



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

**Corso di laurea magistrale in Psicologia di comunità, della promozione del
benessere e del cambiamento sociale**

Tesi di laurea Magistrale

**Benessere e persone TGD: il ruolo della regolazione emotiva, del
minority stress e del percorso di affermazione di genere**

**Well-being and TGD people: the role of emotion regulation, minority stress and
gender affirming care**

Relatrice

Prof.ssa Irene Leo

Correlatrice

Prof.ssa Marina Miscioscia

Laureanda: Clelia Teresa De Paola

Matricola: 2052390

Anno Accademico 2023/2024

Sommario

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Introduzione | 3 |
| CAPITOLO 1 | 5 |
| L'incongruenza di genere | 5 |
| 1.1 L'identità di genere: definizioni e glossario..... | 5 |
| 1.1.2 La disforia di genere nel DSM-5..... | 9 |
| 1.2 Criteri diagnostici per la disforia di genere nel DSM-5 | 10 |
| 1.2.1 Criteri diagnostici per disforia di genere nell3 bambin3 | 11 |
| 1.2.2 Criteri diagnostici per disforia di genere nell3 adult3 | 12 |
| 1.3 Percorso di affermazione di genere in Italia e linee guida..... | 13 |
| 1.3.1 Step e procedure del percorso di affermazione di genere | 15 |
| 1.3.2 Situazione attuale nel contesto italiano | 22 |
| CAPITOLO 2 | 26 |
| La regolazione emotiva e il percorso di affermazione di genere | 26 |
| 2.1 Regolazione emotiva: introduzione preliminare | 26 |
| 2.1.2 Il modello teorico di Gratz e Roemer..... | 28 |
| 2.2 La disregolazione emotiva nella popolazione LGBTQIA+ | 30 |
| 2.2.1 Difficoltà nella regolazione emotiva e Minority Stress: il Psychological Mediation Framework di Hatzenbuehler..... | 32 |
| 2.2.3 Difficoltà nella regolazione emotiva e persone TGD | 35 |
| 2.3 Effetti e benefici del percorso di affermazione di genere | 37 |
| CAPITOLO 3 | 45 |
| Disegno di ricerca e obiettivi | 45 |
| 3.1 Ipotesi di ricerca | 46 |
| 3.2 Fasi..... | 48 |
| 3.3 Strumenti..... | 48 |
| 3.4 Partecipanti | 53 |
| CAPITOLO 4 | 55 |
| Risultati e analisi dei dati..... | 55 |

| | | |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------|----|
| 4.1 | Statistiche Descrittive | 55 |
| 4.2 | Analisi di Affidabilità e Correlazioni | 60 |
| 4.3 | Test delle Ipotesi | 62 |
| 4.3.1 | Ipotesi 1: Ruolo della Disregolazione Emotiva come Mediatore | 62 |
| CAPITOLO 5 | | 65 |
| | Discussione e limiti della ricerca | 65 |
| 5.1 | Discussione | 65 |
| 5.2 | Limiti della ricerca e sviluppi futuri | 69 |
| | Conclusione | 73 |
| | BIBLIOGRAFIA | 75 |
| | SITOGRAFIA | 93 |

Introduzione

Negli ultimi anni, l'attenzione sulle persone transgender e gender non conforming ha subito un importante incremento, sia a livello sociale che scientifico. A livello scientifico, il costrutto di disforia di genere o incongruenza di genere ha acquisito sempre più importanza poiché esso non può essere considerato come una condizione unicamente individuale. La disforia o l'incongruenza, infatti, fanno parte di un contesto più ampio che comprende dinamiche socioculturali difficilmente riconducibili solo all'individuo, che a sua volta ne subisce l'influenza, spesso in maniera negativa tramite stigma e discriminazioni. Il presente elaborato si pone l'obiettivo di indagare diverse dimensioni relative all'esperienza delle persone transgender e gender diverse, sviluppandosi in cinque capitoli.

Nel primo capitolo, verranno date le definizioni principali per quanto riguarda disforia e incongruenza di genere e si parlerà del percorso di affermazione di genere con le sue linee guida, dando anche uno sguardo alla situazione attuale del contesto italiano.

Nel secondo capitolo, l'attenzione sarà posta su due concetti: la regolazione emotiva e il *minority stress*. La regolazione emotiva è un costrutto complesso che fa riferimento alla capacità di utilizzare diverse strategie per modulare le esperienze emotive con consapevolezza; il *minority stress* fa riferimento al costrutto che descrive le discriminazioni specifiche subite dalle minoranze sessuali e di genere. Inoltre, viene approfondito il ruolo di vari step del percorso

di affermazione di genere sul benessere complessivo delle persone transgender e gender diverse.

Il terzo capitolo si occupa della descrizione della ricerca condotta per questo elaborato. Verranno illustrati il disegno di ricerca, le ipotesi, la raccolta dati e gli strumenti utilizzati.

Nel quarto capitolo, si presentano le analisi descrittive del campione e i risultati della ricerca emersi dall'analisi dei dati raccolti. Vengono riprese e discusse le ipotesi di ricerca che vogliono indagare le relazioni fra disregolazione emotiva, *minority stress*, percorso di affermazione di genere e risultati di salute mentale.

Infine, nel quinto capitolo si propone una discussione critica alla luce dei risultati ottenuti, prendendo in considerazione i limiti della ricerca e proponendo potenziali spunti ed implicazioni per la ricerca futura.

CAPITOLO 1

L'incongruenza di genere

1.1 L'identità di genere: definizioni e glossario

In questo capitolo si parlerà di identità di genere, percorso di affermazione di genere e benessere delle persone transgender e gender diverse (TGD). Prima di cominciare, è però necessaria la definizione e la distinzione dei concetti di sesso biologico e identità di genere.

La differenziazione viene proposta in primo luogo dallo psicologo e sessuologo John Money (1955) per sottolineare la distinzione fra ciò che concerne l'anatomia sessuale e ciò che, invece, riguarda la vita psichica e sociale di un individuo.

Il sesso biologico è quell'insieme di caratteristiche cromosomiche, ormonali e anatomo-fisiologiche che denotano l'appartenenza al sesso maschile o femminile. Viene spesso stabilito nelle fasi precedenti alla nascita e attribuito poi sulla base di criteri biologici socialmente accettati. Tali criteri comprendono la tipizzazione cromosomica, il fenotipo delle gonadi e le strutture anatomiche del corpo, tra cui i genitali esterni ed interni, che, interpretati all'interno di un contesto culturale, consentono una classificazione iniziale che distingue gli individui in maschi e femmine (West e Zimmerman, 1987; Baccolini e Spallaccia, 2014; Taurino, 2021). Essendo il sesso biologico il risultato tra numerose variabili (gonadiche, cromosomiche, morfologiche, ormonali, genetiche, anatomiche e biochimiche), si possono presentare situazioni in cui vi

sono difformità cromosomiche, genetiche o morfologiche che non permettono una netta distinzione fra il sesso maschile o quello femminile. (Meoded-Danon e Yanay, 2016; Taurino, 2021; Diani e Rigobello, 2016). Il cenno all'intersessualità vuole sottolineare come già all'interno di un campo tipicamente binario come quello del sesso biologico, siano presenti in realtà delle sfumature.

L'identità di genere viene definita come la percezione interna di appartenenza al genere maschile o femminile o ad un genere non binario (come genderqueer, gender-neutral, agender, gender-fluid, transgender) che non necessariamente corrisponde al sesso assegnato alla nascita. Ad oggi, a differenza del passato, viene riconosciuta l'importante influenza della società e delle aspettative culturali, precedentemente, invece, l'identità di genere veniva invece definita come un fenomeno puramente individuale (American Psychological Association, 2023).

Sempre secondo le definizioni dell'American Psychological Association (2023), possiamo distinguere identità cisgender, ovvero soggetti il cui sesso biologico assegnato alla nascita trova corrispondenza con l'identità di genere, e persone transgender, individui in cui l'identità di genere differisce dal sesso assegnato alla nascita. Ad oggi il termine transgender è un termine ombrello che comprende anche tutte quelle soggettività che si collocano al di fuori del binarismo di genere o che si identificano in modo fluido non ricadendo nella staticità del binarismo (Richards et al., 2016; Taurino, 2021).

Il sesso biologico e l'identità di genere non sono, però, esaustivi nel descrivere la dimensione sessuale di un individuo. Infatti, queste due definizioni si collocano all'interno di un concetto più ampio definito come identità sessuale.

L'identità sessuale rappresenta una dimensione intima e personale del proprio essere sessuato. Essa è il risultato di un processo complesso, che deriva dall'interazione di fattori biologici, psicologici, socioculturali ed educativi. Non è una struttura immutabile, poiché si sviluppa nel tempo, subisce diverse influenze e, anche una volta formata, non è fissata in modo permanente, ma può variare e rielaborarsi ulteriormente (Dèttore, Ristoli & Antonelli, 2015). Secondo De Cecco e Shively (1983), l'identità sessuale è formata da quattro componenti:

- Il sesso biologico, precedentemente analizzato;
- L'identità di genere, precedentemente analizzata;
- L'espressione di genere, che può essere definita come l'insieme delle manifestazioni esterne, quali comportamenti, caratteristiche fisiche, modo di muoversi, stile di abbigliamento e altri segnali esterni, che una persona utilizza per comunicare la propria identità di genere. Questa espressione non è solo una scelta personale, ma è anche influenzata e modellata dal contesto socioculturale in cui la persona vive. Pertanto, ciò che viene percepito come espressione di un determinato genere può variare notevolmente a seconda delle norme, delle aspettative e delle tradizioni culturali di una specifica società o comunità (Money, 1985);
- L'orientamento sessuale, che viene definito come l'attrazione sessuale ed emotiva di una persona verso un'altra ed il comportamento o

l'affiliazione sociale che ne possono derivare. Alcune definizioni di orientamento sessuale comprendono quello lesbico, gay, eterosessuale, asessuale, bisessuale, queer, polisessuale e pansessuale, noto anche come multisessuale o onnisessuale (American Psychological Association, 2023).

In precedenza, si è accennato alla definizione del termine transgender, che viene utilizzato dalla comunità trans preferendolo al termine transessuale, che fa riferimento a persone che hanno subito o subiranno interventi chirurgici per allinearsi al sesso opposto rispetto a quello assegnato alla nascita. Il termine transessuale, dunque, escluderebbe le persone che non hanno intenzione di sottoporsi ad interventi chirurgici, ma sentono comunque di appartenere alla comunità trans. Considerando che la terminologia in questo ambito è in continua evoluzione, le più recenti linee guida internazionali raccomandano l'uso dell'espressione "transgender e gender diverse" (TGD). Questa è la formulazione più ampia per descrivere i membri delle diverse comunità globali la cui identità o espressione di genere si discosta dal sesso assegnato alla nascita al genere in cui ci si riconosce (Coleman et al., 2022).

1.1.2 Incongruenza di genere nell'ICD-11

L'International Classification of Diseases nella sua ultima edizione del 2018 ha sostituito il termine "transessualismo" con "Incongruenza di genere". L'incongruenza di genere si verifica quando il genere percepito o desiderato da

un individuo non corrisponde al sesso attribuito¹ alla nascita, generando una discrepanza tra il proprio corpo e il ruolo sociale associato al sesso biologico (Claahsen-van der Grinten et al., 2020).

L'incongruenza di genere è stata così derubricata dai disordini mentali ed è stata inserita nel nuovo capitolo dedicato alle condizioni di salute sessuale (ICD-11, 2018) anche grazie alla presa di posizione di alcune agenzie internazionali, tra cui il Concilio della Commissione Europea per i Diritti Umani (Council of Europe, 2012) che si sono espresse contrariamente al mantenimento della diagnosi all'interno del capitolo sui disturbi mentali dell'ICD. Il cambiamento è significativo in quanto teso a depatologizzare l'incongruenza fra il sesso biologico assegnato alla nascita e l'identità di genere esperita e a ridurre lo stigma nei confronti delle persone TGD, sottolineando piuttosto quelli che sono i fattori di stress apportati dall'incongruenza (Crapanzano et al., 2021).

1.1.2 La disforia di genere nel DSM-5

Nel DSM-5, ultima edizione del 2013 del Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali, si passa dalla definizione di "disturbo dell'identità di genere", così definito nei DSM-IV-TR (2000), a "disforia di genere". La disforia di genere si presenta quando la discrepanza di genere è associata a un intenso disagio e

¹ Council of Europe, Commissioner for Human Rights. Issue Paper: Human Rights and Gender Identity. 2009. Retrieved August 1, 2012, ultimo accesso: 9 luglio 2024, from <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1476365>

al desiderio di cambiare le caratteristiche sessuali del sesso assegnato alla nascita, al fine di conformarsi al genere con cui ci si identifica (APA, 2023). È importante notare che non tutte le persone che vivono incongruenza di genere provano disforia di genere.

Nel DSM-5 la disforia di genere viene inserita in un capitolo a parte, non più in quello delle Disfunzioni sessuali e Parafilie, ad ulteriore conferma dell'intenzione di svincolare la disforia di genere da tutto ciò che potrebbe patologizzarla. Un importante cambiamento è quello per cui il genere non è più percepito come binario come avveniva nel DSM-IV, infatti non si fa più riferimento ad "identificazione col sesso opposto", ma piuttosto di "incongruenza tra il proprio genere, così come esperito o espresso, e il genere assegnato" (American Psychiatric Association, 2013).

Il mantenimento della diagnosi all'interno dei sistemi classificatori potrebbe, però, comunque essere causa di stigma per una categoria di persone già soggetta a discriminazione. D'altra parte, una eliminazione dai sistemi diagnostici sarebbe problematica perché l'accesso alle cure non sarebbe più garantito (Drescher, 2014)

1.2 Criteri diagnostici per la disforia di genere nel DSM-5

Le persone che sperimentano disforia di genere provano una profonda incongruenza tra il sesso loro attribuito alla nascita e il genere al quale sentono di appartenere. Questa discrepanza costituisce l'elemento centrale per la diagnosi di tale condizione. Inoltre, è necessario che vi sia un notevole disagio

associato alla discrepanza tra il sesso biologico attribuito alla nascita e l'identità di genere percepita (American Psychiatric Association, 2013). La disforia di genere si manifesta come un fenomeno dimensionale lungo un continuum, che può presentarsi con vari livelli di intensità. All'apice del continuum, questa condizione può accompagnarsi al desiderio di sottoporsi a interventi chirurgici di riassegnazione del sesso (Dèttore, Ristoli & Antonelli, 2015).

1.2.1 Criteri diagnostici per disforia di genere nell3 bambin3

Di seguito vengono riportati i criteri diagnostici presenti nel DSM-5 per quanto riguarda la disforia di genere nei bambini:

A. Marcata incongruenza tra 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 appartenervi
2. Una forte preferenza per l'abbigliamento del genere opposto e resistenza ad indossare quello del genere assegnato
3. Una forte preferenza per i ruoli tipicamente assegnati al genere opposto nei giochi del "far finta" o di fantasia
4. Una forte preferenza per giocattoli, giochi o attività tipicamente assegnati al genere opposto
5. Una forte preferenza per compagni di gioco del genere opposto

6. Un forte rifiuto per giocattoli, giochi o attività tipici del genere assegnato
 7. Una forte avversione per la propria anatomia sessuale
 8. Un forte desiderio per le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie del genere esperito.
- B. La condizione è associata a sofferenza clinicamente significativa o a compromissione del funzionamento in ambito sociale, scolastico o in altre aree importanti.

Specificare se: con un Disturbo dello sviluppo sessuale (APA 2013).

1.2.2 Criteri diagnostici per disforia di genere nell'adulto

Vengono riportati di seguito i criteri diagnostici per la disforia di genere in adolescenti e adulti secondo il DSM-5:

A. Una marcata incongruenza tra il genere di cui una persona ha esperienza/esprime, e il genere assegnato alla nascita, di durata di almeno sei mesi, che si manifesta con almeno due dei seguenti:

1. Marcata incongruenza tra genere esperito e caratteristiche sessuali primarie/secondarie (o nei giovani adolescenti, le caratteristiche sessuali previste).
2. Forte desiderio di liberarsi delle proprie caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie a causa della marcata incongruenza col genere esperito

(o nei giovani adolescenti, il desiderio di prevenire lo sviluppo delle caratteristiche sessuali secondarie previste).

3. Forte desiderio per le caratteristiche sessuali primarie o secondarie del genere opposto.
 4. Forte desiderio di appartenere al genere opposto (o ad un genere alternativo diverso da quello assegnato alla nascita).
 5. Forte desiderio di essere trattato come un membro del genere opposto (o di un genere alternativo diverso dal genere assegnato alla nascita).
 6. Forte convinzione di avere sentimenti e reazioni tipici del genere opposto (o di un genere alternativo diverso dal genere assegnato alla nascita).
- C. La condizione dev'essere associata inoltre a sofferenza clinicamente significativa o a compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Specificare se: con un disturbo dello sviluppo sessuale

Specificare se: Post transizione

1.3 Percorso di affermazione di genere in Italia e linee guida

Per alcune persone trans è importante modificare il proprio aspetto fisico e per far sì che sia più allineato all'identità di genere percepita. È possibile, perciò, intraprendere un percorso di affermazione di genere, che può includere trattamenti ormonali e/o interventi chirurgici. Ogni percorso viene personalizzato in base alle necessità individuali e procede per fasi successive. Nella fase

precedente all'inizio del percorso di affermazione di genere, è necessario che la persona riceva tutte le informazioni sulle procedure e terapie disponibili, che ne vengano elencati i rischi e le eventuali irreversibilità, solo in un secondo momento la persona potrà fornire il consenso informato concordato con i3 specialist3 (Infotrans, 2024). È necessario sottolineare che alcune persone non sentono la necessità di voler intraprendere un percorso che includa modifiche chirurgiche e/o ormonali, ciò non rende meno valida la propria affermazione come persona TGD.

Vengono messe a disposizione delle persone TGD diverse procedure per affermare la propria identità di genere in base alle scelte personali e allo stadio di sviluppo (Mezzalira et al., 2022). Si può pensare all'affermazione di genere come ad un costrutto che include principalmente tre fattori: l'affermazione sociale, legale e medica.

L'affermazione sociale è una procedura non medica in cui la persona adotta l'identità, le espressioni e i ruoli del genere che sente come propri (Turban, 2017). Questa transizione sociale può migliorare la "congruenza dell'aspetto" (Appearance Congruence), ovvero l'allineamento percepito tra l'identità di genere della persona e il suo aspetto fisico e/o anatomico. Alcuni studi rilevano come un maggiore l'allineamento fra aspetto fisico ed identità di genere percepita porti ad un miglioramento della salute mentale in modo progressivo in maniera lineare con l'aumentare della congruenza (Kozee et al., 2012).

L'affermazione legale riguarda la rettifica anagrafica del nome e degli indicatori del sesso sui documenti ufficiali, come la carta di identità o la patente di guida.

Uno svantaggio di questo funzionamento da notare è che l'indicazione del sesso sui documenti sia strettamente binaria, includendo come definizioni solo quelle di maschio e femmina, non lasciando così la possibilità alle persone non binarie di autodeterminarsi.

Infine, il processo di affermazione medica implica diverse procedure, tra cui trattamenti ormonali che bloccano la pubertà, terapie ormonali sostitutive ed eventuali interventi chirurgici atti ad allineare l'aspetto fisico con l'identità di genere esperita dalle persone (Lev & Sennott, 2020).

La WPATH (World Professional Association for Transgender Health o Associazione Internazionale per la Salute delle Persone Transgender) il 22 settembre del 2022 ha promulgato nuove linee guida riferite all'assistenza e alla salute delle persone transgender e gender diverse. Queste ultime sono state denominate SOC 8, ovvero Standard of Care, e contano/ si strutturano di 18 capitoli. Il principale obiettivo di tali linee guida è sostenere un'assistenza per le persone transgender e gender diverse sicura, che possa promuoverne il benessere fisico, psicologico e l'autodeterminazione. Per fare ciò, le linee guida forniscono strumenti aggiornati e utili a³ professionist³ che lavorano con le persone TGD (Coleman et al., 2022).

1.3.1 Step e procedure del percorso di affermazione di genere

Il termine "percorso di affermazione di genere" ha preso il posto della definizione "transizione di genere" perché non si tratta di un percorso lineare con un inizio ed un unico obiettivo finale come il cambiamento dell'aspetto

fisico, ma si vuole piuttosto far risaltare l'unicità di ogni percorso, tenendo in considerazione che ogni individuo, a prescindere dalla propria identità di genere, è in un percorso in cui si auto afferma (Lorusso et al., 2024).

Sul territorio italiano sono presenti diversi centri che si occupano del percorso facendo riferimento alle linee guida proposte dall'ONIG (Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere). Viene adottato un approccio interdisciplinare, coinvolgendo professionisti quali psicologi, psichiatri ed endocrinologi vista la sfaccettatura del fenomeno.

La diagnosi di disforia di genere o di incongruenza di genere è fondamentale per le persone transgender che intendono intraprendere un percorso di affermazione; il percorso psicologico vede la partecipazione di esperti psicologi e psichiatri che attestino la presenza di incongruenza di genere e la presenza o meno di comorbidità incompatibili con l'inizio della terapia ormonale (Crapanzano et al., 2021).

La questione del percorso psicologico si porta dietro diverse discussioni. Le persone che si interfacciano al percorso di affermazione di genere possono andare incontro a diversi cambiamenti e difficoltà a livello interpersonale e sociale, come l'affrontare il Minority Stress, o dover essere costretti a fare coming out in alcuni contesti, ed in questi casi le persone possono essere supportate e possono trarre vantaggi dal sostegno di un professionista (Cavanaugh, 2016); dall'altra parte, però, la necessità di una diagnosi può essere vista come un ostacolo.

Nello studio di Lorusso e colleghi (2024), viene sottolineato come nel rapporto con i professionisti, le persone trans riportino di essere state sottoposte a stressor distali quali *deandnaming* e *misgendering*, invalidazione, *gatekeeping* (l'assunto per cui non viene emessa una diagnosi sulla base dell'idea che il professionista sappia meglio del paziente cosa sia meglio per lui), e stressor prossimali, quali l'idea che il percorso di affermazione di genere non sia accogliente e che rafforzi lo standard binario, sentendosi quindi non liberi di esprimersi veramente. Infatti, il numero di persone trans che iniziano un percorso di genere che si riconoscono in uno dei generi binari è significativamente più alto rispetto alle persone non binarie, che si sentono meno protette e riconosciute dai professionisti, come mostrato in letteratura (Baldwin et al., 2018; Mirabella et al., 2022; Rosati et al., 2022).

Tornando all'iter del percorso di affermazione di genere, vengono riportati di seguito i criteri che devono essere soddisfatti per intraprendere un percorso di terapia ormonale dalle persone adulte (Coleman et al., 2022):

- L'incongruenza di genere è netta e persistente;
- Soddisfa i criteri diagnostici di incongruenza di genere prima di effettuare il trattamento ormonale di affermazione di genere nelle regioni in cui la diagnosi è richiesta per l'accesso all'assistenza sanitaria;
- Dimostra di essere in condizione di acconsentire allo specifico trattamento ormonale di affermazione di genere;
- Sono state individuate ed escluse altre possibili ragioni di apparente incongruenza di genere;

- Sono state valutate le condizioni fisiche e di salute mentale che potrebbero influire negativamente sull'esito del trattamento discutendone rischi e benefici;
- Comprende l'effetto del trattamento ormonale di affermazione di genere sulla procreazione e ha esplorato le opzioni riproduttive.

La terapia ormonale deve essere adattata alle esigenze individuali della persona: in una persona assegnata maschio alla nascita può essere femminilizzante e/o de-mascolinizzante, mentre in una persona assegnata femmina alla nascita può essere mascolinizzante.

Nel trattamento ormonale femminilizzante, si somministrano comunemente estrogeni per favorire lo sviluppo di caratteri sessuali secondari, come la crescita del seno, e antiandrogeni per ridurre caratteristiche maschili come la peluria o le erezioni.

Nel trattamento ormonale mascolinizzante, si somministra comunemente testosterone, per lo sviluppo di caratteri maschili e il blocco del ciclo mestruale.

Il trattamento ormonale deve essere personalizzato in base agli obiettivi e alle necessità della singola persona, tenendo in considerazione le sue condizioni di salute complessive (Infotrans).

L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) il 1 ottobre 2020 ha stabilito che la terapia ormonale sostitutiva per le persone in percorso di affermazione di genere è interamente a carico del Sistema Sanitario Nazionale (Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, 2020).

Nel 2019 la Endocrine Society ha emanato linee guida secondo cui la terapia ormonale sostitutiva può essere intrapresa a partire dai sedici anni, a condizione che vi sia un'autorizzazione documentata dei genitori o del tutore legale dell'adolescente, e che la persona dimostri di essere sufficientemente matura per intraprendere il percorso (Meyer et al. 2020); tuttavia, le nuove linee guida della WPATH consentono di intraprendere la terapia ormonale sostitutiva prima del compimento dei sedici anni in alcuni specifici casi.

Quando ci si imbatte in incongruenza di genere in bambini o adolescenti minori di sedici anni, si può procedere con dei farmaci bloccanti della pubertà quando la persona incontra questi criteri (Coleman et al. 2022):

- L'incongruenza di genere è marcata e costante nel tempo;
- Soddisfa i criteri diagnostici di incongruenza di genere in situazioni in cui la diagnosi è necessaria per accedere all'assistenza sanitaria;
- Dimostra la maturità emotiva e cognitiva necessaria per fornire un consenso informato al trattamento;
- Sono stati affrontati i problemi di salute mentale (se presenti) che possono interferire con la chiarezza diagnostica, la capacità di dare il consenso e le terapie mediche di affermazione di genere, in modo tale che le terapie mediche di affermazione di genere possano essere fornite in modo ottimale.
- La persona è stata informata degli effetti sulla riproduzione, compresa la potenziale perdita di fertilità e le opzioni disponibili per preservarla;
- È stato raggiunto lo stadio Tanner 2

I bloccanti della pubertà sono farmaci che agiscono sul sistema endocrino e sono largamente usati sia nel trattamento della pubertà precoce, sia contro il tumore al seno e alla prostata. Essendo il loro effetto reversibile e temporaneo, non si tratta di una terapia ormonale sostitutiva, lo scopo è piuttosto quello di impedire lo sviluppo di caratteri sessuali secondari del genere assegnato alla nascita con l'avvento della pubertà.

I bloccanti della pubertà sono medicinali che agiscono sul sistema endocrino e vengono largamente utilizzati sia per trattare la pubertà precoce, sia per combattere il cancro al seno e alla prostata. Poiché il loro effetto è temporaneo e reversibile, non costituiscono una terapia ormonale sostitutiva. Il loro scopo è, piuttosto, quello impedire lo sviluppo dei caratteri sessuali secondari associati al genere assegnato alla nascita con l'avvento della pubertà (Meyer et al., 2020).

Per quanto riguarda le procedure per gli interventi chirurgici e la rettifica dei documenti, esse sono disciplinate dalla legge 164/1982 dal nome "Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso". Fino al 2011, la legge prevedeva che il giudice dovesse dare l'autorizzazione per la riattribuzione chirurgica del sesso e solo dopo aver eseguito l'operazione chirurgica di riassegnazione la persona poteva richiedere il cambio anagrafico, così da poter adeguare il proprio nome (Crapanzano et al., 2021). Questa pratica era discriminante, costringendo le persone trans a sottoporsi ad interventi chirurgici estremamente invasivi e rendendo meno valida l'esperienza di chi volesse affermarsi come persona trans senza però voler intraprendere un percorso chirurgico.

Allo stato attuale, dunque, non è più necessaria l'operazione chirurgica di riassegnazione di sesso; tuttavia, la rettifica anagrafica rimane a discrezione del giudice; la domanda va presentata al tribunale del luogo di residenza della persona assieme alla relazione dell'3 psicolog3, dell'3 psichiatr3 e dell'3 endocrinologh3 dopo l'inizio della terapia ormonale sostitutiva da almeno 12 mesi (Crapanzano et al., 2021; Infotrans, 2024).

Le persone che hanno intenzione di sottoporsi ad interventi chirurgici di affermazione di genere per la modifica dei caratteri sessuali primari e/o secondari dovranno essere in possesso della sentenza del Tribunale che attesti l'autorizzazione (Infotrans, 2024); nello specifico, l'operazione di riassegnazione chirurgica di sesso consiste nell'asportazione degli organi genitali e la realizzazione di strutture il più somiglianti possibile agli organi sessuali del genere di elezione (Crapanzano et al.,2021).

L'equipe medica è responsabile di spiegare all'utente tutti gli aspetti dell'intervento e le sue possibilità di successo, in modo che la persona possa avere aspettative realistiche e raggiungere un buon livello di soddisfazione con i risultati ottenuti.

I criteri per il percorso chirurgico sono i seguenti (Coleman et al., 2022):

- L'incongruenza di genere è marcata e costante;
- Soddisfa i criteri diagnostici per l'incongruenza di genere prima dell'operazione chirurgica di affermazione di genere nelle regioni in cui la diagnosi è necessaria per accedere all'assistenza sanitaria;

- Dimostra di essere in grado di dare il proprio consenso per lo specifico intervento chirurgico di affermazione del genere;
- È consapevole dell'effetto dell'intervento chirurgico di conferma di genere sulla riproduzione e ha esplorato le opzioni riproduttive;
- Sono state identificate ed escluse altre possibili cause di apparente incongruenza di genere;
- Sono state valutate le condizioni fisiche e di salute mentale che potrebbero influire negativamente sull'esito dell'intervento chirurgico di conferma del genere e sono stati discussi rischi e benefici;
- Stabilità nel regime di trattamento ormonale per l'affermazione di genere (che può includere almeno 6 mesi di trattamento ormonale o un periodo più lungo se necessario per ottenere il risultato chirurgico desiderato, a meno che la terapia ormonale non sia desiderata o sia controindicata dal punto di vista medico).

1.3.2 Situazione attuale nel contesto italiano

Nel gennaio 2024, il Ministero della Salute italiano ha condotto un'ispezione all'Ospedale Careggi di Firenze, un centro di riferimento per i percorsi di affermazione di genere dell'3 adolescenti in Italia. Questa azione è stata richiesta dalla maggioranza parlamentare per verificare i percorsi di trattamento dei bambini con disforia di genere e l'uso del farmaco triptorelina.

Nello specifico, è stato accusato l'ospedale di somministrare la triptorelina senza attenersi alle procedure dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), di non

fornire l'adeguata assistenza psicoterapeutica e psichiatrica a bambini³ di circa undici anni a cui ²veniva fornito l'intervento e di essere sprovvisto di un reparto di neuropsichiatria infantile.

L'ospedale Careggi ha immediatamente respinto le accuse presentando una relazione al ministero in cui veniva specificato che tutto avviene sotto supervisione e che le somministrazioni farmacologiche siano state ridotte. La Regione Toscana ha fornito, infatti, i dati relativi: nel 2022 gli accessi al Centro regionale per incongruenza di genere sono stati 60, di cui 18 hanno ricevuto prescrizione per il trattamento farmacologico; nel 2023, gli accessi sono stati 150 e le prescrizioni farmacologiche 26. Si attesta dunque come l'età media di chi accede al Centro regionale sia di 14,8 anni, e l'età media di chi riceve il trattamento farmacologico sia di 15,2 anni. La somministrazione di triptorelina è diminuita nel tempo. È stato inoltre evidenziato che la triptorelina viene somministrata solo a ragazzi già in pubertà, non a bambini, e che la valutazione psicologica dei pazienti è principalmente svolta dall'ASL Toscana centro: "Lo psicologo valuta nel corso di varie sedute nell'arco di circa un anno se il paziente soddisfa i criteri diagnostici per la disforia di genere. Qualora l'adolescente soddisfi i criteri, l'utente e la famiglia continuano a ricevere regolari colloqui psicologici, con attivazione concomitante dell'équipe multidisciplinare e specialistica (con un neuropsichiatra, un endocrinologo, uno

² L'ispezione all'ospedale Careggi di Firenze sui farmaci per minorenni con disforia di genere - Il Post. (2024, 24 gennaio). Il Post. Ultimo accesso: 11 luglio 2024, <https://www.ilpost.it/2024/01/24/ispezione-ministeriale-ospedale-careggi-firenze/>

psicologo e uno specialista di bioetica). L'équipe, che si riunisce una volta al mese, ha il compito di confermare la diagnosi di disforia di genere analizzando ogni singolo caso" (Il Post, 2024)

In una lettera indirizzata al Ministero della Salute, 259 genitori hanno descritto le azioni contro l'ospedale Careggi come una "punizione" ideologica che mette in pericolo la vita dei giovani, definendo la situazione come "molto pericolosa". La lettera afferma che viene compromesso un servizio pubblico fondamentale e che si sostengono posizioni antiscientifiche con la diffusione di informazioni false sui media, in violazione della Costituzione italiana e dei Trattati dell'Unione Europea.

Le società scientifiche (ACP, AIT, AME, ONIG, SIAMS, SID, SIE, SIEDP, SIGIS, SIMA, SINPIA-sezione di Psichiatria, SIPPS) hanno preso posizione, dichiarando che la triptorelina è un farmaco salvavita per i giovani transgender e gender diverse, somministrato solo dopo un'attenta valutazione multiprofessionale. Hanno anche sottolineato la natura transitoria e reversibile del trattamento con GnRHa, il cui scopo è fornire tempo ai giovani e alle loro famiglie per prendere decisioni più mature.

In seguito a questi fatti, il Ministero della Salute e della Famiglia ha istituito una maxi-commissione di 29 membri per riscrivere le linee guida dell'assistenza nei percorsi di affermazione di genere. Isa Borrelli, editorialista presso Domani, ha osservato che i nomi dei membri invitati indicano un orientamento fortemente

³ L'ispezione all'ospedale Careggi di Firenze sui farmaci per minorenni con disforia di genere - Il Post. (2024, 24 gennaio). Il Post. Ultimo accesso: 11 luglio 2024, <https://www.ilpost.it/2024/01/24/ispezione-ministeriale-ospedale-careggi-fiorenze/>

politico del dibattito. Anche l'AIFA sta preparando nuove restrizioni sull'uso della triptorelina.

Le associazioni e collettivi di persone Trans* e loro alleati hanno criticato l'istituzione del tavolo tecnico per la mancanza di consultazione con le associazioni che si occupano della salute delle persone trans da decenni. Hanno dichiarato che il coinvolgimento diretto di queste associazioni è essenziale per evitare che il tavolo sia guidato da chi ha condotto una crociata ideologica contro la comunità trans, peggiorando ulteriormente le condizioni già precarie della popolazione trans in Italia.

La letteratura scientifica evidenzia che il 40% dei giovani transgender rientra nella popolazione/ nei soggetti a rischio suicidio (James SE, et al. National Center for Transgender Equality. 2016), ma la terapia con triptorelina riduce tale rischio del 70% (Turban et al., 2020). Inoltre, studi come quello di Diana Tordoff e colleghi (2022) mostrano come gli interventi legislativi contrari ai percorsi di affermazione di genere aumentano il rischio di suicidio tra i giovani trans. Le persone trans che ricevono supporto medico mostrano una riduzione del 60% dei casi di depressione e del 73% dei pensieri o tentativi di suicidio rispetto a quelle che non ricevono supporto. Le associazioni chiedono, quindi, che si tenga conto di questi dati e che si evitino visioni antiscientifiche e stigmatizzanti.

CAPITOLO 2

La regolazione emotiva e il percorso di affermazione di genere

2.1 Regolazione emotiva: introduzione preliminare

La regolazione emotiva si presenta come un costrutto complesso; alcune teorie pongono l'accento sul controllo sia dell'esperienza che dell'espressione emotiva, in particolare focalizzandosi sulla gestione delle emozioni negative e sulla riduzione dell'attivazione emotiva (Garner & Spears, 2000; Kopp, 1989; Zeman & Garber, 1996). Al contrario, altre prospettive evidenziano la funzione adattiva delle emozioni, sostenendo che la regolazione emotiva non equivale necessariamente al controllo delle emozioni e che non implica sempre la riduzione immediata delle emozioni negative (Cole, Michel, & Teti, 1994; Thompson, 1994).

Queste teorie indicano che una limitata capacità di vivere e differenziare l'intero spettro delle emozioni, così come l'incapacità di reagire in modo spontaneo, possono essere altrettanto problematiche quanto l'incapacità di ridurre o regolare le emozioni negative intense (Cole et al., 1994; Paivio & Greenberg, 1998; Gross & Munoz, 1995). Allo stesso modo, secondo alcuni studi, una regolazione emotiva efficace include non solo la modifica delle emozioni, ma anche il loro monitoraggio e valutazione, sottolineando l'importanza di essere consapevoli e di saper comprendere le proprie emozioni (Thompson & Calkins, 1996).

L'importanza della funzionalità delle emozioni è supportata da studi che dimostrano come il tentativo di controllare l'esperienza e l'espressione emotiva possa avere effetti disregolatori. Uno studio di Hayes e colleghi (1996) ha sottolineato che gli sforzi per evitare esperienze interne indesiderate, come pensieri e sentimenti negativi, possono contribuire allo sviluppo di diversi disturbi psicologici; teoria che ha trovato conferme empiriche anche in tempi recenti come dimostrano gli studi di Sheppes e colleghi (Per approfondimento vedere Sheppes et al., 2015).

In aggiunta, la propensione generale a reprimere l'espressione delle emozioni è stata collegata ad un aumento dell'attivazione fisiologica (Notarius & Levenson, 1979; Gross & Levenson, 1997). Ciò suggerisce che cercare di controllare le espressioni emotive può effettivamente aumentare il rischio di disregolazione, poiché livelli elevati di eccitazione sono più difficili da gestire (Eisenberg, Cumberland, & Spinrad, 1998). Questo filone di studi evidenzia che un focus sul controllo delle emozioni, anziché sulla loro accettazione, può confondere i processi di regolazione con quelli che invece tendono a disregolare l'esperienza emotiva della persona. Per questo motivo, alcune teorie sulla regolazione emotiva hanno posto l'accento sull'importanza di accettare e valorizzare le risposte emotive (Cole et al., 1994).

In linea con questi approcci, alcuni studi hanno osservato che reagire negativamente alle proprie emozioni è disadattivo e collegato a maggiori difficoltà nella regolazione delle emozioni (Cole et al., 1994; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999).

Gli studiosi hanno evidenziato l'importanza di considerare le circostanze specifiche e gli obiettivi personali quando si analizza la regolazione delle emozioni (Thompson, 1994; Thompson & Calkins, 1996). Infatti, la regolazione emotiva può essere compresa appieno solo se contestualizzata (Cole et al., 1994; Thompson, 1994). Conoscere le strategie di regolazione emotiva utilizzate da un individuo, senza avere informazioni sul contesto in cui sono applicate, fornisce poche indicazioni sull'efficacia di tali strategie (Gratz e Roemer, 2004). La regolazione emotiva adattiva richiede flessibilità nell'uso delle strategie (Cole et al., 1994; Thompson, 1994). Inoltre, implica non tanto il cambiamento delle emozioni stesse, ma piuttosto la modulazione dell'intensità o della durata delle emozioni (Thompson, 1994; Thompson & Calkins, 1996). In altre parole, regolazione adattiva significa gestire l'esperienza emotiva senza sopprimere o eliminare determinate emozioni. Questo approccio riduce l'urgenza emotiva, permettendo all'individuo di controllare il proprio comportamento, piuttosto che le emozioni stesse (Gratz e Roemer, 2004). Tali prospettive sottolineano l'importanza di saper inibire reazioni impulsive o inappropriate, mantenendo comportamenti coerenti con i propri obiettivi anche in presenza di emozioni negative (Melnick & Hinshaw, 2000).

2.1.2 Il modello teorico di Gratz e Roemer

Secondo Gratz & Roemer (2004), la regolazione delle emozioni implica la capacità di utilizzare in modo flessibile diverse strategie per modulare le esperienze emotive, piuttosto che sopprimerle, permettendo all'individuo di

mantenere comportamenti orientati agli obiettivi. Alla base della teorizzazione degli autori vi sono quattro elementi cardine, tra cui: la consapevolezza e la comprensione dei propri stati emotivi, l'accettazione delle proprie emozioni, il controllo degli impulsi e il mantenimento di un comportamento centrato sugli obiettivi anche in situazioni difficili e/o di disagio e un utilizzo flessibile delle strategie di regolazione emotiva al fine di alleviare le esperienze emotive e perseguire i risultati desiderati.

In questo modello, gli autori si sono focalizzati principalmente sulla capacità della persona di affrontare in maniera adattiva il disagio emotivo, piuttosto che limitarsi a sopprimere o controllare l'attivazione emotiva.

Questo approccio risulta particolarmente significativo in contesti clinici, poiché mette in relazione la regolazione e la disregolazione emotiva con l'insorgenza di disturbi psicologici e comportamenti problematici. La mancanza di uno o più dei quattro elementi delineati può segnalare difficoltà nel gestire le emozioni e costituire fattori di rischio o di mantenimento per diverse forme di psicopatologia (Gratz & Roemer, 2004). In particolare, la disregolazione emotiva risulta connessa con diversi esiti di salute mentale negativi, tra cui come ansia e depressione (Aldao et al., 2010), abuso di sostanze (Hayes et al., 1996) e autolesionismo (Kapatais, 2023).

2.2 La disregolazione emotiva nella popolazione LGBTQIA+

La regolazione delle emozioni può facilitare l'adattamento nelle difficoltà, ma le esperienze avverse possono compromettere lo sviluppo di queste capacità (Ramos et al., 2022). In effetti, l'apprendimento della regolazione emotiva inizia fin dalla prima infanzia, solitamente con il sostegno di figure genitoriali di supporto (Ehring & Quack, 2010). Se le avversità si manifestano precocemente, possono ostacolare lo sviluppo di una regolazione emotiva adeguata, poiché si verificano durante una fase cruciale dello sviluppo fisiologico, cognitivo e comportamentale (Choi et al., 2014; Choi & Oh, 2014).

L'esperienza di avversità interpersonali cumulative durante l'infanzia è stata collegata a maggiori difficoltà nella regolazione delle emozioni durante l'adolescenza (Ehring & Quack, 2010; Kim & Cicchetti, 2010). Anche lo studio di Ramos e colleghi (2022) suggerisce che un contesto interpersonale caratterizzato da ripetute avversità può ostacolare l'acquisizione di competenze adattive nella regolazione delle emozioni. Di conseguenza, coloro che hanno vissuto avversità cumulative sono più suscettibili a sviluppare disagio psicologico, poiché la regolazione emotiva è fondamentale per modulare le reazioni affettive e mantenere il controllo comportamentale (Briere, 2002; Choi & Oh, 2014). Una gestione inadeguata delle emozioni può quindi costituire un fattore di rischio, limitando la capacità di riconoscere, processare e comunicare correttamente i propri stati emotivi, con conseguenti aumenti di stress percepito, ipervigilanza e comportamenti di evitamento (Ramos et al., 2022). Questi processi sono particolarmente presenti nei giovani appartenenti alla comunità LGBTQIA+ e costituiscono il fenomeno noto in letteratura come minority stress.

Il modello del Minority Stress (Meyer, 2003), infatti, sostiene che le persone LGBTQIA+ sono esposte a fattori di rischio specifici che aumentano la probabilità di sviluppare problematiche legate alla salute mentale, inclusi comportamenti suicidari (Kapatais, 2023). Gli adolescenti LGBTQIA+ tendono ad essere esposti più frequentemente a esperienze avverse come abusi emotivi e bullismo. Di conseguenza, risultano più vulnerabili nello sviluppare problemi di salute mentale. Infatti, il 41,3% degli adolescenti LGBTQIA+ ha subito diverse forme di avversità interpersonali, a fronte del 10,2% dei coetanei cisgender e/o eterosessuali (Sterzing et al., 2019).

Tra gli stressor rientrano l'omofobia e la transfobia interiorizzate, in cui gli individui assumono atteggiamenti negativi verso sé stessi; lo stigma, caratterizzato dall'aspettativa di essere discriminati e rifiutati, e le esperienze concrete di emarginazione e violenza (Hendricks & Testa, 2012). In relazione ai fattori di stress distali, la violenza e il rifiuto che Meyer descrive per le persone LGB sono probabilmente vissuti in modo simile anche dalle persone TGD (Hendricks & Testa, 2012). Sebbene alcuni aspetti della discriminazione possano essere comuni tra le popolazioni LGB e TGD, le persone TGD affrontano forme aggiuntive di discriminazione, come l'impossibilità di accedere ai documenti rettificati senza un percorso di affermazione di genere o discriminazioni nell'ambito dell'assistenza sanitaria (Bauer, Scheim, Deutsch, & Massarella, 2014; Scheim, Bauer, & Pyne, 2014). Oltre alla violenza, al rifiuto e alla discriminazione comuni sia alle persone LGB che a quelle TGD, gli individui TGD possono sperimentare un ulteriore stress distale denominato "non affermazione" dagli autori, che si verifica quando la propria identità di genere

non viene riconosciuta dagli altri (Testa et al., 2015). Questi fattori di stress, unici per le minoranze, si aggiungono ai comuni stress della vita vissuti anche da persone cisgender e/o eterosessuali. Anche se il modello del Minority Stress pone l'accento sulla funzione protettiva del supporto collettivo, Meyer (2015) sottolinea l'importanza della resilienza individuale e delle strategie di coping personali.

Inoltre, lo stress specifico che colpisce le minoranze LGBTQIA+, come l'omofobia e la bifobia (Keating & Muller, 2020), è positivamente correlato a difficoltà nella regolazione emotiva. Anche vari tipi di conflitto familiare sono predittori di difficoltà nella gestione delle emozioni in periodi successivi, sia tra giovani gay e bisessuali che tra persone adulte lesbiche, gay e bisessuali (Wood et al., 2019; Charak et al., 2019). Le ricerche hanno evidenziato che le difficoltà nella regolazione emotiva rappresentano un meccanismo chiave che collega gli stressor culturali alla psicopatologia nelle persone LGBTQIA+ (Fitzpatrick et al., 2020; Wood et al., 2019), come approfondito nel successivo paragrafo.

2.2.1 Difficoltà nella regolazione emotiva e Minority Stress: il Psychological Mediation Framework di Hatzenbuehler

Ampliando il lavoro di Meyer (2003) sul *Minority Stress*, Hatzenbuehler (2009) suggerisce che gli episodi di discriminazione influenzano i processi psicologici sottostanti, contribuendo alle disparità nei risultati di salute mentale nelle persone appartenenti a minoranze sessuali. Mentre la teoria del *Minority Stress*

afferma che uno status sociale stigmatizzato porta a esperienze di discriminazione che, a loro volta, conducono a problemi psicopatologici, il *Psychological Mediation Framework* riconosce l'importanza di altri processi emotivi e cognitivi che possono rafforzare il legame tra discriminazione e psicopatologia. In tale paradigma, la disregolazione emotiva può essere un processo psicologico che si attiva in risposta all'esposizione prolungata allo stress causato dallo stigma (Hatzenbuehler, 2009).

Il *Psychological Mediation Framework* (Hatzenbuehler, 2009) vede la regolazione emotiva come un fattore chiave che media il legame tra stress e sviluppo di psicopatologie. In questo modello, lo stress è considerato un fattore che può portare all'adozione di strategie di regolazione emotiva disfunzionali, aumentando così il rischio di disturbi psicologici. Alcuni studi hanno mostrato che lo stress cronico può compromettere la capacità di regolare le emozioni (Cicchetti & Toth, 2005), causando una maggiore sensibilità alla rabbia (Davies & Cummings, 1998), difficoltà nel comprendere le emozioni negative e un'espressione inappropriata delle emozioni (Southam-Gerow & Kendall, 2000). Questo legame tra stress cronico e difficoltà di regolazione emotiva suggerisce che anche i fattori di stress legati allo stigma possano compromettere la regolazione delle emozioni nelle minoranze (Hatzenbuehler, 2009). Si ipotizza che le persone stigmatizzate utilizzino molte risorse per gestire la propria identità sociale, richiedendo un uso flessibile delle strategie di regolazione emotiva nel breve termine (Inzlicht et al., 2006). Tuttavia, nel lungo periodo, questo sforzo può esaurire le risorse individuali, riducendo la capacità di

comprendere e regolare in modo efficace le proprie emozioni, aumentando così la vulnerabilità alla depressione e all'ansia.

La regolazione emotiva comprende diversi processi (Gross, 2001), molti dei quali risultano cruciali per le minoranze sessuali (Miller & Kaiser, 2001). La ruminazione, ad esempio, è una strategia disadattiva di regolazione emotiva, ed è particolarmente rilevante nel collegare lo stress legato allo stigma a disturbi internalizzanti. Definita come una tendenza a concentrarsi passivamente e ripetutamente sul proprio disagio e sulle cause che lo scatenano (Nolen-Hoeksema, 1991), la ruminazione è un forte indicatore di sintomi depressivi e ansiosi (Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky, 2008).

Le difficoltà nella regolazione emotiva risultano quindi associate a una riduzione dell'espressività emotiva, all'aumento delle strategie di evitamento verso specifiche esperienze (Gratz & Roemer, 2004) e a condizioni cliniche compromettenti come depressione, ansia, disturbo da stress post-traumatico e ideazioni suicidarie (Sheppes et al., 2015).

Come evidenziato da van den Brik e colleghi (2019) la ruminazione sull'identità di genere possiede un ruolo di mediazione tra la congruenza di genere e l'autostima per le persone transgender e gender non-conforming; questo processo risulta collegato anche con comportamenti autolesionistici (Forrester et al., 2017).

2.2.3 Difficoltà nella regolazione emotiva e persone TGD

Sloan et al. (2017) hanno proposto che la teoria biosociale potrebbe essere utile per le persone TGD, seguendo il modello di Hatzenbuehler (2009). Questa teoria sostiene che la vulnerabilità emotiva innata di un individuo interagisce con un ambiente sociale invalidante, portando a una disregolazione emotiva cronica, ovvero l'incapacità di modulare efficacemente le emozioni. Per le persone TGD, l'invalidazione cronica si manifesta attraverso discriminazione, rifiuto e aggressioni legate all'identità di genere. Il modello biosociale interpreta comportamenti come l'autolesionismo e i tentativi di suicidio come risposte disfunzionali per affrontare o modificare le emozioni. Sebbene queste strategie possano alleviare temporaneamente le emozioni negative, a lungo termine contribuiscono alla disregolazione emotiva. Inoltre, questo modello risulta particolarmente adatto a spiegare l'esperienza delle persone TGD, poiché descrive un'interazione dinamica tra vulnerabilità emotiva biologica e un ambiente sociale invalidante. Anche persone con una vulnerabilità emotiva biologica moderata o bassa possono sviluppare disregolazione emotiva nel tempo, a causa dell'invalidazione cronica. Questo processo spiegherebbe l'elevata prevalenza di suicidalità e autolesionismo tra gli individui TGD (Sloan et al., 2017).

Uno studio di Keating e colleghi (2020) mostra una relazione positiva tra l'accettazione della propria identità transgender e la disregolazione delle emozioni. È possibile che le espressioni di genere delle persone che accettano la propria identità trans sfidino le costruzioni culturali dominanti del genere come binario; tali individui possono quindi essere bersagli più visibili della

discriminazione (Kozee et al., 2012). Lo stress cronico associato all'aumento del rischio di discriminazione potrebbe a sua volta provocare una maggiore disregolazione delle emozioni. Coerentemente con questa possibilità, Shipred e colleghi (2011) hanno evidenziato che vi è un aumento del rischio di esposizione a eventi potenzialmente traumatici e maggiori sintomi a livello di salute mentale in associazione alla quantità di tempo che le persone trans hanno trascorso vestite in modo allineato con la loro identità di genere. I risultati dello studio di Keating e colleghi (2020) possono essere concettualizzati in base alla "finestra di tolleranza", che è un intervallo di eccitazione in cui gli individui possono regolare in modo ottimale le emozioni (Siegel, 1999). Quando le reazioni emotive degli individui si intensificano, le strategie di regolazione delle emozioni diventano meno accessibili dal punto di vista cognitivo. Le esperienze negative croniche possono restringere la finestra di tolleranza, portando gli individui a essere sopraffatti e a entrare più facilmente in stati di ipo- e iperarousal. Keating e colleghi (2020) suggeriscono, dunque, che gli stress specifici per le minoranze come la discriminazione, con la sua natura cronica e pervasiva, è una forma di trauma insidioso che può restringere la finestra di tolleranza di un individuo, aumentando la probabilità di dissociazione e di sviluppo di altri sintomi post-traumatici. Questo suggerimento è coerente con le ricerche che indicano che lo stigma è associato a un aumento dell'ipervigilanza, della ruminazione, dell'isolamento e della reattività allo stress tra i giovani LGBT (Hatzenbuehler & Pachankis, 2016).

2.3 Effetti e benefici del percorso di affermazione di genere

il Modello Biosociale di Linehan (1993, 2014) spiega come un ambiente invalidante possa contribuire allo sviluppo della disregolazione emotiva. Questa teoria è stata sviluppata per descrivere l'origine e il mantenimento della disregolazione delle emozioni e dei relativi problemi di funzionamento. Secondo Linehan, la disregolazione emotiva nasce dall'interazione tra la vulnerabilità biologica e un ambiente che invalida le esperienze emotive dell'individuo. Tale vulnerabilità può includere una forte reattività emotiva, caratterizzata da risposte intense e prolungate agli stimoli (Crowell, Beauchaine, & Linehan, 2009).

Un ambiente invalidante è caratterizzato dalla mancanza di comprensione, riconoscimento e accettazione delle emozioni ed esperienze interne di una persona (Linehan, 1993), questo è particolarmente problematico quando sono le persone care a non tollerare le espressioni emotive (Rizvi, Steffel, & Carson-Wong, 2013). Applicando questo concetto alla disforia di genere, le persone transgender possono sperimentare invalidazione quando la loro identità o espressione di genere viene respinta, punita o negata dal contesto sociale (Sloan et al., 2017).

Come esplicitato attraverso il modello biosociale, l'invalidazione può interagire con le vulnerabilità personali e portare a una disregolazione emotiva, cognitiva e comportamentale clinicamente rilevante (Linehan, 1993, 2014). Tale teoria sottolinea il peso del processo transazionale, il quale prevede un condizionamento reciproco e continuo tra le caratteristiche dell'individuo e quelle dell'ambiente. Ripresentandosi nel corso del tempo, questa interazione

reciproca può rafforzare i tratti personali e le dinamiche ambientali intensificandole, creando dunque una sequenza che porta a un'amplificazione delle difficoltà emotive (Sloan et al., 2017).

Le relazioni caratterizzate da invalidazioni croniche o intense possono influenzare significativamente il modo in cui una persona regola le proprie emozioni (Fruzzetti & Iverson, 2006; Linehan, 1993). Per esempio, è stato dimostrato che l'invalidazione ambientale provoca un immediato aumento dell'eccitazione emotiva (Swann & Schroeder, 1995), e si sostiene che anche individui con una vulnerabilità biologica ridotta possano sviluppare difficoltà nella regolazione emotiva se esposti a invalidazioni costanti (Koerner, 2012). Per le persone transgender, l'invalidazione cronica nella società dominante può intensificare i livelli di eccitazione emotiva di base, portando in alcuni casi a una disregolazione emotiva diffusa (Lombardi et al., 2002; Norton & Herek, 2013; Reisner et al., 2014; Shipherd et al., 2011).

Secondo Linehan (1993), l'invalidazione porta a:

- 1) sviluppare l'abitudine di autoinvalidarsi;
- 2) alternare tra la soppressione delle emozioni e manifestazioni emotive estreme;
- 3) reagire con un'elevata tensione emotiva ai fallimenti percepiti, fissando obiettivi irrealistici e adottando standard perfezionistici.

L'ambiente sociale si caratterizza per le persone TGD come un terreno fertile in cui incontrare frequenti risposte invalidanti sulla propria identità o espressione di genere (Sloan et al., 2017). Come già espresso in precedenza tramite il

modello Biosociale (Linehan, 1993, 2014), la reciproca influenza tra l'ambiente e l'individuo è un processo inevitabile, in cui le risposte invalidanti dell'ambiente hanno un effetto sull'individuo, la cui reazione modella a sua volta l'ambiente. Ad esempio, le persone transgender possono interiorizzare tali feedback negativi e/o invalidanti, sperimentando vergogna e confusione rispetto alla propria identità di genere che, di conseguenza, provoca un aumento del disagio legato al genere e allo sviluppo di transfobia interiorizzata.

Nel complesso, queste strategie di coping inefficaci come l'autoinvalidazione, l'oscillazione tra la soppressione e l'espressione rigida dell'identità di genere e lo sviluppo di obiettivi non realistici, sono le conseguenze di una relazione tra l'ambiente invalidante e l'identità e l'espressione delle persone TGD. In assenza di strategie efficaci per contrastare gli effetti di un ambiente cronicamente invalidante, le persone TGD possono soffrire di disturbi clinicamente significativi e avere difficoltà nella capacità di mantenere un senso di sé stabile, di interagire efficacemente con l'ambiente sociale e di regolare le emozioni e il comportamento (Sloan et al., 2017).

Un elemento che può proteggere dagli effetti negativi del *minority stress* e di conseguenza anche di un ambiente poco accogliente che acutizza la disregolazione emotiva, è la cosiddetta *transgender congruence*; questo concetto si riferisce al grado in cui un individuo si sente autentico, sincero e in armonia con la propria identità di genere e il proprio aspetto fisico (Kozee, Tylka, & Bauerband, 2012). Questo obiettivo potrebbe essere raggiunto tramite un percorso di affermazione di genere che, come mostrato nel precedente

capitolo, può essere composto da diversi step, ovvero percorso psicologico, percorso ormonale e chirurgico.

Per quanto riguarda gli interventi e i percorsi psicologici, alcuni studi di studi di Pachankis e colleghi (2019, 2020) mostrano che interventi mirati sulla riduzione del *minority stress* applicato a donne e uomini appartenenti a minoranze di genere e sessuali hanno effetti significativi sulla riduzione di sintomi depressivi, ansiosi e sulla disregolazione emotiva, compresa la ruminazione.

Anche un altro studio di Goldbach e colleghi (2021) sottolinea come un intervento mirato alla riduzione del *minority stress* su adolescenti gay e bisessuali sia in grado di moderare la relazione tra *minority stress* e sintomi depressivi e ansiosi.

Una recente systematic review di Exposito-Campos e colleghi (2022), tuttavia, sottolinea che nessuno degli studi inclusi in questo studio ha fornito dati empirici sull'efficacia del trattamento psicologico, ma erano concentrati piuttosto sulle esperienze di psicoterapia delle persone TGD e sulle competenze e atteggiamenti dell3 psicoterapeut3 nei loro confronti. Secondo Exposito-Campos, ci sono tre motivi principali per cui questa mancanza di dati è particolarmente sorprendente. In primo luogo, il carico di problemi di salute mentale tra gli individui TGD potrebbe essere considerato una questione di salute pubblica, data l'ampia percentuale di persone che oggi si identificano come transgender. In secondo luogo, come già sottolineato anche nel precedente capitolo, gli interventi medici di affermazione di genere non sono sempre richiesti o desiderati da tutt3, e da soli non risolvono completamente le

disparità di salute mentale osservate in questa popolazione (Coyne et al., 2020). In terzo luogo, diverse organizzazioni, come la World Professional Association for Transgender Health (WPATH), l'Endocrine Society e l'American Psychological Association (APA), hanno più volte sottolineato l'importanza del ruolo degli professionisti della salute mentale nell'assistenza a questa popolazione.

L'efficacia dei trattamenti clinici e dei percorsi psicologici manca di sufficienti prove empiriche in letteratura, in contrasto con un'abbondanza di raccomandazioni per la pratica clinica affermativa e i necessari adattamenti teorici verso il lavoro con persone TGD (Chang et al., 2018; Austin & Craig, 2015; Rider et al., 2019). Nel riconoscimento dell'importanza di tali contributi per il lavoro degli professionisti, la carenza di studi empirici è allarmante. Da un lato, rende difficile valutare l'efficacia dei trattamenti, indispensabile per identificare i punti di forza e le aree da migliorare. Dall'altro, impedisce di comprendere quali persone TGD siano più a rischio di specifiche forme di disagio e le cause di tale vulnerabilità (Spivey & Edwards-Leeper, 2019). La ricerca empirica è essenziale per capire in che modo gli individui TGD traggano beneficio dagli interventi psicologici e come il *minority stress* interagisca con altri fattori ambientali e di sviluppo. Per questo motivo, è necessario dare priorità allo sviluppo di approcci terapeutici affermativi basati su prove empiriche (Spivey & Edwards-Leeper, 2019).

Per quanto riguarda la terapia ormonale, uno studio di Turban e colleghi (2022) sottolinea che gli individui che hanno intrapreso le terapie sostitutive durante l'adolescenza, mostrano risultati migliori delle persone che invece le hanno iniziate durante l'età adulta rispetto alle ideazioni suicidarie, al distress psicologico e all'uso di droghe e alcol. Anche uno studio di de Vries e colleghi (2014) mostra un effettivo miglioramento della salute mentale negli adolescenti transgender che intraprendono un percorso di terapia ormonale e che si sottopongono ad interventi chirurgici. Questi risultati suggeriscono che permettere alle persone TGD di accedere alle terapie ormonali il prima possibile, permetterebbe di avere una salute mentale migliore.

Uno studio di Green e colleghi (2021) mostra che le persone transgender e non binary che hanno accesso alla terapia ormonale sostitutiva riportano un livello di depressione minore e una riduzione nei comportamenti suicidari.

I risultati di uno studio recente condotto da Aldridge e colleghi (2023) hanno evidenziato che, a distanza di 18 mesi dall'inizio della terapia ormonale, non ci sono differenze significative nella soddisfazione di vita tra coloro che avevano, o non avevano, manifestato sintomi di ansia o depressione prima di iniziare la terapia. Inoltre, i livelli di ansia e depressione pre-trattamento non hanno predetto la soddisfazione di vita dopo 18 mesi di trattamento. Questi risultati sono particolarmente interessanti perché indicano che, per le persone TGD, i sintomi di salute mentale presenti prima dell'inizio del trattamento non sono necessariamente indicatori di esiti a lungo termine. Ciò è rilevante in quanto, storicamente, la valutazione dell'idoneità alla terapia ormonale sostitutiva per le persone TGD prevedeva una valutazione della salute mentale, e livelli elevati di

ansia o depressione potevano rappresentare un ostacolo all'inizio della terapia (Coleman et al., 2022; Davis et al., 2021). Con l'ultima edizione degli Standards of Care (SOC-8), però, l'obbligo di una valutazione della salute mentale per gli adulti TGD prima della terapia ormonale è stato rimosso (Coleman et al., 2022).

Gli eventuali problemi di salute mentale dovrebbero essere affrontati in maniera separata dalla terapia ormonale e non costituire un ostacolo verso l'idoneità della stessa. Stando a precedenti ricerche la terapia ormonale comporta effetti positivi sulla salute mentale delle persone TGD che non dovrebbero essere ignorati (Kellan et al., 2021; Gómez-Gil et al., 2012).

Per quanto riguarda gli interventi chirurgici, i risultati in letteratura sono pochi e complessi. Uno studio su larga scala di Almazan e Keuroghlian (2021) ha però dimostrato un collegamento tra la chirurgia di affermazione di genere e il miglioramento della salute mentale ed ha evidenziato che sottoporsi a tali interventi riduce significativamente le probabilità di grave disagio psicologico, fumo e ideazione suicidaria nell'ultimo anno. Lo studio sottolinea inoltre come le persone TGD che hanno completato tutti gli interventi chirurgici desiderati, presentano rischi significativamente più bassi di sviluppare problemi di salute mentale rispetto a coloro che hanno realizzato solo una parte degli interventi voluti. Questo studio fornisce solide prove a supporto della chirurgia di affermazione di genere come pratica clinica efficace. Le passate linee guida riferite a tali interventi sono state messe in discussione da una limitata evidenza empirica. Come affermato dall'American Psychiatric Association le raccomandazioni precedenti si basavano sul consenso clinico data l'assenza di dati empirici sufficienti e una bassa qualità delle prove sul trattamento della

disforia di genere (Byne et al., 2012). Lo studio condotto da Almazan e Keuroghlian (2021) fornisce nuove prove importanti che supportano l'efficacia della chirurgia affermativa di genere, rafforzando l'attuale consenso clinico.

Riassumendo, le ricerche sui percorsi di affermazione di genere forniscono risultati positivi e promettenti, nonostante le lacune riguardanti gli interventi psicologici. Per le persone TGD è essenziale ricevere supporto dall'3 professionista della salute mentale, al fine di raggiungere sicurezza e stabilità mentre affrontano il proprio percorso di affermazione di genere. L'3 clinich'3 dovrebbero adottare un approccio affermativo e incoraggiare l'3 pazienti a cercare supporto da reti che affermino la loro identità. La letteratura evidenzia inoltre come il sostegno sociale e familiare migliori gli esiti di salute mentale per le persone TGD (Olson et al., 2016; Achille et al., 2020). Anche nell'ambito terapeutico, è cruciale che l'3 professionista siano consapevoli delle risorse specifiche per le persone LGBTQ+ (Keating & Muller, 2018), dato che studi precedenti hanno mostrato come queste persone subiscano spesso discriminazioni anche da parte de'3 terapeut'3 (Shelton & Delgado-Romero, 2011). L'3 clinich'3 devono quindi garantire che le loro pratiche siano adeguate a creare spazi affermativi e non riproporre esperienze di discriminazione già vissute dai pazienti al di fuori dell'ambiente terapeutico (Keating & Muller, 2020).

CAPITOLO 3

Disegno di ricerca e obiettivi

Il presente studio si colloca all'interno di un più ampio progetto di ricerca dal titolo "Riflettere sullo Stigma e sul corpo: Fattori positivi per la crescita personale delle persone Transgender e Gender Diverse (TGD)", i cui responsabili sono la Prof.ssa Marina Miscioscia, afferente al Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione dell'Università di Padova; il Prof. Cristiano Scandurra dell'Università Federico II di Napoli e il Prof. Guido Giovanardi dell'Università di Roma Sapienza. Il presente progetto è stato approvato dal Comitato Etico di Psicologia dell'Università di Padova (codice: 5306/2023)

Come è stato ampiamente dimostrato nei precedenti capitoli, le persone transgender e gender diverse spesso affrontano disparità in termini di salute mentale (es. depressione, ansia, uso di sostanze e ideazione suicidaria) in misura maggiore rispetto alla popolazione cisgender. Quanto sotteso al disagio psicologico degli individui TGD, infatti, non è soltanto la possibile disforia legata all'incongruenza tra l'identità di genere percepita propria e il sesso assegnato alla nascita. A giocare un ruolo fondamentale nell'emergere della sofferenza è la stigmatizzazione pervasiva della non conformità di genere da parte della società. Il modello del Gender Minority Stress ha enunciato molto efficacemente tale dinamica, esponendo come fattori distali quali la discriminazione, il rifiuto e la vittimizzazione in base al genere, oltre che l'impossibilità di poter vedere affermata la propria identità di genere, conducano ad una serie di fattori

prossimali nocivi per la salute mentale e il benessere psicologico in generale. Transfobia interiorizzata, aspettative negative per gli eventi futuri e non divulgazione della propria incongruenza di genere, infatti, influenzano negativamente aspetti fondamentali della vita di una persona, quali il rapporto con la propria immagine allo specchio o la capacità di gestire in maniera funzionale le proprie relazioni sociali.

Alla luce di quanto appena ricordato, il progetto di ricerca generale si è posto l'obiettivo di indagare la relazione tra esperienze di stigmatizzazione, attaccamento, insoddisfazione corporea, mentalizzazione, stress e salute mentale (ansia e depressione). Nello specifico del presente elaborato verranno discusse nel paragrafo successivo obiettivi ed ipotesi.

3.1 Ipotesi di ricerca

Il *Psychological Mediation Framework* (Hatzenbuehler, 2009) vede la regolazione emotiva come un fattore chiave che media il legame tra stress e sviluppo di psicopatologie nelle persone LGB, quali ansia e depressione. La regolazione delle emozioni implica la capacità di utilizzare in modo flessibile diverse strategie per modulare le esperienze emotive piuttosto che sopprimerle, permettendo all'individuo di mantenere comportamenti orientati agli obiettivi (Gratz e Roemer, 2004). Invece, *il minority stress* include tutti gli *stressor* specifici per le minoranze sessuali o di genere (Meyer, 2003); quest'ultimo è largamente diffuso nella popolazione TGD, la quale è esposta a *stressor* cronici tra cui transfobia e difficoltà nell'accesso ai servizi (Hendricks & Testa, 2012).

La prima ipotesi di questa tesi si pone l'obiettivo di indagare se la regolazione emotiva sia un mediatore fra *minority stress* e risultati di salute mentale fra le persone TGD.

Kozee e colleghi (2012) affermano che la *gender congruence*, ovvero il sentirsi autentici e a proprio agio con la propria identità ed espressione di genere, sia fondamentale per il benessere delle persone trans. In accordo con questa affermazione, Glynn e colleghi (2016), affermano l'importanza di un percorso di affermazione di genere per raggiungere migliori risultati di salute mentale. Pertanto, si vuole verificare se le parti del percorso di affermazione di genere collegate a dei cambiamenti fisici ed estetici, siano associate a migliori risultati di salute mentale. De Vries e colleghi (2014), mostrano che dopo aver intrapreso un percorso ormonale, gli adolescenti trans riportano risultati di salute mentale e benessere migliori rispetto all'inizio della terapia e un benessere complessivamente simile ai coetanei cisgender. Si ipotizza, dunque, che anche sul campione di adulti transgender in studio vi sia un livello di salute mentale e benessere migliore rispetto a chi non ha intrapreso una terapia ormonale sostitutiva.

Infine, per quanto riguarda gli interventi chirurgici per l'affermazione di genere, Almazan e Keuroghlian (2021) mostrano una rilevante diminuzione del disagio psicologico nelle persone TGD che si sono sottoposte a tali interventi. Dunque, si ipotizza che ci siano risultati di salute mentale migliori nelle persone che si sono sottoposte ad interventi chirurgici.

3.2 Fasi

L'invito a partecipare alla ricerca è stato diffuso attraverso l'utilizzo dei social media, l'affissione di locandine e la collaborazione con associazioni specifiche del territorio. Dopo essere stati informati delle garanzie a tutela della privacy e dell'anonimato delle informazioni espresse, e dopo aver dato il consenso al trattamento dei dati, i partecipanti sono stati invitati a compilare un questionario online anonimo.

3.3 Strumenti

Il questionario, creato con la piattaforma "Qualtrics" è composto da una parte iniziale di domande sociodemografiche (età dei partecipanti, sesso alla nascita, identità di genere, orientamento sessuale, etnia, stato di relazione, stato di lavoro, livello di istruzione), e da alcuni questionari standardizzati volti ad indagare differenti costrutti. Per questa tesi sono stati esaminati solamente gli strumenti impiegati nella verifica delle ipotesi:

- **Gender Minority Stress and Resilience Measure (GMSR)**

Per valutare gli aspetti legati al minority stress e alla resilienza in persone TGD è stata utilizzata la Gender Minority Stress and Resilience Measure (GMSR; Testa et al., 2015). La versione italiana è a cura di Scandurra e colleghi (2020). Lo strumento è suddiviso in 9 scale e comprende diversi fattori:

- Quattro fattori distali: discriminazione (D), rifiuto (R) e vittimizzazione (V) legate all'identità di genere e mancata affermazione dell'identità di genere (NA).
- Tre fattori prossimali: Transfobia interiorizzata (IT), aspettative negative per gli eventi futuri (NE), Non Disvelamento (ND).
- Due fattori protettivi: *Pride* (P) e Connessione alla comunità (CC).

Le scale sono:

1. Discriminazione (D): composta da 9 item, questa scala misura le esperienze di discriminazione vissute a causa dell'identità di genere. Gli item indagano episodi di pregiudizio, disparità di trattamento, e altre forme di discriminazione che le persone TGD possono affrontare in vari contesti, come nel lavoro o nei servizi pubblici.
2. Rifiuto (R): formata da 10 item, questa scala si concentra sulle esperienze di rifiuto legate all'identità di genere da parte di familiari, amici, o partner. Questo rifiuto può manifestarsi in modi espliciti o impliciti, come il disconoscimento dell'identità di genere o l'esclusione dalle interazioni sociali.
3. Vittimizzazione (V): composta da 7 item, questa scala valuta esperienze di vittimizzazione diretta a causa dell'identità di genere, inclusi episodi di violenza verbale, fisica o sessuale. La scala è importante per comprendere le esperienze traumatiche che possono derivare dalla stigmatizzazione di genere.

4. Non Affermazione (NA): composta da 6 item, questa scala indaga esperienze di non-affermazione e negazione della propria identità di genere da parte di persone esterne, come non essere chiamati con il nome scelto o essere chiamati con un pronome che corrisponde al sesso assegnato alla nascita invece che all'identità di genere percepita.
5. Transfobia interiorizzata (IT): composta da 8 item, questa scala indaga le aspettative negative, come la paura di esperienze future di discriminazione, legate alla propria identità di genere.
6. Non Disvelamento (ND): formata da 6 item, questa scala esamina la tendenza a non rivelare la propria identità di genere per paura di conseguenze negative, come discriminazione o rifiuto. La scelta di non rivelare può essere una strategia di coping ma può anche contribuire a un senso di isolamento.
7. Aspettative Negative (NE): composta da 5 item, questa scala misura le aspettative negative rispetto al futuro, in termini di possibili esperienze di discriminazione, rifiuto o vittimizzazione. Gli item esplorano il timore che eventi futuri possano comportare esperienze negative a causa dell'identità di genere.
8. Pride (P): composta da 7 item, valuta il senso di orgoglio e la positiva identificazione con la propria identità di genere. Questo fattore protettivo è cruciale per la resilienza, in quanto un forte senso di orgoglio può mitigare gli effetti negativi dello stress di minoranza.

9. Connessione alla Comunità (CC): formata da 7 item, misura il grado di connessione e supporto percepito all'interno della comunità TGD. La connessione alla comunità è un fattore protettivo importante, in quanto fornisce supporto emotivo e pratico che può ridurre l'impatto dello stress minoritario.

Le opzioni di risposta ad ogni item sono composte da una scala Likert da 1 "fortemente in disaccordo" a 7 "completamente d'accordo". I punteggi finali per ciascuna sottoscala sono ottenuti sommando le risposte a ciascun item, permettendo di valutare il livello di stress di minoranza e la resilienza in base ai valori ottenuti.

- **Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS-18)**

La Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS-18; Victor & Klonsky, 2016) è un questionario self-report utilizzato per valutare la regolazione delle emozioni. La versione originale comprende 36 item, per questa ricerca è stata utilizzata la versione in italiano a cura di Giromini e colleghi (2012) con 18 item, suddivisi in sei scale:

1) Non accettazione (Non Acceptance): questa scala riflette quanto una persona trovi difficile accettare le emozioni negative quando si presentano.

- 2) Comportamento diretto all'obiettivo (Goals): questa scala valuta quanto sia difficile concentrarsi o portare a termine un compito quando si è emotivamente turbati.
- 3) Controllo degli impulsi (Impulse): misura la capacità di una persona di controllare i propri impulsi e comportamenti quando si provano emozioni negative.
- 4) Consapevolezza emotiva (Awareness): riflette quanto una persona è consapevole delle proprie emozioni e presta attenzione al proprio stato emotivo.
- 5) Strategie di regolazione delle emozioni (Strategies): esplora quanto una persona si sente sicura delle proprie capacità di gestire e modulare le emozioni negative.
- 6) Chiarezza emotiva (Clarity): misura quanto chiaramente una persona riesce a identificare e comprendere le emozioni che sta provando.

Ai partecipanti viene chiesto di indicare quanto spesso le affermazioni possono essere applicate alla propria esperienza su una scala Likert a cinque punti (da 1= "quasi mai" a 5= "quasi sempre"). I punteggi ottenuti per ognuna delle sei scale, attraverso la somma degli item di ciascuna scala, vengono sommati per ottenere un punteggio complessivo per le difficoltà nella regolazione delle emozioni. Punteggi più alti corrispondono a maggiori livelli di disregolazione emotiva.

- **Kessler Psychological Distress Scale (K10)**

Per valutare il distress psicologico è stata utilizzata la Kessler Psychological Distress Scale (K10; Kessler et al., 2002; Andrews & Slade, 2001), nella versione italiana a cura di Kessler e colleghi (2003). Il K10 è un questionario composto da 10 item che indagano gli stati emotivi. Al partecipante viene chiesto di indicare la frequenza di ciascun sintomo nell'ultimo mese su una scala Likert a cinque punti (da 1=mai a 5=sempre). Quattro item valutano sintomi di ansia (es. "ti sei sentito/a così nervoso che niente riusciva a calmarti?") e sei indagano sintomi di depressione (es. "ti sei sentito/a così triste che niente poteva tirarti su di morale?"). Il punteggio totale viene ricavato attraverso la somma dei punteggi, con un range da 10 a 50. Punteggi compresi tra 10 e 19 indicano probabile benessere, tra 20 e 24 indicano probabile disturbo lieve, tra 25 e 29 probabile disturbo moderato, tra 30 e 50 probabile disturbo grave.

3.4 Partecipanti

I criteri di inclusione per la partecipazione allo studio prevedevano un'età compresa fra i 18 e i 35 anni, l'identificazione come persona transgender o non-binary, la conoscenza della lingua italiana scritta e parlata e la capacità di fornire il consenso informato. Il campione totale per questa ricerca comprende 93 partecipanti con età media di 24 anni, con una deviazione standard di 5.28 e con un'età mediana di 23 anni. Questo implica che il 50% del campione ha meno di 23 anni, comprendendo dunque un tipo di popolazione

prevalentemente giovane. Per quanto riguarda il sesso biologico assegnato alla nascita, il campione conta 58 persone assegnate femmine alla nascita (62.4%) e 35 persone assegnate maschi alla nascita (37.6%).

CAPITOLO 4

Risultati e analisi dei dati

Tutte le analisi sono state condotte con il software Jamovi versione 2.3.5 (The Jamovi Project, 2024), mentre il modello di mediazione è stato condotto con il pacchetto di Jamovi jAMM (Gallucci, 2020).

4.1 Statistiche Descrittive

Lo studio ha coinvolto un totale di 93 individui, con un'età che varia dai 18 ai 35 anni e una media di circa 24 anni ($M = 23.99$, $DS = 5.28$). Il gruppo di partecipanti è composto prevalentemente da persone assegnate femmine alla nascita (62.4%), mentre la restante parte è composta da persone assegnate maschi alla nascita (37.6%). Analizzando l'identità di genere, emerge che più della metà del campione (52.7%) si riconosce come uomo transgender, seguito da un terzo circa (34.4%) che si identifica come donna transgender, e una piccola porzione (7.5%) che si definisce non-binary.

Tabella 1: frequenze e percentuali dell'identità di genere tra i partecipanti

| Identità di genere | Frequenze | Percentuale del totale |
|---------------------|-----------|------------------------|
| Donna transgender | 32 | 34.4% |
| Genderqueer | 1 | 1.1% |
| Persona Non-binary | 7 | 7.5% |
| Uomo transgender | 49 | 52.7% |
| Altro (Specificare) | 4 | 4.3% |
| Questioning | 0 | 0 |

Dal punto di vista etnico e nazionale, il campione risulta essere molto omogeneo, con la quasi totalità dei partecipanti di etnia bianca (95.7%) e di nazionalità italiana (98.9%). Per quanto riguarda la regione di residenza, il 91.4% risiede in Veneto, l'1.1% nelle Marche, un altro 1.1% in Abruzzo, 2.15% in Emilia-Romagna, 1.1% in Friuli Venezia Giulia, 1.1% in Lombardia e 2.15% in Trentino-Alto Adige.

La maggioranza vive con la famiglia (47.3%), mentre il 10.75% vive da solo, un 5.4% vive con il partner. Il 19.35% del campione non ha risposto a questa domanda.

Per quanto riguarda il livello di istruzione, la maggior parte del campione ha conseguito un diploma di scuola secondaria di secondo grado (59.1%), un'altra parte del campione ha la licenza media (21.5%), il 15.1% ha una laurea triennale, l'1.8% ha conseguito una laurea magistrale e il 2.15% ha una specializzazione post laurea.

In riferimento alla situazione professionale, il 36.6% del campione rientra nella categoria dell'3 student3, mentre il 20.4% lavora a tempo pieno; il 10.7% rientra nella categoria dell'3 student3 lavorator3, un altro 10.7% svolge un lavoro part-time. Il 2.1% del campione risulta disoccupato. Inoltre, il 17.2% del campione non ha risposto a questa domanda.

Riguardo la situazione sentimentale, il 71% del campione non è in una relazione romantica, mentre il 29% dichiara di avere relazioni romantiche. Il 4.3% del campione dichiara di avere figli3, a differenza del 95.7% che non ne ha.

Dal punto di vista della salute fisica, il 75.3% del campione non presenta problematiche, un 9% ha preferito non rispondere, mentre il 15.6% presenta problematiche fisiche, tra cui ipotiroidismo, cefalea, gastrite cronica ed artrite.

Per quanto riguarda la salute mentale, il 50.6% dichiara di non avere alcuna patologia, il 14.3% ha preferito non rispondere, mentre il 35.1% dichiara di avere problematiche di tipo psicologico. In particolare, fra i partecipanti che hanno risposto in maniera affermativa, il 42% riporta di soffrire di depressione ed il 23% dichiara di soffrire di ansia. Altri disturbi menzionati sono stati il disturbo borderline di personalità, bipolarismo, autismo, ADHD, dissociazione, ipocondria, pensieri ossessivi.

In riferimento all'orientamento sessuale, il 29% si identifica come bisessuale, il 33.3% si identifica come eterosessuale, il 4.3% come gay, il 5.3 come lesbica, il 2.1% come pan, il 5.3% si sta interrogando ed il 20% come altro.

Tabella 1: frequenza e percentuali dell'orientamento sessuale tra i partecipanti

| Orientamento sessuale | Frequenza | Percentuale |
|-----------------------|-----------|-------------|
| Bisessuale | 27 | 29% |
| Eterosessuale | 31 | 33.3% |
| Gay | 4 | 4.3% |
| Lesbica | 5 | 5.3% |
| Pansessuale | 2 | 2.1% |
| Questioning | 5 | 5.3% |
| Altro | 19 | 20% |

In riferimento al percorso di affermazione di genere, alla domanda “hai intrapreso una terapia ormonale?”, il 68% ha risposto sì, mentre il 32% ha risposto negativamente.

Tabella 2: frequenze e percentuali della durata della terapia ormonale tra i partecipanti

| Intervallo di Tempo | Frequenze | Percentuale del totale |
|---------------------|-----------|------------------------|
| Meno di 1 mese | 5 | 10.2% |
| Tra 1 e 3 mesi | 4 | 8.16% |
| Tra 3 mesi e 1 anno | 17 | 34.69% |
| Tra 1 e 3 anni | 13 | 26.5% |
| Più di 3 anni | 3 | 6.12% |

Per quanto riguarda la chirurgia demolitiva, tra coloro che hanno risposto il 9.7% dichiara di aver eseguito interventi di chirurgia demolitiva, il 90.3% no. Anche la chirurgia affermativa presenta le stesse percentuali fra chi ha risposto,

con il 9.7% che ha risposto in maniera affermativa ed il 90.3% in maniera negativa.

Tabella 3: frequenze e percentuali delle fasi attuali del trattamento tra i partecipanti

| Fase attuale del trattamento | Frequenze | Percentuale del totale |
|------------------------------|-----------|------------------------|
| Chirurgia affermativa | 7 | 9.86% |
| Nessun intervento medico | 25 | 35.21% |
| Ormoni cross-sex | 38 | 53.52% |
| Bloccanti ormonali | 1 | 1.41% |

La maggior parte del campione ha intrapreso una transizione sociale (80.6%), mentre un'altra parte no (19.4%).

Tabella 4: frequenze e percentuali delle età in cui i partecipanti hanno iniziato a farsi domande sulla propria identità di genere.

| Fascia d'età | Frequenze | Percentuale |
|------------------|-----------|-------------|
| Prima dei 5 anni | 3 | 4.16% |
| Tra 5 e 10 anni | 12 | 16.66% |
| Tra 10 e 15 anni | 31 | 43.05% |
| Tra 15 e 20 anni | 22 | 30.55% |
| Dopo i 20 anni | 4 | 5.5% |

4.2 Analisi di Affidabilità e Correlazioni

Sebbene la scala di Scandurra e colleghi (2020) non prevedesse la presenza di un fattore generale, sono state condotte delle analisi di affidabilità ed è stato calcolato l'alfa di Cronbach per valutare se fosse possibile calcolare dei punteggi totali. Le analisi di affidabilità hanno mostrato valori di α di Cronbach erano sempre relativamente bassi per le scale utilizzate. Ad esempio, la consistenza interna combinando tutte le scale del GMSR è risultata essere $\alpha = 0.535$; quella combinando solo i fattori di rischio (Discriminazione, Rifiuto, Vittimizzazione, Non-affermazione, Transfobia, Aspettative Negative, e Non-disclosure) di $\alpha = 0.463$, quella solo dei fattori di resilienza (Orgoglio e Connessione con la Comunità) di $\alpha = 0.567$. Inoltre, le correlazioni tra le variabili di interesse sono risultate generalmente basse o moderate (Tabella 1). Di conseguenza, si è deciso di non creare un unico punteggio composto per le variabili in questione e di procedere con le analisi utilizzando i punteggi individuali delle scale.

Tabella 5: Matrice di correlazione

| | Discrimination | Rejection | Victimization | Non Affirmation | Transphobia | Pride (Orgoglio) | Ne g. expectations | Non disclosure | Community connect edness |
|--------------------------|----------------|-----------|---------------|-----------------|-------------|------------------|--------------------|----------------|--------------------------|
| Discrimination | - | | | | | | | | |
| Rejection | 0.211* | - | | | | | | | |
| Victimization | -0.076 | 0.378*** | - | | | | | | |
| Non_affirmation | 0.047 | 0.186 | -0.043 | - | | | | | |
| Transphobia | -0.032 | 0.235* | 0.072 | 0.131 | - | | | | |
| Pride (Orgoglio) | 0.033 | -0.008 | 0.141 | -0.034 | -0.342** | - | | | |
| Negative Expectations | 0.223* | 0.360*** | 0.039 | 0.111 | 0.350** | 0.128 | - | | |
| Non Disclosure | 0.225* | 0.067 | -0.040 | -0.024 | 0.300** | -0.262* | 0.499** | - | |
| Community Connect edness | 0.062 | 0.064 | -0.081 | 0.251* | -0.263* | 0.450*** | 0.368** | 0.107 | - |
| Distress Psicologico | 0.228 | 0.325** | 0.182 | 0.033 | 0.375** | -0.026 | 0.475** | 0.345** | 0.117 |
| Disregolaz. Emotiva | 0.297** | 0.268* | 0.140 | 0.029 | 0.256* | -0.326** | 0.335* | 0.330* | -0.090 |

Nota. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

4.3 Test delle Ipotesi

4.3.1 Ipotesi 1: Ruolo della Disregolazione Emotiva come Mediatore

Per esaminare il ruolo della Disregolazione Emotiva come mediatore nella relazione tra le variabili del Minority Stress e il Distress Psicologico, è stata condotta un'analisi di mediazione. Le variabili del Minority Stress (Discrimination, Rejection, Victimization, Non_Affirmation, Transphobia, Pride, Negative_Expectations, Non_Disclosure, Community_Connectedness) sono state inserite come predittori, la Disregolazione Emotiva come mediatore e il Distress Psicologico come variabile dipendente.

I risultati dell'analisi di mediazione mostrano effetti indiretti (mediati) significativi per Discrimination ($\beta = 0.130$, $p = .013$) e Pride ($\beta = -0.145$, $p = .019$) sul Distress Psicologico attraverso la Disregolazione Emotiva. Gli effetti indiretti delle altre variabili del Minority Stress non hanno raggiunto la significatività statistica (tutti i $p > .05$).

Per quanto riguarda gli effetti diretti sul Distress Psicologico, Discrimination ($\beta = 0.166$, $p = .045$), Victimization ($\beta = 0.188$, $p = .028$), e Transphobia ($\beta = 0.185$, $p = .044$) hanno mostrato effetti significativi.

L'effetto della Disregolazione Emotiva sul Distress Psicologico è risultato anch'esso significativo ($\beta = 0.482, p < .001$).

Infine, l'unico effetto totale significativo sul Distress Psicologico è stato quello di Discrimination ($\beta = 0.197, p = .045$)

Nel complesso, l'analisi di mediazione suggerisce che la Disregolazione Emotiva media parzialmente la relazione tra alcune variabili del Minority Stress (in particolare Discrimination e Pride) e il Distress Psicologico. L'ipotesi 1 è quindi parzialmente supportata.

4.3.2 Ipotesi 2 e 3: Effetto della Terapia Ormonale e degli Interventi Chirurgici

Per testare le ipotesi 2 e 3, sono stati condotti tre *t*-test a campioni indipendenti per confrontare i livelli di Distress Psicologico tra i partecipanti che hanno intrapreso o meno una terapia ormonale sostitutiva e tra coloro che si sono sottoposti o meno a interventi chirurgici per l'affermazione di genere.

1. Terapia Ormonale Sostitutiva:

Non è stata riscontrata una differenza statisticamente significativa nei livelli di Distress Psicologico tra i partecipanti che hanno intrapreso una terapia ormonale sostitutiva ($M = 27.08, DS = 10.39$) e quelli che non l'hanno intrapresa ($M = 28.22, DS = 11.57$), $t(70) = 0.417, p = .678, d$ di Cohen = 0.105.

2. Interventi Chirurgici (Demolitivi):

Non è stata riscontrata una differenza statisticamente significativa nei livelli di Distress Psicologico tra i partecipanti che si sono sottoposti a chirurgia demolitiva ($M = 28.14$, $DS = 11.95$) e quelli che non vi si sono sottoposti ($M = 27.37$, $DS = 10.67$), $t(70) = -0.180$, $p = .857$, d di Cohen = -0.072 .

3. Interventi Chirurgici (Affermativa):

Non è stata riscontrata una differenza statisticamente significativa nei livelli di Distress Psicologico tra i partecipanti che si sono sottoposti alla chirurgia affermativa ($M = 23.86$, $DS = 10.90$) e quelli che non vi si sono sottoposti ($M = 27.83$, $DS = 10.71$), $t(70) = 0.931$, $p = .355$, d di Cohen = 0.371 .

Questi risultati non supportano le ipotesi 2 e 3, suggerendo che, nel nostro campione, non ci sono differenze significative nei livelli di Distress Psicologico tra i partecipanti che hanno intrapreso percorsi di affermazione di genere (terapia ormonale o interventi chirurgici) e quelli che non li hanno intrapresi.

CAPITOLO 5

Discussione e limiti della ricerca

Nel seguente capitolo si presenteranno i risultati ottenuti dall'analisi dei dati precedentemente presentati, descrivendo le ipotesi del presente studio ed elaborando un confronto con la letteratura scientifica di riferimento. Per l'esaminazione delle tre ipotesi formulate nello studio sono state utilizzate analisi di correlazione e mediazione, al fine di verificare l'esistenza di una mediazione della regolazione emotiva tra il minority stress e il conseguente distress psicologico nella popolazione transgender e gender diverse; inoltre, si vuole comprendere l'eventuale correlazione tra la terapia ormonale e la chirurgia affermativa e demolitiva sul distress psicologico.

5.1 Discussione

Il primo obiettivo del presente elaborato era verificare il ruolo di mediazione della regolazione emotiva fra il minority stress e il distress psicologico nel campione. Le analisi di mediazione svolte offrono una visione importante del ruolo della Disregolazione emotiva come fattore che media la relazione fra il Minority stress e il Distress psicologico all'interno del campione. In particolare, i risultati sembrano sottolineare l'effetto di alcune declinazioni del minority stress, quali la Discriminazione e il Pride sul Distress. Questo implica che le esperienze di discriminazione legate all'identità di genere, tra cui episodi di pregiudizio, disparità di trattamento o altri episodi discriminanti che le persone TGD

possono affrontare in vari contesti, possono provocare una disregolazione emotiva che a sua volta comporta risultati di salute mentali negativi, che possono presentarsi come sintomi di ansia e depressione. Questo risultato è in linea con lo studio di Hatzenbuehler (2009) che afferma che la regolazione emotiva è un importante mediatore fra il minority stress e risultati negativi di salute mentale. Nel modello, lo stress è infatti considerato come fattore che potrebbe portare all'adozione di strategie disfunzionali di regolazione delle emozioni, esponendo di conseguenza ad un maggiore rischio di sviluppare disturbi psicologici.

Allo stesso modo, sempre per quanto riguarda il ruolo di mediazione della disregolazione emotiva, l'orgoglio presenta un effetto negativo sul distress psicologico, suggerendo quindi che un maggiore senso di orgoglio e un'identificazione positiva con la propria identità di genere riducono la disregolazione emotiva e, a loro volta, il distress psicologico. Come noto in letteratura, il forte senso di orgoglio connesso alla propria identità come persona TGD mitiga gli effetti negativi del minority stress (Testa et al., 2015).

I dati suggeriscono che la discriminazione abbia anche un effetto diretto sul distress psicologico. Questo risultato è coerente con la letteratura precedente, in cui si sottolinea che la discriminazione è una delle esperienze potenzialmente più dannose per le persone TGD (Meyer, 2003). In conseguenza a questi risultati, è necessario non solo intervenire in prevenzione delle esperienze discriminatorie, ma anche permettere alle persone TGD di sviluppare strategie per il miglioramento della regolazione emotiva.

Altre variabili del minority stress, come la vittimizzazione e la transfobia interiorizzata, hanno mostrato effetti diretti sul distress psicologico, senza il ruolo di mediazione della regolazione emotiva. Questo suggerisce che, a differenza della discriminazione, ci sono declinazioni del minority stress che influenzano la salute mentale delle persone TGD attraverso altri meccanismi. La letteratura a questo proposito (Pachankis et al., 2019; Pachankis et al., 2020; Goldbach et al., 2021), suggerisce che l'utilizzo di training psicologici diretti alla riduzione del minority stress hanno un effetto sulla riduzione dei sintomi depressivi ed ansiosi nelle persone appartenenti a minoranze sessuali. È importante perciò che questi interventi vengano applicati anche alle persone TGD, approfittando del percorso psicologico necessario ad ottenere la diagnosi per l'avvio della terapia ormonale.

In conclusione, i dati sottolineano che alcune declinazioni del minority stress giocano un ruolo fondamentale nei risultati di salute mentale della persone transgender e gender diverse. È necessario dunque intervenire attraverso il miglioramento delle abilità di regolazione emotiva, enfatizzare il senso di orgoglio percepito e ridurre le esperienze di discriminazione attraverso interventi mirati.

La seconda ipotesi del presente elaborato si poneva l'obiettivo di esplorare l'effetto della terapia ormonale sui sintomi di distress psicologico nel campione. L'ipotesi non viene supportata dai dati; i risultati, infatti, non mostrano differenze significative in termini di salute mentale fra coloro che hanno intrapreso la

terapia ormonale e coloro che non l'hanno intrapresa. Ciò è contrario alle attese, la letteratura esistente infatti mostra che la terapia ormonale sostitutiva abbia un impatto positivo sul benessere psicologico delle persone transgender (de Vries et al., 2014; Green et al., 2021). Tuttavia, è importante sottolineare che il benessere psicologico è influenzato da diversi fattori, e la terapia ormonale da sola potrebbe non avere effetti significativi sul distress psicologico. Altri fattori che potrebbero risultare rilevanti nel benessere della persona potrebbero essere il supporto sociale, l'accettazione della propria identità da parte dell'ambiente circostante o le esperienze di discriminazione subite; è necessario un approfondimento per capire se tutte queste variabili possono mediare o moderare l'effetto della terapia ormonale sul distress psicologico delle persone TGD.

La terza ipotesi della presente tesi, si poneva l'obiettivo di indagare l'effetto della chirurgia affermativa sul distress psicologico delle persone TGD del campione. Sia per quanto riguarda gli interventi chirurgici demolitivi che affermativi, i dati non mostrano differenze significative in termini di distress psicologico fra chi si è sottoposto agli interventi e chi non lo ha fatto. Questo risultato è in contraddizione con la letteratura esistente che mostra una rilevante diminuzione del disagio psicologico nelle persone TGD che si sono sottoposte ad intervento chirurgici affermativi (Almazan e Keuroghlian, 2021). Una possibile spiegazione per i risultati potrebbe essere che gli interventi chirurgici per l'affermazione del genere potrebbero avere effetti su altri aspetti del benessere complessivo delle persone TGD, come la disforia o l'immagine corporea, e non agire a livello diretto sul distress psicologico, che potrebbe

invece essere causato da una serie di altri fattori, come lo stigma, le difficoltà economiche o il supporto familiare che possono persistere anche dopo gli interventi. Va, inoltre, fatta una distinzione in termini temporali fra chi si è sottoposto di recente ad un intervento e tra coloro che hanno subito interventi da più tempo; potrebbe essere necessario infatti attendere per beneficiare appieno dei benefici delle operazioni chirurgiche sul distress psicologico.

Sia per quanto riguarda gli effetti della terapia ormonale, che degli interventi chirurgici, è necessario tenere a mente che non tutte le persone TGD considerano queste ultime come la soluzione centrale per il proprio benessere e non tutte ne usufruiscono. Come già riportato in precedenza, infatti, l'affermazione come persona TGD potrebbe essere maggiormente legata ad aspetti quali il riconoscimento legale o l'accettazione sociale.

5.2 Limiti della ricerca e sviluppi futuri

Il presente elaborato conta alcuni limiti che è bene evidenziare al fine di contestualizzare meglio l'interpretazione dei risultati. Innanzitutto, è bene evidenziare che la maggior parte degli studi che costituiscono la base teorica del presente lavoro sono stati condotti nel contesto americano e internazionale, il quale differisce culturalmente rispetto al contesto italiano. Quest'ultimo, come precedentemente evidenziato, sta affrontando un momento particolarmente delicato per quanto riguarda il benessere delle persone transgender e gender diverse.

In secondo luogo, alcune specifiche caratteristiche del campione raggiunto per il presente studio possono rappresentare dei limiti sia per la generalizzabilità dei risultati che per la loro interpretazione. Come primo aspetto, la numerosità campionaria risultata limitata, anche a causa della specifica estensione della popolazione oggetto di studio. Infatti, si stima che la popolazione TGD rappresenta solo lo 0.5-1% della popolazione nazionale (stima ANSA, 2022), pertanto non è sempre semplice raggiungere un gran numero di partecipanti. Inoltre, nel campione rispondete alla presente ricerca risulta un numero considerevole di risposte mancanti.⁴

A questo si aggiunge una disequilibrata distribuzione del campione rispetto al sesso assegnato alla nascita, per cui circa il 62% del campione è composto da persone assegnate femmine alla nascita e il restante 38% da persone assegnate maschi alla nascita. Questo potrebbe influire nella variabilità di esperienze che tali persone affrontano nel percorso di affermazione di genere, che a sua volta può influenzare i risultati, con particolare riferimento alla terapia ormonale e agli interventi chirurgici di demolizione e affermativi. Il campione in analisi presenta una forte disomogeneità, in particolare il numero di persone che ha subito interventi chirurgici di affermazione è molto esiguo (9.7%) rispetto a chi non li ha subiti (90.3%). Anche per quanto riguarda la terapia ormonale, il campione non è equamente distribuito, infatti circa il 68% dei partecipanti ha iniziato una terapia ormonale, contrariamente al restante 32%.

⁴ *Transgender aumentano, al via uno studio sul loro stato di salute – Ansa, Salute & Benessere.* (s.d.). ANSA.it. Ultimo accesso: 15 ottobre 2024, https://www.ansa.it/canale_salutebenessere/notizie/sanita/2021/07/18/transgender-aumentanoal-via-uno-studio-sul-loro-stato-salut_a16c86f6-b7b6-44e5-9bbd-d1b33512adf8.html

Anche la distribuzione delle varie età risulta disequilibrata, con il 50% della campione con età inferiore ai 23 anni, costituendo un ulteriore fattore di limitata rappresentatività. Infine, la raccolta dei dati è stata effettuata principalmente con persone residenti nella regione Veneto (91.4%), rendendo il campione non rappresentativo dell'intera popolazione italiana.

Altri limiti significativi del lavoro svolto si riferiscono agli strumenti utilizzati; infatti, sono stati impiegati questionari self-report, che, sebbene siano strumenti comunemente impiegati nella ricerca, presentano alcune limitazioni strutturali. I partecipanti potrebbero avere difficoltà a valutare correttamente se stessi, fraintendendo le domande o minimizzando il loro disagio emotivo. Inoltre, le risposte potrebbero essere influenzate dalla tendenza a conformarsi a norme sociali, portando i soggetti a fornire risposte più accettabili piuttosto che completamente sincere. Per ovviare a questi limiti, sarebbe utile affiancare ai questionari delle interviste individuali, che permetterebbero un'analisi più approfondita delle risposte e una valutazione più accurata. Poi, lo strumento utilizzato per valutare il distress psicologico per la sua natura non consente di esplorare tutti gli aspetti che riguardano la salute mentale e il benessere.

A tutto questo, si aggiunge l'assenza di uno specifico focus sui metodi di acquisizione di strategie di regolazione emotiva, il quale avrebbe permesso di valutare più accuratamente le differenze tra chi ha strutturato queste abilità e in che modo, e chi no.

Alla luce di ciò, effettuando studi su campioni di maggiore numerosità e migliore rappresentatività della popolazione TGD, la ricerca futura potrebbe valutare

tramite un'impostazione longitudinale l'impatto sui risultati di salute mentale e sui livelli di minority stress dell'acquisizione di abilità di regolazione emotiva. Questo potrebbe essere realizzato prevedendo l'inserimento di training specifici volti ad ampliare le capacità di regolazione emotiva da confrontare con un campione di controllo, al fine di isolare il contributo delle abilità di regolazione emotiva nel mitigare gli effetti del minority stress.

Conclusione

Il presente elaborato ha voluto indagare in modo approfondito alcuni dei fattori psicologici che possono influenzare il benessere delle persone transgender e gender diverse, ponendo particolare attenzione a concetti quali la disregolazione emotiva, il minority stress e l'impatto di alcune fasi del percorso di affermazione di genere in relazione alla salute mentale. I risultati hanno mostrato la parziale mediazione della disregolazione emotiva tra il minority stress e il distress psicologico, con effetti negativi sul benessere delle persone transgender e gender diverse. Inoltre, si evidenzia una correlazione diretta fra esperienze discriminatorie e risultati di salute mentale negativi, ma anche il ruolo che gioca il senso di orgoglio e l'identificazione positiva con la propria identità nel ridurre la disregolazione emotiva e di conseguenza il distress psicologico.

La terapia ormonale e gli interventi chirurgici di affermazione di genere, nonostante siano fasi fondamentali nel percorso di affermazione di genere, non hanno mostrato effetti significativi sulla riduzione del distress psicologico, contrariamente a quanto descritto precedentemente dalla letteratura, contraddicendo, quindi, alcune ipotesi della presente tesi. Nonostante questi risultati, è necessario approfondire in studi successivi come la terapia ormonale e gli interventi chirurgici possano intersecarsi con altri costrutti psicologici e sociali.

In conclusione, il presente elaborato sottolinea il ruolo di alcuni costrutti come il minority stress e la disregolazione emotiva e del percorso di affermazione di

genere. Quest'ultimo potrebbe essere reso più efficace chiarendo ulteriormente il legame fra alcuni step del percorso e altri fattori, quali il supporto familiare o sociale, con la prospettiva di facilitare l'esperienza di vita delle persone transgender e gender diverse e di promuoverne il benessere.

La ricerca indica l'importanza di proporre interventi terapeutici che tengano conto della regolazione emotiva e del minority stress, insegnando specifiche strategie per gestire l'impatto degli eventi discriminatori. Questo tipo di interventi potrebbe significativamente contribuire alla promozione del benessere psicologico e sociale delle persone transgender e gender diverse, dal momento in cui molto spesso si trovano a dover fronteggiare situazioni di emarginazione e discriminazione, sia a livello personale che istituzionale.

BIBLIOGRAFIA

- Achille, C., Taggart, T., Eaton, N. R., Osipoff, J., Tafuri, K., Lane, A., & Wilson, T. A. (2020). Longitudinal impact of gender-affirming endocrine intervention on the mental health and well-being of transgender youths: Preliminary results. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2020(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s13633-020-00078-2>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Aldridge, Z., Thorne, N., Bouman, W. P., Witcomb, G. L., & Arcelus, J. (2023). A Longitudinal Study Exploring the Role of Mental Health Symptoms and Social Support Regarding Life Satisfaction 18 Months after Initiation of Gender-Affirming Hormone Treatment. *Healthcare*, 11(3), 379. <https://doi.org/10.3390/healthcare11030379>
- American Psychiatric Association & American Psychiatric Association (A c. Di). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed). American Psychiatric Association.
- Andrea Crapanzano, Bernardo Carpiniello, & Federica Pinna. (2021). Approccio alla persona con disforia di genere: Dal modello psichiatrico italiano al modello emergente basato sul consenso informato. *Rivista di Psichiatria*, 2021Gennaio-Febbraio. <https://doi.org/10.1708/3594.35771>
- Andrews G, Slade T. Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale (K10). *Aust N Z J Public Health*. 2001 Dec;25(6):494-7. doi: 10.1111/j.1467-842x.2001.tb00310.x. PMID: 11824981.

- Austin, A., & Craig, S. L. (2015). Transgender affirmative cognitive behavioral therapy: Clinical considerations and applications. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(1), 21–29. <https://doi.org/10.1037/a0038642>
- Baker, K. E., Wilson, L. M., Sharma, R., Dukhanin, V., McArthur, K., & Robinson, K. A. (2021). Hormone Therapy, Mental Health, and Quality of Life Among Transgender People: A Systematic Review. *Journal of the Endocrine Society*, 5(4), bvab011. <https://doi.org/10.1210/jendso/bvab011>
- Baldwin, A., Dodge, B., Schick, V. R., Light, B., Scharrs, P. W., Herbenick, D., & Fortenberry, J. D. (2018). Transgender and Genderqueer Individuals' Experiences with Health Care Providers: What's Working, What's Not, and Where Do We Go from Here? *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 29(4), 1300–1318. <https://doi.org/10.1353/hpu.2018.0097>
- Bauer, G. R., Scheim, A. I., Deutsch, M. B., & Massarella, C. (2014). Reported Emergency Department Avoidance, Use, and Experiences of Transgender Persons in Ontario, Canada: Results From a Respondent-Driven Sampling Survey. *Annals of Emergency Medicine*, 63(6), 713–720.e1. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2013.09.027>
- Briere, J. (2002). Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: further development of an integrative model. In *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* (2nd ed., pp. 175–202). Sage Publications.
- Byne, W., Bradley, S. J., Coleman, E., Eyler, A. E., Green, R., Menvielle, E. J., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Pleak, R. R., & Tompkins, D. A. (2012). Report

of the American Psychiatric Association Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 41(4), 759–796.
<https://doi.org/10.1007/s10508-012-9975-x>

Chang, S. C., Singh, A. A., & dickey, lore m. (2019). *A clinician's guide to gender-affirming care: Working with transgender and gender-nonconforming clients*. New Harbinger Publications.

Charak, R., Villarreal, L., Schmitz, R. M., Hirai, M., & Ford, J. D. (2019). Patterns of childhood maltreatment and intimate partner violence, emotion dysregulation, and mental health symptoms among lesbian, gay, and bisexual emerging adults: A three-step latent class approach. *Child Abuse & Neglect*, 89, 99–110.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.01.007>

Choi, J. Y., & Oh, K. J. (2014). Cumulative childhood trauma and psychological maladjustment of sexually abused children in Korea: Mediating effects of emotion regulation. *Child Abuse & Neglect*, 38(2), 296–303.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.09.009>

Choi, J. Y., Choi, Y. M., Gim, M. S., Park, J. H., & Park, S. H. (2014). The effects of childhood abuse on symptom complexity in a clinical sample: Mediating effects of emotion regulation difficulties. *Child Abuse & Neglect*, 38(8), 1313–1319. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.04.016>

Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2005). Child Maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 409–438.
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144029>

Claahsen - Van Der Grinten, H., Verhaak, C., Steensma, T., Middelberg, T., Roeffen, J., & Klink, D. (2021). Gender incongruence and gender

dysphoria in childhood and adolescence—Current insights in diagnostics, management, and follow-up. *European Journal of Pediatrics*, 180(5), 1349–1357. <https://doi.org/10.1007/s00431-020-03906-y>

Cole, P. M., Michel, M. K., & Teti, L. O. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2–3), 73–100.

Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., De Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., ... Arcelus, J. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(sup1), S1–S259. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>

Coyne, C. A., Poquiz, J. L., Janssen, A., & Chen, D. (2020). Evidence-Based Psychological Practice for Transgender and Non-Binary Youth: Defining the Need, Framework for Treatment Adaptation, and Future Directions. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, 5(3), 340–353. <https://doi.org/10.1080/23794925.2020.1765433>

Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495–510. <https://doi.org/10.1037/a0015616>

Davies, P. T., & Cummings, E. M. (1998). Exploring children's emotional security as a mediator of the link between marital relations and child adjustment. *Child Development*, 69(1), 124–139.

- Davis, C. E., Johnson, C. W., Flanagan, A., & Silk, W. (2021). "We're all in an abusive relationship with the health-care system": Collective memories of transgender health care. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 30(2), 183–195. <https://doi.org/10.3138/cjhs.2021-0013>
- Dettore, D., Ristori, J., & Antonelli, P. (2015). *La disforia di genere in età evolutiva: Implicazioni cliniche, sociali ed etiche* (1. ed). Alpes Italia.
- De Vries, A. L., McGuire, J. K., Steensma, T. D., Wagenaar, E. C., Doreleijers, T. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*, 134(4), 696-704.
- Drescher, J. (2014). Controversies in Gender Diagnoses. *LGBT Health*, 1(1), 10–14. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2013.1500>
- Ehring, T., & Quack, D. (2010). Emotion Regulation Difficulties in Trauma Survivors: The Role of Trauma Type and PTSD Symptom Severity. *Behavior Therapy*, 41(4), 587–598. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.04.004>
- Eisenberg, N., Cumberland, A., & Spinrad, T. L. (1998). Parental Socialization of Emotion. *Psychological Inquiry*, 9(4), 241–273. https://doi.org/10.1207/s15327965pli0904_1
- Expósito-Campos, P., Pérez-Fernández, J. I., & Salaberria, K. (2023). Empirically supported affirmative psychological interventions for transgender and non-binary youth and adults: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 100, 102229. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102229>
- Fitzpatrick, S., Dworkin, E. R., Zimmerman, L., Javorka, M., & Kaysen, D. (2020). Stressors and drinking in sexual minority women: The mediating

role of emotion dysregulation. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 7(1), 46–54. <https://doi.org/10.1037/sgd0000351>

Forrester, R. L., Slater, H., Jomar, K., Mitzman, S., & Taylor, P. J. (2017). Self-esteem and non-suicidal self-injury in adulthood: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 221, 172–183. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.027>

Fruzzetti, A. E., Shenk, C., & Hoffman, P. D. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model. *Development and Psychopathology*, 17(04). <https://doi.org/10.1017/S0954579405050479>

Garner, P. W., & Spears, F. M. (2000). Emotion Regulation in Low-income Preschoolers. *Social Development*, 9(2), 246–264. <https://doi.org/10.1111/1467-9507.00122>

Giromini L, Velotti P, de Campora G, Bonalume L, Cesare Zavattini G. Cultural adaptation of the difficulties in emotion regulation scale: reliability and validity of an Italian version. *J Clin Psychol*. 2012 Sep;68(9):989-1007. doi: 10.1002/jclp.21876. Epub 2012 May 31. PMID: 22653763.

Glynn, T. R., Gamarel, K. E., Kahler, C. W., Iwamoto, M., Operario, D., & Nemoto, T. (2016). The role of gender affirmation in psychological well-being among transgender women. *Psychology of sexual orientation and gender diversity*, 3(3), 336.

Goldbach, J. T., Rhoades, H., Mamey, M. R., Senese, J., Karys, P., & Marsiglia, F. F. (2021). Reducing behavioral health symptoms by addressing minority stressors in LGBTQ adolescents: A randomized controlled trial of Proud & Empowered. *BMC Public Health*, 21(1), 2315. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12357-5>

- Gómez-Gil, E., Zubiaurre-Elorza, L., Esteva, I., Guillamon, A., Godás, T., Cruz Almaraz, M., Halperin, I., & Salamero, M. (2012). Hormone-treated transsexuals report less social distress, anxiety and depression. *Psychoneuroendocrinology*, 37(5), 662–670. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2011.08.010>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Green, A. E., DeChants, J. P., Price, M. N., & Davis, C. K. (2022). Association of gender-affirming hormone therapy with depression, thoughts of suicide, and attempted suicide among transgender and nonbinary youth. *Journal of adolescent health*, 70(4), 643-649.
- Gross, J. J. (2001). Emotion Regulation in Adulthood: Timing Is Everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10(6), 214–219. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00152>
- Gross, J. J., & Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 95–103. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.106.1.95>
- Gross, J. J., & Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(2), 151–164. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x>
- Hatzenbuehler, M. L. (2009). How does sexual minority stigma “get under the skin”? A psychological mediation framework. *Psychological Bulletin*,

135(5), 707–730. <https://doi.org/10.1037/a0016441>

Hatzenbuehler, M. L., & Pachankis, J. E. (2016). Stigma and Minority Stress as Social Determinants of Health Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth. *Pediatric Clinics of North America*, 63(6), 985–997. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2016.07.003>

Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.

Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 460–467. <https://doi.org/10.1037/a0029597>

Informed Consent in the Medical Care of Transgender and Gender-Nonconforming Patients. (2016). *AMA Journal of Ethics*, 18(11), 1147–1155. <https://doi.org/10.1001/journalofethics.2016.18.11.sect1-1611>

Inzlicht, M., McKay, L., & Aronson, J. (2006). Stigma as Ego Depletion: How Being the Target of Prejudice Affects Self-Control. *Psychological Science*, 17(3), 262–269. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2006.01695.x>

Kapatais, A., Williams, A. J., & Townsend, E. (2023). The Mediating Role of Emotion Regulation on Self-harm among Gender Identity and Sexual Orientation Minority (LGBTQ+) Individuals. *Archives of Suicide Research*, 27(2), 165–178. <https://doi.org/10.1080/13811118.2022.2064254>

Keating, L., & Muller, R. T. (2020). LGBTQ+ based discrimination is associated

with PTSD symptoms, dissociation, emotion dysregulation, and attachment insecurity among LGBTQ+ adults who have experienced Trauma. *Journal of Trauma & Dissociation*, 21(1), 124–141. <https://doi.org/10.1080/15299732.2019.1675222>

Keating, L., Muller, R. T., & Wyers, C. (2021). LGBTQ+ People's Experiences of Barriers and Welcoming Factors When Accessing and Attending Intervention for Psychological Trauma. *Journal of LGBTQ Issues in Counseling*, 15(1), 77–92. <https://doi.org/10.1080/15538605.2021.1868376>

Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL, Walters EE, Zaslavsky AM. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med*. 2002 Aug;32(6):959-76. doi: 10.1017/s0033291702006074. PMID: 12214795.

Kim, J., & Cicchetti, D. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(6), 706–716. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02202.x>

Koerner, K. (2012). *Doing dialectical behavior therapy: A practical guide*. New York, NY: Guilford Press.

Kopp, C. B. (1989). Regulation of distress and negative emotions: A developmental view. *Developmental Psychology*, 25(3), 343–354. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.25.3.343>

Kozee, H. B., Tylka, T. L., & Bauerband, L. A. (2012). Measuring Transgender Individuals' Comfort With Gender Identity and Appearance: Development and Validation of the Transgender Congruence Scale. *Psychology of*

Women Quarterly, 36(2), 179–196.
<https://doi.org/10.1177/0361684312442161>

Lev, A. I., & Sennott, S. L. (2020). Clinical Work with LGBTQ Parents and Prospective Parents. In A. E. Goldberg & K. R. Allen (A c. Di), *LGBTQ-Parent Families* (pp. 383–403). Springer International Publishing.
https://doi.org/10.1007/978-3-030-35610-1_24

Linehan, M. (2015). *DBT skills training manual* (Second edition). The Guilford Press.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.

Lombardi, E. L., Wilchins, R. A., Priesing, D., & Malouf, D. (2002). Gender Violence: Transgender Experiences with Violence and Discrimination. *Journal of Homosexuality*, 42(1), 89–101.
https://doi.org/10.1300/J082v42n01_05

Lorusso, M. M., Rosati, F., Loopuijt, C., Pistella, J., Baiocco, R., & Albanesi, C. (2024). Navigating the gap: Unveiling the hidden minority stressors faced by trans and nonbinary clients in gender affirming pathways. *International Journal of Transgender Health*, 1–21.
<https://doi.org/10.1080/26895269.2024.2335519>

Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Bunting, K., & Rye, A. K. (2008). Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: Model, manual development, and pilot outcomes. *Addiction Research & Theory*, 16(2), 149–165.
<https://doi.org/10.1080/16066350701850295>

Massimo Biondi, Francesco Saverio Bersani, & Martina Valentini. (2014). IL

DSM-5: L'edizione italiana. *Rivista di Psichiatria*, 2014Marzo-Aprile.
<https://doi.org/10.1708/1461.16137>

Melnick, S. M., & Hinshaw, S. P. (2000). Emotion regulation and parenting in AD/HD and comparison boys: Linkages with social behaviors and peer preference. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(1), 73–86.
<https://doi.org/10.1023/a:1005174102794>

Meoded-Danon, L., & Yanay, N. (2016). Intersexuality: On Secret Bodies and Secrecy. *Studies in Gender and Sexuality*, 17(1), 57–72.
<https://doi.org/10.1080/15240657.2016.1135684>

Meyer, G., Mayer, M., Mondorf, A., Flügel, A. K., Herrmann, E., & Bojunga, J. (2020). Safety and rapid efficacy of guideline-based gender-affirming hormone therapy: An analysis of 388 individuals diagnosed with gender dysphoria. *European Journal of Endocrinology*, 182(2), 149–156.
<https://doi.org/10.1530/EJE-19-0463>

Mezzalira, S., Scandurra, C., Mezza, F., Miscioscia, M., Innamorati, M., & Bochicchio, V. (2022). Gender Felt Pressure, Affective Domains, and Mental Health Outcomes among Transgender and Gender Diverse (TGD) Children and Adolescents: A Systematic Review with Developmental and Clinical Implications. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 785.
<https://doi.org/10.3390/ijerph20010785>

Miller, C. T., & Kaiser, C. R. (2001). A Theoretical Perspective on Coping With Stigma. *Journal of Social Issues*, 57(1), 73–92.
<https://doi.org/10.1111/0022-4537.00202>

Mirabella, M., Piras, I., Fortunato, A., Fisher, A. D., Lingiardi, V., Mosconi, M., Ristori, J., Speranza, A. M., & Giovanardi, G. (2022). Gender Identity and

Non-Binary Presentations in Adolescents Attending Two Specialized Services in Italy. *The Journal of Sexual Medicine*, 19(6), 1035–1048. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2022.03.215>

Money, J. (1955). Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: Psychologic findings. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, 96(6), 253–264.

Money, J. (1985). Gender: History, Theory and Usage of the Term in Sexology and Its Relationship to Nature/Nurture. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 11(2), 71–79. <https://doi.org/10.1080/00926238508406072>

Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 569–582. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.4.569>

Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400–424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>

Norton, A. T., & Herek, G. M. (2013). Heterosexuals' Attitudes Toward Transgender People: Findings from a National Probability Sample of U.S. Adults. *Sex Roles*, 68(11–12), 738–753. <https://doi.org/10.1007/s11199-011-0110-6>

Notarius, C. I., & Levenson, R. W. (1979). Expressive tendencies and physiological response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(7), 1204–1210. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.37.7.1204>

Olson, K. R., Durwood, L., DeMeules, M., & McLaughlin, K. A. (2016). Mental Health of Transgender Children Who Are Supported in Their Identities.

Pediatrics, 137(3), e20153223. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-3223>

Pachankis, J. E., McConocha, E. M., Reynolds, J. S., Winston, R., Adeyinka, O., Harkness, A., ... & Safren, S. A. (2019). Project ESTEEM protocol: a randomized controlled trial of an LGBTQ-affirmative treatment for young adult sexual minority men's mental and sexual health. *BMC Public Health*, 19, 1-12.

Pachankis, J. E., McConocha, E. M., Clark, K. A., Wang, K., Behari, K., Fetzner, B. K., Brisbin, C. D., Scheer, J. R., & Lehavot, K. (2020). A transdiagnostic minority stress intervention for gender diverse sexual minority women's depression, anxiety, and unhealthy alcohol use: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(7), 613–630. <https://doi.org/10.1037/ccp0000508>

Ramos, B., Dion, J., Bóthe, B., Girouard, A., Hébert, M., Wong, E., & Bergeron, S. (2022). Cumulative interpersonal childhood adversity and post-traumatic stress symptoms across heterosexual, cisgender and gender and sexually diverse adolescents: The mediating role of emotion regulation. *Child Abuse & Neglect*, 124, 105454. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105454>

Reisner, S. L., Pardo, S. T., Gamarel, K. E., Hughto, J. M. W., Pardee, D. J., & Keo-Meier, C. L. (2015). Substance Use to Cope with Stigma in Healthcare Among U.S. Female-to-Male Trans Masculine Adults. *LGBT Health*, 2(4), 324–332. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0001>

Richards, C., Bouman, W. P., Seal, L., Barker, M. J., Nieder, T. O., & T'Sjoen, G. (2016). Non-binary or genderqueer genders. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 95–102. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1106446>

- Rider, G. N., Vencill, J. A., Berg, D. R., Becker-Warner, R., Candelario-Pérez, L., & Spencer, K. G. (2019). The gender affirmative lifespan approach (GALA): A framework for competent clinical care with nonbinary clients. *International Journal of Transgenderism*, 20(2–3), 275–288. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1485069>
- Rigobello, L., & Gamba, F. (2016). *Disforia di genere in età evolutiva: Sostemere la ricerca dell'identità di genere nell'infanzia e nell'adolescenza*. F. Angeli.
- Rizvi, S. L., Steffel, L. M., & Carson-Wong, A. (2013). An overview of dialectical behavior therapy for professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44(2), 73–80. <https://doi.org/10.1037/a0029808>
- Rosati, F., Lorusso, M. M., Pistella, J., Giovanardi, G., Di Giannantonio, B., Mirabella, M., Williams, R., Lingiardi, V., & Baiocco, R. (2022). Non-Binary Clients' Experiences of Psychotherapy: Uncomfortable and Affirmative Approaches. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22), 15339. <https://doi.org/10.3390/ijerph192215339>
- Scandurra, C., Bochicchio, V., Dolce, P., Carava, C., Vitelli, R., Testa, R. J., & Balsam, K. F. (2020). The Italian validation of the gender minority stress and resilience measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 7(2), 208.
- Scheim, A., Bauer, G., & Pyne, J. (2014). *Avoidance of Public Spaces by Trans Ontarians: The Impact of Transphobia on Daily Life*. Trans PULSE. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3820.1689>
- Shelton, K., & Delgado-Romero, E. A. (2011). Sexual orientation

- microaggressions: The experience of lesbian, gay, bisexual, and queer clients in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 58(2), 210–221. <https://doi.org/10.1037/a0022251>
- Sheppes, G., Suri, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion Regulation and Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11(1), 379–405. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112739>
- Shipherd, J. C., Maguen, S., Skidmore, W. C., & Abramovitz, S. M. (2011). Potentially traumatic events in a transgender sample: Frequency and associated symptoms. *Traumatology*, 17(2), 56–67. <https://doi.org/10.1177/1534765610395614>
- Shively, M. G., & De Cecco, J. P. (1977). Components of Sexual Identity. *Journal of Homosexuality*, 3(1), 41–48. https://doi.org/10.1300/J082v03n01_04
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York, NY: Guilford Press
- Sloan, C. A., Berke, D. S., & Shipherd, J. C. (2017). Utilizing a dialectical framework to inform conceptualization and treatment of clinical distress in transgender individuals. *Professional Psychology: Research and Practice*, 48(5), 301–309. <https://doi.org/10.1037/pro0000146>
- Southam-Gerow, M. A., & Kendall, P. C. (2000). A Preliminary Study of the Emotion Understanding of Youths Referred for Treatment of Anxiety Disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(3), 319–327. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP2903_3
- Spivey, L. A., & Edwards-Leeper, L. (2019). Future Directions in Affirmative Psychological Interventions with Transgender Children and Adolescents.

Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 48(2), 343–356.
<https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1534207>

Sterzing, P. R., Fisher, A. J., & Gartner, R. E. (2019). Familial pathways to polyvictimization for sexual and gender minority adolescents: Microaffirming, microaggressing, violent, and adverse families. *Psychology of Violence*, 9(4), 461–470.
<https://doi.org/10.1037/vio0000224>

Swann, W. B., & Schroeder, D. G. (1995). The Search for Beauty and Truth: A Framework for Understanding Reactions to Evaluations. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21(12), 1307–1318.
<https://doi.org/10.1177/01461672952112008>

Taurino, A. (2021). *Cultura delle differenze e sessualità. Dal rapporto sesso/genere alla fluidità dell'identità* (pp. 1-134). edizioni la meridiana.

Testa, R. J., Habarth, J., Peta, J., Balsam, K., & Bockting, W. (2015). Development of the Gender Minority Stress and Resilience Measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(1), 65–77.
<https://doi.org/10.1037/sgd0000081>

Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2–3), 25–52.

Thompson, R. A., & Calkins, S. D. (1996). The double-edged sword: Emotional regulation for children at risk. *Development and Psychopathology*, 8(1), 163–182. <https://doi.org/10.1017/S0954579400007021>

Tordoff, D. M., Wanta, J. W., Collin, A., Stepney, C., Inwards-Breland, D. J., & Ahrens, K. (2022). Mental Health Outcomes in Transgender and

- Nonbinary Youths Receiving Gender-Affirming Care. *JAMA Network Open*, 5(2), e220978. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.0978>
- Turban, J. L. (2017). Transgender Youth: The Building Evidence Base for Early Social Transition. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(2), 101–102. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.11.008>
- Turban, J. L., King, D., Carswell, J. M., & Keuroghlian, A. S. (2020). Pubertal Suppression for Transgender Youth and Risk of Suicidal Ideation. *Pediatrics*, 145(2), e20191725. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1725>
- Van Den Brink, F., Vollmann, M., & Van Weelie, S. (2020). Relationships between transgender congruence, gender identity rumination, and self-esteem in transgender and gender-nonconforming individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 7(2), 230–235. <https://doi.org/10.1037/sgd0000357>
- Victor, S. E., & Klonsky, E. D. (2016). Validation of a brief version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS-18) in five samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(4), 582–589. <https://doi.org/10.1007/s10862-016-9547-9>
- West, C., & Zimmerman, D. H. (1987). Doing Gender. *Gender & Society*, 1(2), 125–151. <https://doi.org/10.1177/0891243287001002002>
- Wood, E. P., Cook, S. H., & Calebs, B. J. (2019). The Mediating Role of Emotion Dysregulation in the Relation Between Adult Attachment Insecurity and Depression Among Young Gay and Bisexual Men. *International Journal of Sexual Health*, 31(2), 186–195. <https://doi.org/10.1080/19317611.2019.1611689>

Zeman, J., & Garber, J. (1996). Display Rules for Anger, Sadness, and Pain: It Depends on Who Is Watching. *Child Development*, 67(3), 957.
<https://doi.org/10.2307/1131873>

SITOGRAFIA

APA Dictionary of Psychology. (s.d.). APA Dictionary of Psychology. Ultimo accesso: 11 luglio 2024, <https://dictionary.apa.org/>

Council of Europe, Commissioner for Human Rights. Issue Paper: Human Rights and Gender Identity. 2009. Retrieved August 1, 2012, ultimo accesso: 9 luglio 2024, from <https://wcd.coe.int/WiewDoc.jsp?id=1476365>

Gazzetta Ufficiale. (s.d.). Gazzetta Ufficiale. Ultimo accesso: 10 luglio, <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/09/30/20A05244/sq>

Il percorso di affermazione di genere in pillole. (s.d.). Infotrans - Diritti e tutela identità di genere. Ultimo accesso: 11 luglio, <https://www.infotrans.it/it-schede-percorso-affermazione-genere-transgender>

L'ispezione all'ospedale Careggi di Firenze sui farmaci per minorenni con disforia di genere - Il Post. (2024, 24 gennaio). Il Post. Ultimo accesso: 11 luglio 2024, <https://www.ilpost.it/2024/01/24/ispezione-ministeriale-ospedale-careggi-firenze/>

Transgender aumentano, al via uno studio sul loro stato di salute – Ansa, Salute & Benessere. (s.d.). ANSA.it. Ultimo accesso: 15 ottobre 2024, https://www.ansa.it/canale_saluteebenessere/notizie/sanita/2021/07/18/transgender-aumentanoal-via-uno-studio-sul-loro-stato-salut_a16c86f6-b7b6-44e5-9bbd-d1b33512adf8.html