in età adulta.

Anche Saks (1998) riporta un caso di un paziente con una storia di personalità multiple, che si è sottoposto alla riassegnazione di sesso da femmina a maschio. Parlando della sua infanzia, il paziente racconta di aver subito abusi sessuali da parte del padre adottivo e punizioni corporali da parte della madre. Inoltre, il licenziamento di un'insegnante con cui si era confidata la porta a sviluppare un senso di impotenza e mancanza di speranza rispetto al potere dei genitori adottivi. Intorno ai sei anni inizia a sviluppare identità dissociative, con tendenza a vivere al maschile. Intorno agli 11 anni contava 7-8 alter, al momento della presa in carico sono 33. Nel 1975 si sottopone alla riassegnazione chirurgica del sesso e si sposa con una donna. Viene ricoverato più volte a causa di due crolli nervosi e, durante uno di questi avviene la diagnosi di disturbo dissociativo dell'identità. In questo caso, la diagnosi aveva tardato ad arrivare in quanto le identità maschili erano dominanti, facendo credere si trattasse di disforia di genere.

3.3 Conclusioni

Quando si cerca di distinguere tra disforia di genere e disturbo dissociativo d'identità, emerge spesso una complessità legata alla confusione o disorientamento che le persone affette da DID possono provare riguardo alla propria identità di genere, all'orientamento sessuale o persino alle caratteristiche sessuali del loro corpo. Questo accade perché le diverse identità presenti in un soggetto con DID possono identificarsi con generi differenti. Tale peculiarità rende essenziale considerare attentamente il disturbo dissociativo d'identità nel processo di diagnosi differenziale, al fine di evitare interpretazioni errate di eventuali sintomi di disforia di genere.

Le persone con disturbo dissociativo dell'identità tendono a mostrare una frammentazione complessiva dell'identità, in contrasto con chi soffre di disforia di genere, che si focalizza principalmente sulla discrepanza tra il genere percepito e quello assegnato. Una difficoltà comune nella valutazione del DID in pazienti che richiedono trattamenti per la disforia di genere è legata al fatto che la disforia è generalmente riconosciuta e riportata direttamente dalla persona, mentre il DID spesso viene diagnosticato più tardi, poiché i sintomi sono meno evidenti e talvolta nascosti. Chi soffre di GD solitamente esprime apertamente il proprio disagio e richiede interventi mirati. Al contrario, chi ha DID tende a dissimulare i sintomi, che devono essere scoperti attraverso una valutazione più approfondita. In alcuni casi, chi ha DID e desidera sottoporsi a interventi chirurgici di affermazione di genere può cercare di mettere da parte altre personalità per ottenere l'accesso a terapie ormonali o interventi chirurgici, mantenendo in primo piano solo l'identità che manifesta la disforia.

Secondo quanto evidenziato dalla International Society for the study of Trauma and Dissociation (ISSTD)²⁸, diagnosticare il disturbo dissociativo dell'identità è complesso. Ciò è principalmente dovuto al fatto che molti clinici ricevono una formazione insufficiente sulla dissociazione, sui disturbi dissociativi e sugli effetti del trauma psicologico. Questa carenza di conoscenze comporta una bassa consapevolezza clinica riguardo ai disturbi dissociativi e porta a fraintendimenti

²⁸ Organizzazione che promuove la ricerca, la formazione e il trattamento dei disturbi legati al trauma e alla dissociazione

su come si presentano. Spesso, invece di mostrare personalità chiaramente separate, un paziente con DID manifesta una combinazione di sintomi dissociativi insieme ad altri disturbi psichiatrici, come il disturbo da stress post-traumatico, la depressione, gli attacchi di panico, l'abuso di sostanze o disturbi alimentari. Poiché questi sintomi sono più familiari ai clinici, è comune che vengano diagnosticati solo questi disturbi associati, trascurando il DID. Di conseguenza, il paziente può ricevere trattamenti prolungati e poco efficaci per le condizioni sbagliate. La maggior parte dei professionisti utilizza strumenti diagnostici standard e valutazioni dello stato mentale che non includono domande specifiche sulla dissociazione né indagano la storia di traumi psicologici. Poiché i pazienti con DID raramente parlano spontaneamente dei loro sintomi dissociativi, la mancanza di un'attenzione specifica su questi aspetti impedisce al clinico di diagnosticare correttamente il disturbo.

Per quanto riguarda l'adeguatezza di offrire terapie ormonali o interventi chirurgici per l'affermazione del genere a pazienti che soffrono sia di disforia di genere che di DID, alcuni studiosi ritengono che sia molto discutibile procedere con interventi chirurgici prima di trattare il DID. Sottolineano la necessità di fornire psicoterapia per i sintomi dissociativi prima di intraprendere interventi chirurgici. Altri studiosi, invece, suggeriscono che, anche se non è necessario integrare tutte le personalità alternative prima dell'operazione, ci dovrebbe essere almeno un consenso informato o un accordo tra tutte le personalità note prima di procedere con l'intervento di affermazione del genere.

Per i pazienti che cercano supporto per la disforia di genere e che presentano sia GD che disturbo dissociativo dell'identità, è importante garantire un adeguato supporto psicologico per comprendere le esperienze delle diverse personalità alternative. Questo aiuta il paziente a dialogare con le proprie AP²⁹ cercando di trovare un compromesso che rispetti le esigenze di ciascuna personalità prima di prendere una decisione sul trattamento per la disforia di genere.

Va sottolineato che una diagnosi errata di DID come GD e un percorso di counselling mirato alla GD in un paziente affetto da DID possono avere gravi conseguenze psicologiche: queste sono coerenti con ciò che emerge dalla

²⁹ Personalità alternative

letteratura sui disturbi dissociativi non riconosciuti, dove si segnalano episodi di suicidio, autolesionismo, psicosi e riattivazione di traumi passati, sia durante la terapia che al di fuori del contesto terapeutico.

Bibliografia

- Badgley, J., et al. (2024). *The Gender Dysphoria Bible*. That's Gender Dysphoria, FYI. <https://genderdysphoria.fyi/en>
- Biondi, M. (A c. di). (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali DSM-5*. R. Cortina.
- Burr, V., (2000). *Psicologia delle differenze di genere*. Il Mulino
- Caderna, E., Spiegel, D. (1993). Dissociative reactions to the San Francisco Bay Area earthquake of 1989. *American Journal of Psychiatry*, 150. 474-478.
- Caldarera, A.M. et al. (2020). “Lavorare con le famiglie con bambini che presentano varianza o disforia di genere: Un modello di presa in carico integrato”. *Rivista di Sessuologia*, 44 (1), 123-148.
- D'Ambrosio, A., & Costanzo, F. (2016). *Il disturbo dissociativo d'identità: Il trattamento cognitivo-comportamentale*. F. Angeli.
- Dèttore, D., & Lavaggi, M. (2020). “Disturbo dissociativo dell'identità e disforia di genere: Un caso clinico”. *Rivista di Sessuologia*, 44 (1), 183-198.
- Haddock, D. B. (2001). *The dissociative identity disorder sourcebook*. Contemporary Books.
- Liotti, G. (2005). “Trauma e dissociazione alla luce della teoria dell'attaccamento”. *Infanzia e Adolescenza* 2005 Settembre-Dicembre, 130-144. <https://doi.org/10.1710/954.10443>
- Miti, G., & Onofri, A. (2011). “La Psicoterapia Cognitiva dei Disturbi Dissociativi: Dalle tecniche cognitivo-comportamentali all'approccio EMDR”. *Cognitivismo Clinico*, 8 (1), 73-91.
- Mula, M., Pini, S., & Cassano, G. B. (2007). “Rating scales for the assessment of depersonalization symptoms: A review”. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 16(3), 265–270. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00002372>
- Rigobello, L., & Gamba, F. (2016). *Disforia di genere in età evolutiva: Sostenere la ricerca dell'identità di genere nell'infanzia e nell'adolescenza*. F. Angeli.

Soldati et al. (2022). “Gender Dysphoria and Dissociative Identity Disorder: A Case Report and Review of Literature”. *Sexual Medicine*,10(5), 1-9
<https://doi.org/10.1016/j.esxm.2022.100553>

Treccani. (2024). *Vocabolario online*. <https://www.treccani.it/vocabolario/>