



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Dipartimento di Filosofia,  
Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata  
(FISPPA)**

**Corso di laurea Magistrale in Psicologia Clinico-Dinamica  
(classe LM-51)**

**Tesi di laurea Magistrale**

**Benessere psicologico delle persone transgender e  
gender diverse: il ruolo dello stigma, dell'occultamento  
e della regolazione emotiva**

**Psychological well-being of transgender and gender diverse people:  
the role of stigma, concealment and emotional regulation**

*Relatrice*

**Prof.ssa Marina Miscioscia**

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione DPSS

*Laureanda: Lavinia  
Pasqual*

*Matricola:  
2050493*

Anno Accademico 2024/2025

# Sommario

INTRODUZIONE.....	1
<b>CAPITOLO PRIMO: INCONGRUENZA DI GENERE.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1. Identità di genere, incongruenza di genere e altri concetti chiave:     glossario.....</b>	<b>3</b>
1.2. Cenni storici.....	7
1.3. Incongruenza di genere e disforia di genere.....	17
1.4. Percorsi di affermazione di genere in Italia e linee guida .....	24
1.4.1. Percorsi di affermazione di genere in Italia e linee guida.....	24
1.4.2. Situazione attuale nel contesto italiano.....	30
<b>CAPITOLO SECONDO: COME LO STIGMA INFLUENZA IL BENESSERE PSICOLOGICO NELLE PERSONE TGD .....</b>	<b>36</b>
2.1. Benessere psicosociale delle persone TGD .....	36
2.2. Il ruolo dell'occultamento e della disregolazione emotiva.....	46
<b>CAPITOLO TERZO: LA RICERCA.....</b>	<b>59</b>
3.1. Il disegno di ricerca e gli obiettivi .....	59
3.2. Ipotesi.....	60
3.3. Procedure.....	63
3.4. Strumenti.....	64
3.4.1. Gender Minority Stress and Resilience Measure (GMSR).....	64
3.4.2. Kessler Psychological Distress Scale (K10) .....	66
3.4.3. Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS-18).....	66
3.5. Partecipanti.....	67
<b>CAPITOLO QUARTO: RISULTATI.....</b>	<b>69</b>
4.1. Statistiche descrittive .....	69
4.3. Test delle ipotesi.....	73
<b>CAPITOLO QUINTO: DISCUSSIONE.....</b>	<b>85</b>

<b>5.1. Discussione.....</b>	<b>85</b>
<b>5.2. Limiti e prospettive future.....</b>	<b>91</b>
<b>5.3. Conclusioni.....</b>	<b>93</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>97</b>
<b>Sitografia.....</b>	<b>107</b>

## INTRODUZIONE

L'“incongruenza di genere” consiste in una marcata e persistente incongruenza tra il genere vissuto da un individuo e il sesso assegnatogli alla nascita (WHO, 2018). Attualmente tale condizione non è più considerata un disturbo, ma un dato emerge in maniera pressoché unanime: le persone TGD sperimentano in misura maggiore rispetto alla popolazione cisgender problemi di salute mentale, come ansia e depressione, autolesionismo non suicidario, ideazione suicidaria e suicidio (Pinna et al., 2022). Accanto al modello medico, che tende a ricondurre una simile sofferenza a una condizione individuale, altri modelli, come il Gender Minority Stress Model (Hendricks & Testa, 2012) o il modello Ecologico-Sociale (Hughto, et al., 2015), sottolineano come allo scarso benessere psicologico della persona TGD contribuisca in gran parte la pervasività dello stigma sociale rivolto alle minoranze di genere.

Sulla base di tali premesse, la presente tesi ha indagato il ruolo che l'occultamento dell'identità di genere e la regolazione emotiva giocano sullo stato psicologico delle persone TGD.

L'elaborato si articola in cinque capitoli.

Il primo illustra le definizioni di identità di genere, incongruenza di genere e altri concetti chiave; fornisce una panoramica su quella che è stata la concezione dell'incongruenza di genere in passato; distingue tra disforia di genere e incongruenza di genere; delinea i percorsi di affermazione di genere in Italia, insieme alle linee guida diagnostico-terapeutiche; per finire offre uno spaccato sul contesto sociale italiano attuale in merito all'argomento.

Il secondo capitolo evidenzia l'elevato stato di malessere psicologico vissuto dalle persone TGD e ne espone diversi quadri teorici esplicativi: il *Gender Minority Stress Model* di Hendricks & Testa (2012), il Modello Ecologico-sociale di Hughto, et al., (2015), lo *Psychological Mediation Framework* di Hatzenbuehler (2009) e per finire la Prospettiva della Sicurezza Sociale di Diamond & Alley (2022) e l'applicazione del modello bio-sociale alla popolazione TGD di Sloan et al. (2017). Tutti i modelli considerano lo stigma come principale fonte del disagio psicologico vissuto dalla persona con incongruenza di genere. Soltanto gli ultimi tre introducono il processo generale della

regolazione delle emozioni – il quale verrà spiegato tramite un rapido excursus teorico – come possibile elemento interveniente nel generarsi di un tale stato psicologico. Vengono trattati in questa sede, grazie all’esposizione dei quadri teorici, anche la tematica dell’occultamento dell’identità di genere, e il ruolo poco chiaro che esso riveste rispetto alla salute mentale degli individui TGD, nonché i fattori di resilienza della popolazione TGD.

Il terzo capitolo descrive il progetto di ricerca e gli strumenti utilizzati, mentre il quarto capitolo espone i risultati ottenuti.

Infine, il quinto capitolo offre una discussione dei risultati alla luce della letteratura esistente, oltre che l’indicazione dei limiti e delle future prospettive di ricerca.

## CAPITOLO PRIMO: INCONGRUENZA DI GENERE

### 1.1. Identità di genere, incongruenza di genere e altri concetti chiave: glossario

L'identità di genere consiste nel vissuto interiore, soggettivo, strettamente personale, di essere maschio o femmina oppure altro rispetto a queste due polarità (Pleak, 2011).

Nel percorso che porta alla comprensione profonda di questa definizione è necessario partire, innanzitutto, dalla fondamentale distinzione tra il concetto di “sesso” e il concetto di “genere”. I due termini, spesso confusi l'uno con l'altro, fanno riferimento rispettivamente alla sfera della biologia il primo e alla sfera psicosociale il secondo. Il “sesso” consiste nell'aspetto biologico del genere e, in particolare, nell'anatomia e nella fisiologia sessuale maschile o femminile. Il “genere”, invece, è l'aspetto psicosociale del sesso. Si tratta dell'esperienza soggettiva del proprio sesso, la quale, lungi dall'essere determinata dalle caratteristiche sessuali primarie e secondarie, si intreccia con ciò che la società considera di pertinenza maschile e, in opposizione, di pertinenza femminile (Pleak, 2011). Il genere, rispetto al sesso, dunque, è il prodotto di una costruzione, la quale si sostanzia di processi di identificazione, disconferma e ristrutturazione. Esso non è concepibile come elemento già dato alla nascita, esistente a priori e imm modificabile nel tempo, e può o meno corrispondere al sesso assegnato al soggetto (Pascolo-Fabrizi et al., 2016): come indicato dalla World Health Organization (WHO, 2018) l'incongruenza di genere consiste proprio in una marcata e persistente incongruenza tra il genere sperimentato da un individuo e il sesso assegnatogli.

Foucault (1976) si è spinto a sostenere che il sesso stesso, e non soltanto il genere, sia codificato dalle norme sociali e che il corpo diventi realmente sessuato una volta inserito nel discorso. Non è un caso, dunque, che le attuali versioni del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5-TR; American Psychiatric Association (APA), 2022) e della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD 11; WHO, 2018) scelgano di usare proprio l'espressione di “sesso *assegnato* alla nascita” piuttosto che esclusivamente di “sesso”: l'autorità assegna un'etichetta sessuale ad ogni

nuovo nato. L'etichetta AMAB – *assigned male at birth* – indica coloro che sono stati assegnati come maschi alla nascita; l'etichetta AFAB – *assigned female at birth* – coloro che sono stati assegnati come femmine.

Nonostante la letteratura scientifica sostenga ormai da tempo l'aspetto di costruzione simbolica del genere, l'influenza che le norme culturali e sociali hanno sulla sua elaborazione ed espressione, molte società, compresa quella occidentale, tendono a concepire ancora oggi i generi come fenomeni naturali legati causalmente al sesso biologico (Pascolo-Fabrici et al., 2016). La naturalizzazione dell'identità di genere e la negazione della diversità hanno difeso e difendono dall'angoscia del non controllabile, tuttavia, comportano inevitabilmente una visione del reale stereotipica, limitata e limitante. Ci si aspetta dalle bambine “normali” che vestano di rosa e giochino con le bambole e dai bambini “normali” che indossino il blu e facciano tra loro gare di macchinine. Allo stesso modo una “vera” donna sarà fragile, gentile e attenta al suo aspetto fisico; mentre un “vero” uomo sarà forte, sicuro di sé, competitivo e con poco tempo e interesse da dedicare alla propria estetica (Pascolo-Fabrici et al., 2016; Valerio & Scandurra, 2016). Le persone “transgender” - termine coniato dall'attivista Virginia Prince tra la fine degli anni 70 e l'inizio degli anni 80 (Pfäfflin, 2011), e attualmente utilizzato come aggettivo per indicare tutti coloro la cui identità di genere e/o espressione di genere non sono quelle socialmente e culturalmente accettate per il sesso assegnatogli alla nascita (Infotrans, 2025) - mettono costantemente in discussione queste rassicuranti, quanto illusorie, certezze.

In particolare, coloro che maggiormente tendono a destabilizzare il conservatorismo cognitivo dell'attuale società occidentale sono quanti rientrano nel cosiddetto “*gender diverse*”. Pur sperimentando incongruenza di genere, essi non si identificano in uno dei due generi normativi (uomo o donna). Oltre ai soggetti transgender AMAB e AFAB binari che sentono di appartenere al polo opposto del continuum di genere rispetto a quello assegnatogli e desiderano modificare/stanno modificando/hanno modificato il proprio corpo nella suddetta direzione, infatti, esiste un certo numero di individui che considera il proprio genere come oscillante tra la categoria uomo e la categoria donna, come appartenente ad entrambe oppure come estraneo ad esse. Costoro rientrano tutti all'interno della categoria ombrello “genderqueer” e si attribuiscono, rispettivamente, le nate più di recente etichette di: “non-binary” o “genderfluid”;

“bigender” o “pangender”; “agender”, “genderless” o “genere neutro”. Ci sono individui, infine, che si identificano in un cosiddetto “terzo genere” (Infotrans, 2025; Pleak, 2011).

Torniamo ora, per un istante, all’attivista Virginia Prince, il cui operato risulta utile a effettuare una doverosa specifica. Ella era fermamente impegnata nel sostenere che se una persona con incongruenza di genere sente di essere donna può vivere in quel ruolo senza la necessità di sottoporsi ad alcun trattamento medico. Per tale motivo si definiva *transgenderist*, in sostituzione del termine *transsexual* usato fino ad allora (Pfäfflin, 2011). Il termine “transessualità” e il suo aggettivo “transessuale”, dunque, attualmente vengono impiegati (anche se sempre con minor frequenza) per designare le persone transgender che scelgono di apportare modifiche al proprio corpo mediante trattamenti medici di affermazione di genere (Infotrans, 2025). Utilizzeremo questi termini soltanto quando prevedano tale accezione o se necessari a garantire la fedeltà storica. Anche la parola “transessualismo”, attualmente considerata da molti discriminatoria, verrà utilizzata esclusivamente in chiave storica.

A riprova della resistenza da parte della società occidentale nei confronti di un’identità di genere non prevedibile, è interessante notare come i termini identità sessuale e identità di genere siano stati coniati solo in seguito alla seconda guerra mondiale. Fino a quel momento, infatti, esisteva esclusivamente il concetto più ampio di identità personale, il quale li racchiudeva entrambi. L’identità sessuale maschile e l’identità sessuale femminile erano talmente assunte come un già dato in sorte naturale, che non vi era neppure la necessità di conferirgli un nome atto ad identificarle e a discuterne (Pfäfflin, 2011). Il biologo e sessuologo statunitense Alfred Kinsey, con i titoli delle sue opere fondamento della sessuologia moderna - *Sexual Behaviour in the Human Male* pubblicata nel 1948 e *Sexual Behaviour in the Human Female* nel 1953 -, ne offre una dimostrazione. Esistevano solo il maschio e la femmina.

Il concetto di identità sessuale, una volta distinto da quello di identità di genere, viene a consistere nell’esperienza individuale e soggettiva del percepirsi sessuati (Bancroft, 2009). Con particolare riferimento al modello di Shively e De Cecco (1977), l’identità sessuale include l’identità di genere. Gli autori ne elaborano una concezione tutt’ora attuale e condivisa: partendo dall’idea di un “corpo sessuato”, ossia dell’esperienza soggettiva del proprio corpo e delle sue caratteristiche sessuali,

definiscono l'identità sessuale come un costrutto multidimensionale, il quale si compone di quattro elementi: sesso biologico, identità di genere, ruolo di genere e orientamento sessuale. Si tratta di un processo interattivo all'interno del quale si intrecciano, perciò, aspetti biologici, psicologici, socioculturali ed educativi (Valerio & Scandurra, 2016).

Abbiamo già discusso la differenza tra sesso biologico e genere. Per quanto concerne il ruolo di genere e l'orientamento sessuale è possibile, invece, fare alcune precisazioni. Il ruolo di genere consiste nella manifestazione esteriore di quanto la società e la cultura di riferimento considerano tipicamente maschile e tipicamente femminile. Rientrano nella fattispecie comportamenti, linguaggio, vestiario, attività e giochi scelti, interessi (Pleak, 2011). Il primo a coniare il termine è stato, nel 1955, il sessuologo John Money, il quale lo definiva come "l'espressione pubblica dell'identità di genere". Da tale definizione deriva l'idea che esso sia particolarmente controllabile e manipolabile, in modo tale che possa o meno rispecchiare l'identità di un soggetto (Pleak, 2011). A tal proposito, le persone transgender and gender diverse (TGD), spesso, anticipando lo stigma che deriverebbe dal mostrare la propria condizione, la nascondono, al fine di evitare discriminazione e rifiuto (Lindley & Galupo, 2020). Money (1994), tuttavia, teneva molto a sottolineare come il ruolo di genere non fosse una pura costruzione sociale, un copione imposto dall'esterno all'individuo e, perciò, arbitrariamente modificabile: ruolo e identità di genere, sostiene, sono le "due facce della stessa medaglia" (Money, 1985, p. 282), l'aspetto esteriore si sostanzia dell'esperienza privata e vi è, dunque, inestricabilmente connesso.

L'orientamento sessuale, quarto elemento del modello di Shively e De Cecco (1977), può essere definito come la direzione presa, in maniera duratura, dalla sessualità e dall'affettività di una persona. Il soggetto può essere solito instaurare relazioni erotiche e/o romantiche, attualizzate o a livello fantasmatico, con individui del genere opposto, del suo stesso genere o di entrambi i generi. Nel primo caso si parla di eterosessualità, nel secondo di omosessualità e nel terzo di bisessualità. È auspicabile utilizzare il termine "genere", piuttosto che il termine "sesso", poiché l'orientamento sessuale è classificabile in riferimento all'identità di genere di una persona e non al suo sesso biologico. Esistono donne transgender lesbiche e uomini transgender omosessuali (Batini, 2011). È necessario aggiungere, inoltre, che esistono almeno altri due orientamenti sessuali, ossia l'asessualità e la pansessualità. L'asessualità indica il non essere sessualmente attratti da

altre persone; la pansessualità, invece, si riferisce all'essere sessualmente e/o emotivamente attratti dalle persone indipendentemente dal loro genere (Infotrans, 2025)

## 1.2. Cenni storici

Le origini di un discorso strutturato e sistematico sull'identità di genere, e la conseguente trattazione dell'incongruenza di genere, sono da rinvenire negli anni Cinquanta e Sessanta del Novecento, e, in particolare, nel lavoro del già citato sessuologo John Money da una parte e dello psicoanalista Robert Stoller dall'altra. Vale la pena, tuttavia, approfondire il pensiero di coloro che li hanno preceduti. Altri studiosi, infatti, compreso lo stesso padre della psicoanalisi Sigmund Freud, hanno fornito importanti spunti di riflessione sull'argomento.

La premessa fondamentale da porre è che la trattazione dell'identità di genere ha spesso confuso, almeno fino alla metà del 900, quella che attualmente viene definita incongruenza di genere, ma che per moltissimi anni è stata chiamata "transsessualismo", con i fenomeni dell'omosessualità e del cross-dressing (Bottone et al, 2011). Si tratta, invece, di condizioni distinte. Si è già affrontato il concetto di omosessualità; definiamo ora il cross-dressing. Quest'ultimo, all'epoca detto "travestitismo" (termine considerato oggi discriminatorio), non riflette l'identità di genere o l'orientamento sessuale ma consiste nell'indossare vestiti, accessori e/o trucco e/o nell'adottare un'espressione di genere che non si conforma al proprio sesso biologico sulla base delle norme sociali e culturali di riferimento (Infotrans, 2025)

È Magnus Hirschfeld, medico tedesco, ad elaborare per primo, nel 1910, il termine "travestitismo". Egli usa l'espressione *transvestitismus*, collocando all'interno di questa etichetta nosografica coloro i quali sono soliti utilizzare abiti del sesso opposto. Il *transvestitismus* rientrerebbe, secondo l'autore, nel da lui teorizzato "stadio sessuale intermedio": entro tale stadio sarebbero incluse anche altre condizioni affini al travestitismo, tra cui proprio quella che egli denomina, coniando un altro fondamentale termine, *seelischer Transsexualismus*. Per la prima volta viene utilizzato l'espressione transsessualismo. Nonostante questo primo tentativo di chiarezza, Hirschfeld non ha mai elaborato la transsessualità come un'entità clinica a sé stante e dai contorni ben definiti. L'autore si è limitato a porre la pietra miliare del pensiero che condurrà in seguito alla

distinzione tra ciò che oggi chiamiamo incongruenza di genere, cross-dressing e condizione intersessuale (Bottone et al, 2011).

Westphal, nel lontano 1870, apre un primo varco verso la tematica dell'incongruenza di genere a partire dalla condizione omosessuale parlando di "sensibilità sessuale invertita" (*könträre sexuellempfindung*), ossia di una "una certa maniera di invertire in se stessi l'elemento maschile e quello femminile" (Westphal, 1870). Tale visione della questione omosessuale è interessante ai fini della nostra trattazione anche perché stabilisce un primo fondamentale interesse verso la componente psicologica del fenomeno identitario. Fino a quel momento, infatti, l'elemento considerato dirimente nello stabilire la presenza dell'omosessualità era stato l'atto esteriore e osservabile della sodomia. Westphal porta, in maniera del tutto innovativa, l'attenzione all'anima e al mescolarsi del maschile e del femminile nell'interiorità della persona (Bottone et al, 2011).

Sàndor Ferenczi, più tardi, riprenderà quanto teorizzato da Westphal. Nel suo articolo del 1914, il cui titolo è "L'omoerotismo: nosologia dell'omosessualità maschile", l'autore propone, in sostituzione dell'espressione omosessualità, il nuovo termine di "omoerotismo". Tale termine pone in ombra gli aspetti fino a quel momento primariamente attenzionati, ossia l'elemento biologico e quello comportamentale, per portare alla luce la dimensione psicologica della condizione in oggetto. Ferenczi, in particolare, individua due tipologie di omoerotismo: l'"omoerotismo attivo" e l'"omoerotismo passivo". Il maschio omoerotico attivo, o "omoerotico oggettivo", secondo l'autore, sente di essere uomo e sta bene all'interno del proprio corpo, solo è attratto sessualmente da un soggetto del suo stesso sesso. L'omoerotico passivo, o "omoerotico soggettivo", invece, è caratterizzato da un'inversione rispetto al proprio Io e, perciò, i suoi caratteri psichici lo portano a sentirsi donna. Ciò non avviene soltanto in riferimento alla sfera erotico-sessuale, bensì riguarda l'intera esistenza del soggetto (Ferenczi, 1914).

Ferenczi (1914) nota come l'omoerotico passivo non si rechi volontariamente dallo psicoanalista per modificare se stesso, ma anzi, come desidera che le persone attorno a lui accettino quella che egli sente essere la sua vera identità. Tale elemento, nonostante venga ricondotto dall'autore ad un autentico narcisismo, proprio dell'individuo che non investe a livello oggettuale, assume tutt'altra valenza se considerato alla luce delle attuali

teorizzazioni della condizione TGD. Come vedremo in seguito, infatti, quest'ultime sono incentrate sull'accettazione del soggetto, senza volerlo ricondurre ad una presunta normalità.

La tesi di Ferenczi si avvicina molto a quanto teorizzato da Freud nel corso della sua opera. Il padre della psicoanalisi, nonostante nel 1924 affermi "l'anatomia è destino" (Freud, 1924, p. 32), concepirà l'identità sessuale in un'ottica fondamentale costruttivista, considerando l'esistenza di una sessualità psichica e portandosi oltre il paradigma biologico dal quale aveva tentato di partire. L'autore, infatti, in "Tre saggi sulla teoria sessuale" del 1905, ipotizzava già l'esistenza in ciascun essere umano di una (bi)sessualità psichica, tuttavia la associava ad una (bi)sessualità originaria costituzionale, basandosi sullo studio di alcuni casi di ermafroditismo. Secondo Freud (1905) l'identità sessuale "normale" sarebbe stata l'esito della risoluzione della bisessualità in una monosessualità associata al sesso biologico del soggetto; la condizione omosessuale, invece, la manifestazione di un ermafroditismo innanzitutto somatico e in secondo luogo psichico. A fronte della mancanza di evidenze, l'autore abbandonerà l'ipotesi biologica ma, come abbiamo accennato, rimarrà ugualmente fedele all'idea di una (bi)sessualità psichica. Nelle persone omosessuali, che Freud chiama "invertiti", esisterebbe un'identità sessuale nascosta: non si tratta di una questione anatomica, di un cervello femminile dentro ad un corpo maschile, bensì di una componente psicologica che permea l'individuo. Nel 1920, in una nota ai "Tre saggi sulla teoria sessuale", Freud utilizza, per denotare tale componente, il termine "anima". Egli definisce l'omosessualità come un fenomeno in cui un'anima femminile, la quale ama gli uomini, si trova malauguratamente a soggiornare in un corpo maschile (Bottone et al, 2011).

In "Introduzione alla psicoanalisi" del 1932, il medico viennese si spingerà fino ad affermare che maschile e femminile non possono essere completamente assimilabili al sesso biologico. Non esisterebbero, infatti, a livello psicologico, una femminilità e una virilità pure: il maschile e il femminile non possono essere colti nella loro essenza se non rischiando di associare il maschile all'attività e il femminile alla passività (Freud, 1932).

Il termine "transessualismo" viene utilizzato per la seconda volta, in forma aggettivale, solo nel 1949, da David Cauldwell e diviene, infine, un sostantivo riferito ad uno specifico fenomeno scientificamente riconosciuto nel 1953 ad opera di Harry Benjamin.

Il primo autore, sessuologo statunitense, riferendosi al caso di una giovane donna che mostrava l'ossessiva volontà di essere uomo, descrive la condizione transessuale in termini maggiormente psicologici rispetto al suo predecessore Hirschfeld: egli si concentra sull'angoscia provata dalla persona nei confronti del proprio sesso anatomico. L'espressione che sceglie per racchiudere tale fenomeno è quella di *psychopathia transsexualis* (Cauldwell, 1949). È evidente il richiamo alla *Psychopathia Sexualis* di Krafft-Ebbing (Krafft-Ebbing, 2011).

A differenza di Cauldwell, il sessuologo e gerontologo a cui si deve il primo uso sostanziale del termine "transessualismo", Harry Benjamin, credeva nell'utilizzo della chirurgia come trattamento della condizione transessuale e ciò è stato quanto gli ha permesso di sviluppare e arricchire le proprie idee sull'argomento (Bottone et al, 2011). Benjamin, infatti, pubblicherà nel 1953 l'articolo "Transvestism and Transsexualism" proprio trasportato dall'entusiasmo per il primo intervento di riassegnazione chirurgica del sesso, avvenuto in Danimarca nel 1951 ad opera del dottor Christian Hamburger. La paziente sottopostasi all'operazione era Christine Jorgensen, in precedenza George Jorgensen. Lo scritto di Benjamin (1953) separa definitivamente l'omosessualità dalla transessualità, conferendo a quest'ultima uno statuto autonomo. In "Transvestism and Transsexualism" e nell'opera successiva del 1966, "The Transsexual Phenomenon" (nota anche come "la Bibbia dei transessuali"), Benjamin, infatti, pone fine alla concezione per cui esisterebbe una distinzione tra l'essere di un individuo da una parte e la sua sensibilità interiore dall'altra. Viene eseguito un cambio di rotta definitivo rispetto alla sensibilità sessuale invertita di Westphal e all'omoerotismo passivo di Ferenczi: la persona transessuale non è un soggetto la cui sensibilità ha una direzione opposta rispetto a quello che egli è naturalmente, bensì si tratta di una persona che sente di *essere* del sesso opposto. La sensibilità, dunque, viene a combaciare con l'essere. L'individuo transessuale nato biologicamente maschio è donna e non *si sente* tale. A riprova di ciò, Benjamin parla del disgusto e della sofferenza vissuti da chi è transessuale nei confronti del proprio corpo. Ne pone a soluzione l'intervento del bisturi. (Benjamin 1966; Bottone et al, 2011). L'autore, infatti, in maniera del tutto innovativa, arriverà a sostenere che tale disturbo psichiatrico sia l'unico che possa essere curato non psichiatricamente, bensì attraverso la prassi medica di affermazione di genere (Benjamin 1966; Pascolo-Fabrizi et al., 2016). Egli ribadiva con forza, seppur rispetto all'eteronormatività dell'epoca, la normalità dei

propri pazienti, i quali, una volta assegnati al genere a cui realmente sentivano di appartenere, possedevano un orientamento eterosessuale. Le persone transessuali, secondo Benjamin, non desiderano appartenere ad un terzo sesso, altro rispetto al maschile o al femminile, ma chiedono soltanto di essere riconosciute nella propria interezza come appartenenti al genere opposto. Desiderano apparire con le sue caratteristiche ma anche, e soprattutto, poter operare come suoi appartenenti (Benjamin, 1966; Ekins, 2005).

È il sessuologo John Money, come abbiamo già visto, ad introdurre il termine “genere”. L'autore, impegnato nel lavoro con bambini portatori di anomalie cromosomiche, genitali ambigui e disturbi endocrini all'ospedale universitario di Baltimora, si trova a coniare innanzitutto l'espressione “ruolo di genere”, nel 1955, e dopodiché, nel 1966, quella di “identità di genere”. Questi concetti, di fronte ad un divergere tra l'aspetto biologico e l'identità sessuale dei soggetti in esame, si rivelavano necessari ad una trattazione efficace dell'argomento e non si riferivano, in prima istanza, esclusivamente alla condizione TGD (Pfäfflin, 2011).

Robert Stoller, pilastro della diffusione del concetto di “identità di genere” nella psicoanalisi, è colui che, lavorando sul tema in quegli stessi anni, distorce le intenzioni di Money, accostando definitivamente l'espressione alla condizione transgender (Pfäfflin, 2011). Lo psicoanalista, nella sua famosa opera “Sex and Gender. The Development of Masculinity and Femininity” del 1968, utilizza l'approfondimento della condizione che all'epoca continuava a dirsi “transessuale” per portare a compimento la fondamentale distinzione tra sesso e genere. Egli sottolinea come il transessualismo non sia una deviazione su base organica e come, dunque, non debba essere compreso basandosi sul sesso del soggetto, bensì approfondendo il poco esplorato tema della sua identità di genere. Stoller distingue “sesso” e “genere” in questo modo: “preferisco limitare l'impiego della parola sesso (sex) ad una connotazione biologica. Il genere (gender) è un termine che ha delle connotazioni psicologiche o culturali, più che biologiche.”. Aggiunge: “Se i termini appropriati per il sesso sono “maschio” e “femmina”, i termini corrispondenti per il genere sono “maschile” e “femminile”; questi ultimi possono essere totalmente indipendenti dal sesso (biologico)”. La transessualità, perciò, sarebbe “un esperimento naturale” che mostra la separazione intercorrente tra sesso e genere, tra biologico e culturale (Stoller, 1968, pp. 9-10).

Stoller (1968) riconduce a Freud la prima rudimentale distinzione tra sesso e genere. In particolare egli la ritrova nelle tre componenti che il padre della psicoanalisi pone a fondamento dell'omosessualità, ossia l'ermafroditismo somatico, l'impostazione maschile o femminile e il tipo di scelta oggettuale. L'impostazione maschile o femminile costituirebbe, secondo Stoller, il modo con cui il suo predecessore si sarebbe riferito proprio al genere del soggetto. Nonostante il richiamo a Freud, tuttavia, l'autore non ha mai condiviso l'idea di quest'ultimo riguardante la bisessualità psichica come condizione originaria dell'essere umano. Stoller nella sua monografia parla piuttosto di una fase primaria simbiotica comune a maschi e femmine - detta "protofemminilità" - e della formazione, grazie alla progressiva differenziazione del Sé dal non-Sé, di una "identità di genere nucleare". L'identità di genere nucleare è "un nucleo embrionale di essere che si sviluppa in età precoce, tramite il quale il bambino si riconosce come appartenente ad un determinato genere" (Di Gregorio, 2019, p. 27). Stoller (1968) ritiene che le caratteristiche di genere vengano assunte entro i tre anni d'età, che tali rimangano per tutta la vita e che non necessariamente corrispondano al sesso biologico. Egli, in particolare, le riconduce a tre elementi: le componenti biologico-ormonali; le caratteristiche anatomico-fisiologiche dei genitali esterni (sia come segno per l'assegnazione del sesso alla nascita e sia come luogo di sensazioni somatiche che contribuiscono allo sviluppo dell'Io corporeo); e, per finire, la dimensione relazionale dell'infante con la madre. È proprio quest'ultima componente a determinare la progressiva differenziazione del soggetto dalla fusione della protofemminilità precedentemente citata. Ogni persona all'inizio della propria vita è coinvolta in una identificazione a-conflittuale con la madre, ma se nello sviluppo cosiddetto "normale" avviene un processo di separazione graduale, soffice e a-traumatica da essa, nella transessualità della persona AMAB che sente di essere donna (l'unica di cui si occupa Stoller) il bambino maschio permane nella fusione e continua ad identificarsi con il genere della madre. Nello sviluppo dei soggetti maschi, i quali, non potendo mantenere l'identificazione con il genere della madre, trovano già di per sé, rispetto ai soggetti femmina, una maggiore difficoltà nel distacco, l'intervento cruciale spetta alla madre. Quando costei è una donna con forte invidia del pene, la quale fatica a riconoscere la propria femminilità e la mascolinità del figlio, quest'ultimo rimane imbrigliato nella simbiosi a-conflittuale della protofemminilità originaria, sviluppando ciò che Stoller

definisce “un disturbo di personalità ben definito e potenzialmente maligno”. “La convinzione di una persona biologicamente normale di appartenere al sesso opposto” è per l’autore un quadro patologico. Di solito contribuisce a tale esito la figura di un padre dinamicamente assente, che non riesce, con la propria presenza, a rompere l’unità duale madre-figlio. Egli, in un certo qual modo, per via di “un accordo inconscio” con la moglie, si ritrova persino ad incoraggiare “il processo di femminilizzazione del bambino” (Stoller, 1968).

Come già riferito, Stoller (1968) si dedica esclusivamente alla transessualità delle persone AMAB che si affermano come donne. È bene notare, tuttavia, come essa risulti contraddetta dalla transessualità di chi è AFAB e si afferma in quanto uomo: quest’ultima condizione esiste, anche se a parere dell’autore la bambina dovrebbe essere facilitata rispetto al maschio nella differenziazione dalla madre. Oltretutto, se anche ella permanesse nell’identificazione a-conflittuale con la madre, seguendo la teoria di Stoller non desidererebbe affatto divenire uomo, bensì rimarrebbe saldamente ancorata alla propria femminilità. L’autore non risolverà mai tale contraddizione; tuttavia egli lascia con la propria argomentazione un contributo fondamentale: la questione dell’identità di genere e della condizione transgender dopo di lui sarà al centro dell’attenzione di psicoanalisti e psichiatri e muoverà nuove importanti riflessioni (Di Gregorio, 2019). Numerose saranno anche le critiche, in particolare alla distinzione della transessualità dalla psicosi e al tipo di trattamento che Stoller propone, ossia la “trasformazione sessuale” – espressione dell’autore stesso (Stoller, 1968) – tramite l’intervento chirurgico. Secondo lui, infatti, la psicoanalisi è uno strumento non efficace alla “cura” di questo tipo di pazienti e, sebbene nemmeno la prassi medico-chirurgica possa eliminare il nucleo maschile che appartiene al soggetto, quest’ultima è la strada che va effettivamente perseguita (Stoller, 1968).

Ethel Person e Lionel Ovesey (1973), la prima psichiatra e psicoanalista, il secondo esclusivamente psicoanalista, entrambi assunti presso la Columbia University, si dedicano allo studio del transessualismo proprio sulla spinta delle ipotesi portate da Stoller. Essi, contrariamente a quest’ultimo, collocano l’origine della condizione in una fase tutt’altro che a-conflittuale. Il bambino maschio che sviluppa in seguito la transessualità, prima che sia avvenuta una differenziazione tra Sé e la madre, si trova a vivere con essa un rapporto conflittuale e, di conseguenza, una fortissima angoscia di

separazione dalla quale è costretto a difendersi. L'angoscia di separazione citata dagli autori è, più propriamente, angoscia di frammentazione: non è possibile, infatti, separarsi da un oggetto che non è ancora riconosciuto come tale. L'infante, dunque, teme di dis-identificarsi dalla madre: di perdere in tal modo la propria unità e di essere annientato. È per questo che ricorre, secondo Ovesey e Person, alla strategia difensiva di una fantasia di fusione simbiotica con essa. I due autori non collocano tale eziologia in uno specifico punto del continuum del processo di separazione/individuazione ed è per questo che concepiscono la transessualità in quanto sindrome. Distinguono, anzi, diversi esiti di transessualità a seconda del momento in cui si colloca la reazione difensiva all'angoscia, isolandone in particolare due tipologie: un transessualismo primario e un transessualismo secondario. La sindrome del transessualismo primario, secondo Ovesey e Person, riguarda tutti quegli individui che, senza propendere significativamente verso l'omosessualità o l'eterosessualità, si mantengono transessuali per tutto lo svolgersi dello sviluppo psicologico, cercando di ottenere l'intervento di riassegnazione del sesso. La sindrome del transessualismo secondario, invece, coinvolgerebbe persone omosessuali effeminate e persone che praticano travestitismo le quali solo ad un certo punto della propria vita dichiarano di essere transessuali. Costoro, limitandosi a modificare solo i caratteri più superficiali del proprio aspetto, non sarebbero caratterizzati da una vera e propria fantasia di fusione simbiotica con la madre ma, più precisamente, da una fantasia di corrispondenza fisica con essa. È facile notare come vi sia in questa teoria una rinnovata tendenza a mescolare l'identità di genere e l'orientamento sessuale, elementi che ad oggi sappiamo non essere correlati. Complementare alla teorizzazione sull'angoscia di separazione, Ovesey e Person forniscono un'ulteriore ipotesi eziologica del transessualismo: il bisogno di creare identità fisiche nuove da parte di questi soggetti dipenderebbe dall' "ambiguità del nucleo dell'identità di genere" e da una conseguente percepita mancanza di identità. Anche in questo caso, tuttavia, alcuni punti rimangono poco chiari: non viene spiegato, ad esempio, quali fattori, se relazionali-psicologici o biologico-psicologici, siano alla base di una confusione originaria che impedisce la successiva definizione dell'identità di genere (Ovesey e Person, 1973; Di Gregorio, 2019).

In conclusione è possibile affermare che la teorizzazione di Person e Ovesey (1973) si pone in netto contrasto con la difficoltà del bambino maschio di superare la fase di

profemminilità proposta da Stoller all'origine della transessualità. La dis-identificazione del processo di separazione/individuazione è un compito universale ed è per questo che gli autori riescono a ragionare sia per le persone AMAB che per le persone AFAB. Per entrambi i sessi assegnati alla nascita il risultato di una mancata differenziazione dalla madre è l'autismo (Person e Ovesey, 1973, Di Gregorio, 2019).

Importante è anche il contributo della psicoanalista francese Agnès Oppenheimer. Ella nel suo articolo del 1992 "Lè désir d'un changement de sexe: un défi pour la psychanalyse?" critica duramente le teorie sulla transessualità di Stoller. L'autrice lo accusa di aver elaborato una "teoria riflesso", la quale non fa altro che razionalizzare le deliranti false credenze dei pazienti. Secondo Oppenheimer (1992), infatti, a dispetto di quanto sostenuto dal suo predecessore, il quale distingueva nettamente la condizione transessuale dal delirio psicotico, la transessualità rientrerebbe proprio in quest'ultima fattispecie. Il soggetto transessuale non riuscirebbe, secondo l'autrice, a costruire la propria identità ed è per questo che, nei due tempi caratteristici della psicosi, innanzitutto si ritirerebbe dalla realtà del suo sesso, dopodiché creerebbe la neo-realtà del corpo e del ruolo di genere femminili. Alla base di un tale processo Oppenheimer pone la patologia narcisistica, al cui generarsi contribuisce un quadro familiare simile a quello riportato da Stoller. In particolare, il soggetto transessuale non ha mai visto rispecchiata la propria mascolinità da parte della madre, la quale lo ha utilizzato esclusivamente come prolungamento narcisistico di se stessa. Il padre, dal canto suo, è stato assente e non è riuscito a fungere da Terzo e a farsi idealizzare. Il bambino maschio, cresciuto nelle suddette condizioni, sviluppa una scarsa stima di Sé, vive la mascolinità come castrazione, arriva a odiarla e desidera distruggerla in se stesso. Rimane così, di fatto, senza identità e si trova a doverla ri-costruire. Il sintomo della transessualità, ossia il cambiamento di sesso, è, dunque, secondo Oppenheimer, un processo di acting out permanente tramite il quale viene gestita la necessità di una "nuova nascita" (Oppenheimer, 1992).

Danielle Quinodoz, psicoanalista ginevrina, è anch'essa piuttosto critica nei confronti di Stoller, in particolare verso il trattamento che egli ritiene opportuno per i pazienti transessuali. L'autrice si occupa della questione nel suo lavoro del 1998 "A fe/male transexual patient in psychoanalysis". Tale scritto viene considerato un unicum, sia poiché sarà l'unica opera in cui tratterà l'argomento, sia per la particolarità del

paziente protagonista. Simone/a è una persona transessuale AMAB la quale si è affermata come donna che si rivolge a Quinodoz per domandarle l'analisi dopo quindici anni dal proprio intervento di riassegnazione del sesso. La donna, infatti, soffre ancora profondamente a livello psichico, nonostante il passaggio all'atto rappresentato dalla chirurgia. È proprio questo caso che suggerisce alla psicoanalista ginevrina una teoria sulla transessualità la quale giustifica la psicoanalisi come strumento di "cura" della condizione. Simone/a, effettuando l'intervento chirurgico, sembra aver fatto prevalere una propria parte psicotica a una propria parte nevrotica: la prima necessitava di agire i conflitti sostituendo una neo-realtà ad una realtà intollerabile; la seconda era capace di simbolizzare e mentalizzare gli aspetti indesiderati di Sé. Quinodoz, dunque, a partire da tale osservazione, teorizza come nella persona transessuale avvenga una scissione dell'Io, giungendo esso ad essere costituito contemporaneamente da una componente psicotica, la quale vive una forte angoscia di frammentazione/annientamento, e da una componente nevrotica, capace di simbolizzazione. Quasi sempre la prima prevale sulla seconda. L'autrice, in particolare, riconduce la suddetta angoscia, che spinge al diniego della realtà del proprio sesso, a una mancata strutturazione dell'identità primaria di Sé. Questa identità, che precede quella sessuale e di genere, secondo Quinodoz, risulta deficitaria quando la madre, nei primi anni di vita del figlio, non gli consente di vivere l'esperienza narcisistica di rispecchiamento che lo farebbe sentire un tutt'uno con lei. Fondare il proprio senso di essere su questo tipo di esperienza fusionale è fondamentale affinché il bambino porti correttamente a termine il processo di separazione/individuazione. Quando al soggetto maschio, dunque, non è permesso dalla propria madre di vivere l'esperienza narcisistica, egli si esperisce mancante di fondamento identitario, non riesce a disidentificarsi da lei e attua la soluzione patologica del delirio per continuare a rimanervi legato. Siamo di fronte alla condizione di transessualità: il bambino denega la propria realtà somatico-sessuale e punta ad assumere le caratteristiche sessuali e di genere materne. Compito dello psicoanalista in questo caso è, secondo Quinodoz, non assecondare il sintomo concedendo la trasformazione sessuale, come propugnato da Stoller, bensì aiutare il paziente a costruire una vera identità primaria di Sé (Quinodoz 1998).

Per finire, Colette Chiland (1997), psicoanalista francese, è un'altra autrice le cui posizioni sono in netto contrasto con quelle di Stoller. Ella si differenzia, in particolare,

per la propria concezione dell'identità di genere: utilizza, infatti, nel tradurre il termine inglese "gender identity", l'espressione "identité sexuée", a sua volta traducibile in italiano come "identità sessuata". Chiland, dunque, a fondamento della condizione transessuale non pone il genere ma, piuttosto, la cosiddetta "sessuazione", ossia l'assegnazione del sesso. L'autrice sostiene (1997, 2009), infatti, che i pazienti transessuali soffrono di sindrome narcisistica, indotta da genitori che non sono in grado di rispecchiare il vissuto che il bambino ha del proprio corpo: lo squalificano, invece, in maniera sottile e continua, portando il figlio a credere di non essere amato per il sesso che gli è stato assegnato alla nascita. Il bambino si difende, perciò, costruendo un'identità sessuale di segno opposto che sostituisce quella che sarebbe la sua vera identità. È in nome di tale teorizzazione che anche Chiland colloca la transessualità all'interno del quadro psicotico (Chiland, 1997, 2009).

### **1.3. Incongruenza di genere e disforia di genere**

Le teorie finora esposte, pur avendo il merito di aver messo maggiormente in risalto la condizione transgender nei suoi aspetti soggettivi, ossia nei vissuti, nelle emozioni e nelle immagini interiori di sé, hanno contribuito al consolidamento e alla diffusione di una già presente stigmatizzazione della categoria. Come si può facilmente notare, infatti, tutti gli autori citati, pur nella diversità delle proprie concezioni, riconducono l'essere transgender ad un vero e proprio disturbo, generato il più delle volte da un quadro familiare e relazionale altrettanto patologico. Una tale categorizzazione dell'incongruenza di genere ha posto, per anni, queste persone nella posizione del malato che subisce passivamente la propria condizione, privandole dell'agency e imponendo loro l'ipse dixit di una psichiatria cisgender, etero, bianca e borghese. Il susseguirsi delle edizioni del DSM dell'APA, come vedremo, testimonia la patologizzazione stigmatizzante che ne è stata fatta e il progressivo tentativo di depatologizzazione. Oggi la psichiatria, infatti, considera l'incongruenza di genere come "normale variante dell'espressione di genere umana (Drescher e Byne, 2013) e vi attribuisce un'origine bio-psico-sociale, ma è grazie a filosofi come Michel Foucault, al movimento di pensiero femminista e ai gender studies che si è giunti a un tale risultato.

Foucault (1976) ritiene che il corpo, di natura essenzialmente biologica, sia tutt'altro che esclusivamente fisiologico: esso, e di conseguenza anche le identità sessuale

e di genere della persona, sono inseriti in un ordine discorsivo di potere che vi attribuisce significati e valori simbolici. Judith Butler (1990, 1993), filosofa femminista di spicco, si muove nella stessa direzione: corpo, sessualità e identità vengono plasmati dal tipo di educazione ricevuta. La differenza tra il genere maschile e il genere femminile è data dal potere sociale, che pretende uno specifico tipo di performatività da parte di ciascuno di essi. Trattandosi di un potere patriarcale ed eteronormativo, il maschio viene collocato nella posizione di chi ha il Fallo, mentre la femmina nella posizione di Fallo stesso: ella deve farsi oggetto e strumento dell'uomo affinché questi possa ottenere quanto vuole, ossia avere il Fallo. Alla femmina, significata dalla legge del Padre, viene negato il proprio essere desiderante.

La psicoanalisi, che Butler valuta rigidamente eteronormativa, negli ultimi trent'anni ha anch'essa compiuto passi avanti verso una considerazione costruttivista dell'identità di genere. Muriel Dimen (1991) affronta la tematica sotto la chiave della molteplicità, anziché dell'unidimensionalità tipicamente attribuitale. Il genere, secondo l'autrice, è uno spazio che si apre tra due poli opposti – il maschile e il femminile – e che contiene al suo interno un gran numero di forze tra loro interagenti. Entro tale campo, percorso da diverse contrapposizioni, l'individuo, “assorbendo il contrasto tra maschile e femminile” (Dimen, 1986, p. 8), costruisce la propria identità di genere. Non assume, dunque, su di sé un'unica dimensione, o il maschile o il femminile, bensì elabora, grazie alla propria creatività, un'identità quanto più coerente possibile all'interno della paradossale simultaneità di maschile e femminile.

Più recentemente, nel 2012, Alessandra Lemma fa presente come l'incongruenza di genere sia stata troppo spesso concettualizzata come univocamente determinata e manifesta, appiattendolo le peculiarità dei singoli alla loro etichetta diagnostica. Secondo l'autrice, invece, è fondamentale *vedere* queste persone e coglierne l'eterogeneità delle intenzioni. Lemma, in base a quanto emerge dal transfert con i suoi pazienti transgender, suggerisce l'idea che essi, in molti casi, abbiano proprio la necessità di essere visti nell'incongruenza che li contraddistingue, poiché essa non è mai stata notata e accolta prima. Rifacendosi alle teorizzazioni di Winnicott, la psicoanalista, infatti, ipotizza che la persona transgender abbia sperimentato durante l'infanzia un'incongruenza tra il proprio Sé e il proprio corpo, la quale, qualunque ne fosse la causa, non è stata rispecchiata né mentalizzata dai genitori. Non ha potuto svilupparsi, in tal modo, un sé incarnato

coerente: il soggetto arriva a percepire il proprio Sé come alieno in un corpo che non sente essere il suo vero corpo. Si dedica così alla ricerca di un nuovo sembiante, il più possibile coincidente con la sua intima identità.

Agvi Saketopolou (2014) descrive un processo simile, che egli denomina “trauma massivo di genere”. Il bambino esprime ai propri genitori un’incongruenza sperimentata tra il sesso assegnatogli alla nascita e la propria identità di genere ma, non riconosciuto in tale disallineamento, non soltanto è lasciato solo ad affrontarlo, gli viene anche assegnato un genere che non sente appartenergli, ossia quello normativamente corrispondente al sesso. Secondo l’autrice l’anatomia sessuale con cui nasciamo non conduce in maniera biologicamente determinata a una specifica identità di genere: il percorso che ancora oggi molti trattano come fisiologico viene piuttosto direzionato dal punto di vista normativo della società. A tal proposito, Saketopolou aggiunge come il lavoro dell’analista con la persona transgender non debba essere viziato dall’“ansia regolatoria” che si prova di fronte a qualcuno che viola le proprie credenze: il terapeuta non può rifiutare l’identità di genere del paziente, poiché il rischio sarebbe di ri-attuare il trauma precoce. Dal momento in cui la ricerca ha dimostrato che il genere rimane immutabile anche quando vengono elaborati i traumi del passato, l’obiettivo deve essere esplorare la dimensione psicologica profonda sottesa a “la perdita del corpo come fondamento” e accompagnare il soggetto nel percorso medico che gli restituirà un corpo che sente suo. Saketopolou non considera affatto il trattamento ormonale e la chirurgia come un acting out sintomo di psicosi.

Nella società contemporanea, sempre più orizzontale, i livelli di realtà si sono moltiplicati, nascono e si dissolvono continuamente: pensare alla molteplicità come a una scissione e una frammentazione, ossia come a una patologia, non è più possibile. In tale contesto il molteplice che irrompe nell’individualità è piuttosto una fonte di ricchezza: la persona che ridisegna spesso la propria mappa identitaria, infatti, si adatta a una società che sempre più richiede flessibilità. È in quest’ottica che si può assumere uno sguardo diverso anche sulla condizione dei soggetti TGD: non si tratta di individui resi uguali da un passato comune, ciò che li accomuna è la ricerca di un senso autentico di sé attraverso la riorganizzazione del proprio genere. Le loro storie sono diverse e differenti sono le motivazioni che li spingono verso l’obiettivo condiviso (Di Gregorio, 2019).

Tornando alla classificazione diagnostica proposta negli anni dall'APA, il cosiddetto "transessualismo" compare per la prima volta nella terza edizione del DSM, pubblicata nel 1980. Esso, in particolare, viene collocato tra i "Disturbi Psicosessuali" nella sezione dei "Disturbi dell'Identità di Genere". Accanto al transessualismo, nella suddetta sezione, rientrano il disturbo dell'identità di genere dell'infanzia (GIDC) e il disturbo atipico dell'identità di genere. La diagnosi viene effettuata sulla base di due criteri principali: "un persistente senso di disagio e inadeguatezza riguardo al proprio sesso anatomico" e "un desiderio persistente di liberarsi dei propri genitali e di vivere come membro del sesso opposto" (APA, 1980, pp. 261-262). Come si può notare dalla focalizzazione sul sesso anatomico e dall'uso del termine "opposto", i criteri scientifici scelti nel 1980 erano fortemente radicati nel binarismo di genere diffuso a livello sociale ed escludevano dalla condizione di incongruenza di genere una grande fetta di persone (come ad esempio chi non giunge a provare odio verso i propri genitali) (Davies & Davies, 2020). Harry Benjamin, con il suo lavoro per facilitare l'accesso alle cure di affermazione di genere, aveva dato un grosso contributo alla specificazione dei suddetti criteri: l'obiettivo era quello di individuare chi veramente avesse bisogno di assistenza medica, distinguendo nettamente la persona transessuale dalla persona omosessuale o cross-dresser. L'effetto collaterale è stato l'attestarsi dell'idea di "una vera transessualità": i soggetti transgender che richiedevano un percorso di affermazione di genere si ritrovavano a dover interpretare un copione che attestasse l'autenticità della propria condizione di sofferenza (Kumar et al., 2023).

Il DSM 3-TR, del 1987, colloca il transessualismo in una nuova sezione: si tratta dei "Disturbi tipicamente già evidenti nell'Infanzia, nella Fanciullezza o nell'Adolescenza". Una tale dicitura era stata scelta poiché si supponeva che i sintomi legati alla condizione avessero sempre un esordio precoce, precedente all'età adulta (Crapanzano et al., 2021; Davies & Davies, 2020). In questa edizione del manuale la diagnosi di omosessualità scompare definitivamente, ma specificatori dell'orientamento sessuale vengono apposti alla diagnosi di transessualismo, contribuendo alla già diffusa confusione tra le due condizioni. L'orientamento sessuale, inoltre, era attestato in base al sesso assegnato alla nascita e ciò evidenzia come la concezione dell'identità di genere fosse ancora fortemente collegata al sesso biologico, andando a squalificare quanto soggettivamente percepito dalla persona.

In maniera parzialmente contraddittoria, il DSM 3-TR (1987) introduce anche una nuova diagnosi, che permette di iniziare a concepire un maggior numero di esperienze di incongruenza, oltre il binarismo di genere (Davies & Davies, 2020). Si tratta del “disturbo dell’identità di genere dell’adolescente o dell’adulto, di tipo non transessuale” (GIDAANT, Identity Disorder of Adolescence or Adulthood, Nontranssexual Type): tale categoria, infatti, distingue le persone cosiddette transessuali, che desiderano un intervento medico, da quelle che, pur sperimentando incongruenza con il genere assegnato alla nascita, non intendono modificare i propri caratteri sessuali. Viene, inoltre, creato, sempre a voler comprendere il maggior numero di condizioni, il cosiddetto “Disturbo dell’identità di Genere non Altrimenti Specificato” (GIDNOS).

Il DSM 4 e il DSM 4-TR, rispettivamente del 1994 e del 2000, denominano quello che fino ad allora era stato chiamato transessualismo “Disturbo dell’identità di Genere” (DIG), distinguendo in base all’età attuale del soggetto. La categoria diagnostica non è più collocata tra i "Disturbi tipicamente già evidenti nell'Infanzia, nella Fanciullezza o nell'Adolescenza", sezione eliminata in quanto la comprensione e l’espressione del disagio può avvenire anche in età adulta, bensì tra i “Disturbi Sessuali e dell’Identità di Genere” insieme a parafilie e disfunzioni sessuali. È chiaro come un tale accostamento possa aver alimentato l’inquadramento dell’incongruenza di genere come patologia (Crapanzano et al., 2021; Davies & Davies, 2020). È fondamentale, tuttavia, sottolineare come la nuova diagnosi di GID escluda gli stati intersessuali; introduca il criterio del disagio provato e della conseguente compromissione della qualità di vita; stabilisca l’orientamento sessuale della persona in base al suo genere e non al suo sesso. La diagnosi di GIDAANT viene eliminata poiché la richiesta di intervento medico non risulta più essere un elemento diagnostico: si assiste, dunque, in tal modo, ad una definitiva apertura verso forme non binarie di incongruenza di genere. Ciò, tuttavia, riguarda la diagnosi degli adulti. I criteri del GIDC sono ancora fortemente legati al binarismo di genere e ai ruoli di genere imposti dalla società: il riferimento è costantemente a “l’altro sesso” e, da una parte le bambine AMAB devono mostrare avversione per il gioco ruvido e verso i giocattoli, i giochi e le attività stereotipicamente maschili, dall’altra i bambini AFAB devono provare lo stesso sentimento verso l’abbigliamento normativo femminile.

Il DSM 5, pubblicato nel 2013, dà ufficialmente avvio alla depatologizzazione dell’incongruenza di genere. Il nome stesso “Disturbo dell’Identità di Genere” con cui

era stata identificata nel DSM 4-TR, infatti, aveva associato la condizione a una malattia e non aveva fatto altro che incrementare una stigmatizzazione e una discriminazione già presenti a livello sociale, legittimandole sul piano scientifico. Il GID nella quinta edizione del manuale viene completamente rimosso e al suo posto compare l'inedita diagnosi di "Disforia di genere" (GD). Il termine "disforia", che indica un disturbo dell'umore affine agli stati di depressione e di irritazione ("disforia" in Dizionario Treccani di Medicina online, 2010), focalizza l'attenzione sul disagio soggettivo di chi sperimenta l'incongruenza del genere assegnato alla nascita con la propria identità. Al centro non vi sono più il sesso e un'identità ipoteticamente disturbata che nel suo esteriorizzarsi in comportamento non corrisponde alle aspettative della società: vi è, invece, il vissuto interiore di sofferenza della persona TGD. A tal proposito, tuttavia, è importante precisare come chi sperimenta incongruenza di genere non necessariamente viva la propria condizione con sofferenza (Grant et al., 2024) ed è per questo che la diagnosi di disforia risulta ancora parziale rispetto all'incongruenza di genere. Ad ogni modo, coerentemente con il nuovo approccio, la Disforia di Genere viene collocata in una sezione a se stante rispetto alle parafilie e ai disturbi sessuali, accanto ai quali si trovava in precedenza. I criteri di diagnosi dedicati ai bambini sono diversi rispetto a quelli redatti per gli adolescenti/ adulti. Vediamo questi ultimi:

- A. Una marcata incongruenza tra il proprio genere esperito/espresso e il genere assegnato alla nascita della durata di almeno 6 mesi, che si manifesta attraverso almeno due dei seguenti criteri:
1. una marcata incongruenza tra il proprio genere esperito/espresso e le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie (o, nei giovani adolescenti, le previste caratteristiche sessuali secondarie);
  2. un forte desiderio di sbarazzarsi delle proprie caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie a causa dell'incongruenza con il proprio genere esperito/espresso (o, nei giovani adolescenti, desiderio di impedire lo sviluppo delle attese caratteristiche sessuali secondarie);
  3. un forte desiderio di ottenere le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie dell'altro genere;

4. un forte desiderio di appartenere all'altro genere (o a un genere alternativo diverso da quello assegnato);
  5. un forte desiderio di essere trattato come membro dell'altro genere (o di qualche genere alternativo diverso da quello assegnato);
  6. una forte convinzione di avere sentimenti e reazioni tipici dell'altro genere (o di qualche genere alternativo diverso da quello assegnato).
- B. La condizione è associata a sofferenza clinicamente significativa o a compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

(APA, 2013)

Il “sesso opposto” delle edizioni precedenti è stato sostituito dal “genere” e questo può configurarsi in qualunque modo alternativo a quello assegnato alla nascita: la concezione binaria è sempre più sostituita dall'idea di un continuum di genere, in cui alcune identità possono essere queer e non necessariamente polarizzate. Gli specificatori dell'orientamento sessuale, inoltre, sono stati completamente rimossi.

È la WHO ad attuare la completa depatologizzazione della condizione TGD quando, nel 2022, entra in vigore l'undicesima versione dell'ICD da lei redatta (WHO, 2018). In tale sede viene eliminata la diagnosi di “Transessualismo” (ICD-10, WHO, 1990) e compare al suo posto, ufficialmente, la diagnosi “Incongruenza di Genere”, definita come una marcata e persistente incongruenza tra il genere vissuto da un individuo e il sesso assegnatogli alla nascita. Se la prima risultava collocata nella sezione dei disturbi mentali, la seconda viene posta nella nuova sezione delle cosiddette “Condizioni Correlate alla Salute Sessuale”. È chiaro come in tal modo si perda il focus sulla sofferenza, tuttavia il collocamento nell'appena citata sezione è una scelta mirata proprio ad assicurare ugualmente l'accesso alle numerose cure mediche richieste dall'incongruenza, senza doverla necessariamente classificare come patologia psichiatrica (Davies & Davies, 2020).

Alta era l'aspettativa di un simile cambiamento anche da parte dell'APA, la quale, nonostante il percorso di depatologizzazione effettuato, continuava a collocare la condizione transgender all'interno di un manuale dei disturbi mentali. Il DSM-5-TR,

uscito nel 2022, non ha accolto questi stimoli: la diagnosi di disforia di genere è ancora presente, con grande soddisfazione di quella parte di comunità transgender che temeva che una sua eliminazione avrebbe reso difficoltoso l'accesso alle cure gratuite del SSN. Nonostante ciò, la versione revisionata apporta alcune modifiche al linguaggio usato nella direzione di un'ulteriore depatologizzazione e destigmatizzazione. Le espressioni "nato maschio" e "nata femmina" vengono sostituite con le etichette di "maschio assegnato alla nascita" (AMAB) e "femmina assegnata alla nascita" (AFAB). Il termine "genere sperimentato" prende il posto di "genere desiderato". Per finire, non si parla più di "procedura medica per il cambio di sesso" bensì di "procedura medica di affermazione di genere". Come è possibile notare, in particolare dai termini "sperimentato" e "affermazione", l'obiettivo è proprio di calarsi sempre più a fondo nella soggettività di chi vive l'incongruenza, senza costringerlo entro etichette che non lo rappresentano. Si cerca di restituire agency a persone che per lunghissimo tempo sono state rinchiusi negli stretti confini del binarismo di genere e rese passive nel ruolo di malato. Gli individui transgender hanno il diritto di sperimentare attivamente, in maniera libera e creativa, chi sentono di essere, al di là di ogni costrizione a un "falso Sé di genere" (termine coniato, insieme a quello di "vero sé di genere" dalla psicoanalista statunitense Ehrensaft (2016)).

#### **1.4. Percorsi di affermazione di genere in Italia e linee guida**

##### **1.4.1. Percorsi di affermazione di genere in Italia e linee guida**

La persona con incongruenza di genere sperimenta le proprie caratteristiche fisico-sessuali come aliene rispetto alla rappresentazione mentale che ha di sé e del proprio genere. La sensazione di abitare in un corpo estraneo, così nitidamente definita, può essere qualcosa che il soggetto delinea già in una fase precoce del proprio sviluppo psicosessuale, oppure, diversamente, che necessita di più tempo per essere messa a fuoco. Una parte degli individui TGD, infatti, inizialmente prova solo una sensazione indefinita di essere qualcosa di diverso rispetto a quanto la società si aspetta in base alle sue caratteristiche sessuali. Ciò in particolare se l'incongruenza di genere si manifesta tra i 4 e i 6/7 anni del bambino o addirittura in età prescolare, tra i 2 e i 4 anni. Il soggetto caratterizzato da uno stato percettivo confuso, che spesso si trasforma in un malessere

altrettanto indefinito a livello psichico e corporeo, di solito giunge progressivamente alla soglia della consapevolezza con lo sviluppo puberale e la successiva adolescenza, fasi in cui il corpo assume le caratteristiche sessuali secondarie e si sessualizza (Di Gregorio, 2019).

I soggetti TGD non sentono di aderire, dunque, all'identità e al ruolo di genere che la società attribuisce loro in base al sesso assegnato alla nascita. Quando e se decidono di affermare il proprio vero sé di genere (Diane Ehrensaft, 2016) inizia per loro un percorso che si articola potenzialmente su tre livelli: sociale, giuridico e medico-chirurgico. Non tutte le persone TGD desiderano, infatti, affermarsi sotto tutti e tre i punti di vista (Infotrans, 2025).

La cosiddetta "transizione sociale" indica un percorso non medico durante il quale il soggetto TGD comunica progressivamente all'esterno la propria identità di genere, esprimendo se stesso in maniera sempre più autentica. Ciò avviene attraverso i comportamenti e l'aspetto esteriore (abbigliamento, acconciatura, trucco e così via), ma anche dichiarando agli altri il desiderio di essere appellato con nome e pronomi diversi da quelli usati finora (Mezzalana et al., 2023).

L'affermazione legale si riferisce alla rettifica anagrafica del nome proprio e del sesso assegnato alla nascita su tutte le tipologie di documento. Regolata dalla Legge 164 del 1982, fino al 2011 prevedeva l'autorizzazione di un giudice del Tribunale di competenza solo ed esclusivamente in seguito all'operazione chirurgica di affermazione di genere. L'art. 31 del d.lgs. n. 150 ha eliminato tale prerequisito: il soggetto che dimostra la propria immedesimazione nel genere percepito e gode di benessere psico-fisico può ottenere la modifica dei documenti anche senza operarsi. Più nello specifico, è stata la sentenza della Corte di Cassazione n. 15138 del 2015, con riferimento all'art. 1 della legge n. 164 del 1982, confluito nel 2011 nell'art. 31 comma 4 del d.lgs. n. 150 (che, in maniera passibile di interpretazione, sosteneva la necessità dell'autorizzazione da parte del tribunale al trattamento medico-chirurgico "quando necessario"), ad affermare e confermare la non obbligatorietà dell'intervento chirurgico. Il principio sottostante è la tutela del benessere psico-fisico della persona transgender. La domanda di rettifica anagrafica, dunque, ad oggi, richiede due relazioni scritte: una da parte di un professionista della salute mentale (psicologo o psichiatra) che attesti l'incongruenza di

genere (ICD 11, WHO, 2018) / la disforia di genere (DMS-5-TR, APA, 2022) e l'irreversibile immedesimazione nel genere percepito; l'altra, medico endocrinologica, che documenti un trattamento ormonale iniziato da almeno 10-12 mesi (Infotrans, 2025)

Per finire, l'affermazione di genere può essere medica (trattamento ormonale) e/o chirurgica. Esistono persone che non sentono il bisogno di effettuarla, persone che desiderano sottoporsi esclusivamente a trattamento ormonale e persone che decidono di procedere sia con la terapia ormonale che con il trattamento chirurgico (Infotrans, 2025).

In Italia al momento vige la seguente regolamentazione: coloro che vogliono iniziare una terapia ormonale e accedere all'erogazione gratuita dei farmaci tramite il SSN devono preventivamente essere seguiti da un *equipe* multidisciplinare e specialistica che esegua diagnosi di incongruenza di genere (ICD 11, WHO, 2018) / disforia di genere (DSM-5-TR, APA, 2022); quanti sono interessati alla chirurgia di affermazione, invece, devono ottenere una sentenza che la acconsenta da parte del Tribunale di residenza (fatta eccezione per l'intervento di mastoplastica additiva nelle persone AMAB). Emerge come non sia necessario, per quanto riguarda il trattamento ormonale, un tempo minimo di valutazione e supporto psicologico né di transizione sociale. I farmaci vengono prescritti da un medico, di solito un endocrinologo, il quale, insieme al team multidisciplinare con cui lavora, ha la responsabilità di assicurarsi che il trattamento sia davvero quanto è necessario e benefico per lo specifico utente (Infotrans, 2025). A proposito della chirurgia di affermazione di genere, è importante citare la recente sentenza della Corte Costituzionale n°143 del 24 Luglio 2024. Viene dichiarato incostituzionale l'articolo 31, comma 4, del d.lgs.150 del 2011, secondo cui le persone TGD che intendano sottoporsi ad operazione chirurgica di affermazione di genere devono in ogni caso richiedere l'autorizzazione a un giudice competente. La Corte ha ritenuto che coloro che hanno già avuto l'autorizzazione medica e psicologica a iniziare la terapia ormonale dovrebbero poter accedere alle operazioni chirurgiche senza il nulla osta di un tribunale, evitando così i lunghi tempi burocratici della giustizia. Infine, prima di iniziare un qualsiasi percorso di affermazione di genere, che sia medico o chirurgico, il soggetto, ai sensi della legge n. 219/2017, deve prestare il proprio consenso informato. È necessario perciò che, rivoltosi a centri specializzati, venga informato da professionisti riguardo a tutte le procedure e terapie disponibili, nonché sui possibili rischi delle stesse e l'irreversibilità di alcune (Infotrans, 2025).

La normativa a livello nazionale si conforma alle linee guida internazionali. Il 22 Settembre 2022 la World Professional Association for Transgender Health (WPATH), un'associazione internazionale e multidisciplinare la cui missione è promuovere cure scientificamente fondate e di comprovata efficacia, oltre che formazione, ricerca, politiche pubbliche e rispetto per la salute delle persone transgender, ha redatto l'ottava versione degli "Standards Of Care" (SOC 8). Le nuove linee guida per il personale sanitario che si occupa della cura e la salute delle persone TGD hanno l'obiettivo di fornire a tali utenti percorsi sicuri ed efficaci che garantiscano loro l'ottimizzazione della salute fisica, benessere psicologico duraturo e auto-realizzazione.

Il Capitolo 5 "Assessment dell'adulto" (SOC 8, 2022) fornisce indicazioni rispetto all'assessment sulle persone TGD adulte che richiedono trattamenti medici e/o chirurgici per l'affermazione di genere (GAMST; in inglese *gender-affirming medical and/or surgical treatments*). Vengono elencati una serie di prerequisiti che devono essere tutti necessariamente soddisfatti dall'individuo TGD per poter accedere al trattamento. Li vediamo qui di seguito.

"Raccomandiamo al personale sanitario che si occupa dell'assessment di adulti transgender e gender diverse per il trattamento medico e chirurgico di affermazione del genere di:

- a- Raccomandare il trattamento medico di affermazione di genere [...] solo quando l'esperienza di incongruenza di genere è marcata e prolungata.
- b- Assicurarsi del soddisfacimento dei criteri diagnostici prima di iniziare i trattamenti di conferma del genere nelle nazioni in cui la diagnosi è necessaria per accedere all'assistenza sanitaria.
- c- Identificare ed escludere altre possibili cause, che possono manifestarsi come incongruenza di genere, prima dell'inizio dei trattamenti per l'affermazione di genere.
- d- Assicurarsi che tutte le condizioni di salute mentale che potrebbero avere un impatto negativo sull'esito dei trattamenti medici di affermazione di genere siano valutate, discutendo rischi e benefici, prima di prendere una decisione in merito ai trattamenti.

- e- Assicurarsi che qualsiasi condizione di salute fisica, che potrebbe avere un impatto negativo sull'esito dei trattamenti medici di affermazione di genere sia valutata, discutendone rischi e benefici, prima di prendere una decisione in merito al trattamento.
- f- Valutare la capacità di acconsentire alle specifiche terapie per l'affermazione di genere prima di iniziare tali terapie.
- g- Valutare la capacità dell3 adult3 transgender e gender diverse di comprendere gli effetti del trattamento di affermazione di genere sulla riproduzione ed esplorare le opzioni riproduttive con l'individuo prima dell'inizio del trattamento.” (SOC 8, 2022)

Il Capitolo 5 specifica anche che “nei Paesi che richiedono una diagnosi per l'accesso alle cure, il personale sanitario deve essere in grado di utilizzare l'ultima edizione della Classificazione Internazionale delle Malattie e dei problemi correlati (ICD-11) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la diagnosi. Nei Paesi che non hanno implementato l'ultima edizione dell'ICD, si possono utilizzare altre classificazioni; è necessario, però, attivarsi per utilizzare l'ultima edizione dell'ICD non appena possibile”. (SOC 8, 2022)

Il capitolo 6 “Adolescenti” (SOC 8, 2022) elenca per il trattamento medico e chirurgico di affermazione di genere dell'adolescente un'altra serie di requisiti, i quali devono essere tutti soddisfatti. Si legge: “Raccomandiamo al personale sanitario di prescrivere i trattamenti medici o chirurgici per l'affermazione di genere richiesti dal paziente solo quando:

- nel caso in cui la diagnosi sia necessaria per l'accesso alle cure mediche, l'adolescente soddisfa i criteri diagnostici (ICD-11) di incongruenza di genere. Nei paesi in cui non è stata implementata l'ultima versione dell'ICD, possono essere utilizzati altri criteri diagnostici, anche se sarà necessario adottare l'ultima versione dell'ICD non appena possibile;
- la diversità/incongruenza di genere è marcata e costante nel tempo;
- l'adolescente dimostra la maturità emotiva e cognitiva necessaria per fornire un consenso/assenso informato al trattamento;

- le preoccupazioni sulla salute mentale dell'adolescente (se presenti) che potrebbero interferire con la chiarezza diagnostica, la capacità di prestare consenso e/o i trattamenti medici di affermazione di genere sono state affrontate;
- l'adolescente è stato informato degli effetti sulla salute riproduttiva, compresa la potenziale perdita di fertilità e le opzioni disponibili per preservare la fertilità;
- l'adolescente, per iniziare i trattamenti per il blocco della pubertà, deve aver raggiunto lo stadio 2 di Tanner
- l'adolescente è stato sottoposto ad almeno 12 mesi di terapia ormonale per ottenere il risultato chirurgico desiderato — tra cui la mastoplastica additiva, l'orchiectomia, la vaginoplastica, l'istero-annessiectomia, la mastectomia, la falloplastica, la metoidioplastica e la chirurgia facciale — a meno che la terapia ormonale non sia desiderata o controindicata dal punto di vista medico". (SOC 8, 2022)

Il capitolo 8 (SOC 8, 2022), interamente dedicato persone non-binary, tratta della necessità da parte di questi soggetti di poter accedere alle cure per l'affermazione di genere. Si legge: "Raccomandiamo al personale sanitario di:

- a- fornire alle persone non binarie un *assessment* e un trattamento individualizzato i quali affermino le loro esperienze non binarie;
- b- prendere in considerazione interventi medici di affermazione di genere (trattamento ormonale o chirurgia) per le persone non binarie anche in assenza di transizione sociale;
- c- prendere in considerazione interventi chirurgici di affermazione di genere anche in assenza di trattamento ormonale, a meno che la terapia ormonale non sia necessaria per ottenere il risultato chirurgico desiderato;
- d- informare le persone non binarie sugli effetti delle terapie ormonali e della chirurgia sulla fertilità e di discutere le opzioni per la conservazione della fertilità

prima di iniziare un trattamento ormonale o di sottoporsi a un intervento chirurgico”. (SOC 8, 2022)

#### **1.4.2. Situazione attuale nel contesto italiano**

In Italia è l'Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere (ONIG) che dal 1998 si occupa di approfondire la conoscenza scientifica e sociale della realtà TGD, promuovendo la libertà di espressione di queste persone. L'associazione gestisce anche l'incongruenza di genere durante l'infanzia e l'adolescenza, a riguardo ha prodotto linee guida specifiche ed è legata a diversi centri per persone minorenni con incongruenza di genere (ONIG, 2025)<sup>1</sup>. Tra di essi vi è l'“Ambulatorio per le identità di genere atipiche in età evolutiva” dell'ospedale Careggi di Firenze, passato alle cronache per l'ispezione svoltasi nel gennaio 2024. Ad ordinarla il ministro della salute Orazio Schillaci, a seguito dell'interrogazione parlamentare del capogruppo di Forza Italia al Senato Maurizio Gasparri. L'obiettivo era quello di verificare i percorsi di trattamento dei bambini con incongruenza di genere e l'uso durante gli stessi del farmaco triptorelina (Ansa, 2024; il Post, 2024; Merli, 2024)<sup>2</sup>.

La triptorelina è un medicinale detto “bloccante della pubertà” che agisce a livello del sistema endocrino arrestando, in maniera temporanea e reversibile, lo sviluppo dei caratteri sessuali secondari quali il seno, la barba, la crescita di peli, le mestruazioni, lo sviluppo dei testicoli, l'abbassamento della voce. Si tratta, dunque, di un trattamento che evita momentaneamente la trasformazione del corpo e non, al contrario, che lo modifica attivamente. Una volta sospeso la pubertà torna a procedere in base al sesso assegnato alla nascita. La triptorelina, inoltre, non è somministrata esclusivamente ai giovani con incongruenza di genere, ma viene utilizzata anche nei casi di pubertà precoce e di tumore al seno e alla prostata (Taylor et al., 2024). Nel 2019 l'AIFA con determina n. 21.756 del 25 febbraio 2019 (Gazzetta Ufficiale, Serie Generale n. 52 del 2 marzo 2019) l'ha

---

<sup>1</sup> [www.onig.it](http://www.onig.it).

<sup>2</sup> [https://www.ansa.it/canale\\_saluteebenessere/notizie/sanita/2024/01/25/terminata-lispezione-allospedale-di-careggi-richieste-le-cartelle-cliniche\\_2ad1b478-4e1a-4988-8ba2-3c1a12210007.html](https://www.ansa.it/canale_saluteebenessere/notizie/sanita/2024/01/25/terminata-lispezione-allospedale-di-careggi-richieste-le-cartelle-cliniche_2ad1b478-4e1a-4988-8ba2-3c1a12210007.html); <https://www.ilpost.it/2024/01/24/ispezione-ministeriale-ospedale-careggi-firenze/>; <https://ilmanifesto.it/adolescenti-trans-i-genitori-lospedale-careggi-salva-vite>).

classificata come uno dei medicinali erogabili a totale carico del SSN, anche nella fattispecie del suo impiego «in casi selezionati in cui la pubertà sia incongruente con l'identità di genere (disforia di genere), con diagnosi confermata da una équipe multidisciplinare e specialistica e in cui l'assistenza psicologica, psicoterapeutica e psichiatrica non sia risolutiva».

Il senatore Gasparri ha accusato l'ospedale Careggi di non rispettare proprio queste ultime disposizioni, sostenendo che la terapia venga somministrata a bambini con età media di 11 anni senza assistenza psicoterapeutica e psichiatrica. Non è presente, infatti, all'interno della struttura il reparto di neuropsichiatria infantile (Rodriquez, 2024)<sup>3</sup>. L'ospedale ha prontamente rilasciato una relazione nella quale ribatte come la triptorelina venga distribuita su numeri ridotti e prescritta esclusivamente a ragazzi che hanno iniziato la pubertà, con un'età media di 15 anni. L'assessment psicologico - si aggiunge - è svolto esternamente dall'ASL Toscana, la quale effettua con l'utente un percorso di circa un anno in cui è vagliata la sussistenza dei criteri per la diagnosi di incongruenza di genere. Se presenti, i colloqui proseguono con cadenza regolare e viene attivata un'equipe multidisciplinare (Senato della Repubblica, 2024)<sup>4</sup>.

“Un'azione punitiva” è l'espressione utilizzata da parte di 259 genitori di ragazzi TGD per descrivere quanto accaduto al Careggi. Le famiglie lo scrivono in una lettera indirizzata al Ministro della Salute, al presidente e all'assessore alla Salute della Regione Toscana. Si tratta di un accorato appello nel quale i genitori, estremamente preoccupati di una situazione in cui si fa prevalere l'ideologia a discapito del benessere di ragazzo, chiedono alla politica di assumersi “la responsabilità morale di qualunque conseguenza un'azione del genere, gestita in questo modo, ha su una minoranza che vive quotidianamente un pericolo estremo dovuto alla mancanza di protezione”. (F.Q., 2024)<sup>5</sup> In un secondo momento la stessa lettera è stata recapitata alle istituzioni politiche e scientifiche europee da parte delle associazioni Agedo e Arcigay. L'obiettivo era che

---

<sup>3</sup> [https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=121406](https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=121406).

<sup>4</sup> <https://www.senato.it/show-doc?id=1410115&leg=19&tipodoc=SINDISP#:~:text=nella%20relazione%20del%20Careggi%20si,l'ASL%20Toscana%20centro%22>.

<sup>5</sup> <https://www.ilfattoquotidiano.it/2024/01/26/careggi-100-famiglie-con-figli-trans-scrivono-al-ministro-schillaci-certe-del-buon-operato-dei-medici-si-cerca-errore-per-fini-politici/7423190/>.

l'Italia potesse essere richiamata dall'Europa all'esercizio dei diritti fondamentali di ogni essere umano. Le due associazioni denunciano: "Il diritto all'assistenza psico-socio-sanitaria, erogata da un centro di eccellenza del servizio pubblico come l'ospedale Careggi, viene messo a rischio sulla base di posizioni anti-scientifiche e, sulla stampa, cresce la diffusione di informazioni manipolate e false. Tutto ciò è contrario ai principi della Costituzione italiana e in contrasto con i Trattati fondativi dell'Unione europea, essendo violata la dignità e la salute delle persone, in questo caso, transgender. Le discriminazioni e le limitazioni all'accesso ai servizi sanitari che si producono sono contrarie agli obiettivi generali in materia di salute e giustizia dell'Unione europea" (Foglianesi et al., 2024)<sup>6</sup>.

L'ispezione al Careggi, che il ministero della Salute ha sostenuto non avere alcuna volontà punitiva, bensì di conoscenza, ha concluso che l'ospedale non ha adempiuto in modo corretto alla determina, in particolare per quanto riguarda l'obbligo del supporto psichiatrico per l'avviamento al trattamento con triptorelina. Sono state contestate anche un'omessa trasmissione dei dati all'AIFA e criticità sotto il profilo organizzativo per quel che riguarda la presa in carico e gestione del paziente da parte del neuropsichiatra infantile (Testai, 2024)<sup>7</sup>.

In seguito ai fatti, Schillaci e Eugenia Roccella, ministra della famiglia, con DM del 13 maggio 2024 hanno nominato i 29 membri di un tavolo tecnico di approfondimento in materia di trattamento della disforia di genere Andrea Capocci, de *Il Manifesto*, sottolinea, come coloro che rivedranno le linee guida sull'uso di farmaci da somministrare a minori e adulti con incongruenza di genere saranno in prevalenza uomini (24 contro 5 donne) e nessuno di essi costituisce un rappresentante delle associazioni di persone TGD.

---

<sup>6</sup> <https://www.arcigay.it/wp-content/uploads/2024/02/Lettera-aperta-delle-famiglie-di-giovani-persone-transgender.pdf>).

<sup>7</sup> [https://www.ansa.it/toscana/notizie/2024/04/06/la-relazione-su-careggi-criticita-in-disforia-genero\\_d6dae12-e714-4c8e-861e-740d6f9f4f4b.html](https://www.ansa.it/toscana/notizie/2024/04/06/la-relazione-su-careggi-criticita-in-disforia-genero_d6dae12-e714-4c8e-861e-740d6f9f4f4b.html)[https://www.ansa.it/toscana/notizie/2024/04/06/la-relazione-su-careggi-criticita-in-disforia-genero\\_d6dae12-e714-4c8e-861e-740d6f9f4f4b.html](https://www.ansa.it/toscana/notizie/2024/04/06/la-relazione-su-careggi-criticita-in-disforia-genero_d6dae12-e714-4c8e-861e-740d6f9f4f4b.html)

Roberta Parigiani, portavoce del Movimento Identità Trans, sostiene: «Non siamo consideratø abbastanza espertø dei nostri corpi» (Capocci, 2024)<sup>8</sup>.

Altro elemento che viene a comporre l'attuale panorama italiano sull'argomento è la dichiarazione fatta dal presidente dell'Agenzia Italiana del Farmaco Robert Nisticò. Egli si è pronunciato rispetto alla possibile messa in discussione da parte dell'Agenzia dell'inclusione della triptorelina nell'elenco dei medicinali somministrati a carico del SSN. Nisticò sostiene, inoltre, che “la valutazione delle nuove evidenze verrebbe portata all'attenzione della Commissione Scientifico Economica di AIFA, congiuntamente e solo dopo aver acquisito l'esito delle valutazioni dello specifico tavolo in via di istituzione presso il Ministero della Salute dedicato all'argomento” (Sanità 33, 2024; Costruire Salute, 2024)<sup>9</sup>.

Anche fra gli psicologi, ancor prima dell'ispezione al Careggi, era in corso un dibattito riguardo all'opportunità di somministrare farmaci bloccanti della pubertà ai ragazzi con incongruenza di genere. La Società Psicoanalitica Italiana, in particolare, tramite una lettera indirizzata al Ministro della Salute da parte del presidente Thanopoulos, si dice preoccupata delle controindicazioni che tali farmaci possono avere sui giovanissimi. “La diagnosi di ‘disforia di genere’ in età prepuberale è basata sulle affermazioni dei soggetti interessati e non può essere oggetto di un'attenta valutazione finché lo sviluppo dell'identità sessuale è ancora in corso; [...] solo una parte minoritaria dei ragazzi che dichiarano di non identificarsi con il loro sesso conferma questa posizione nell'adolescenza, dopo la pubertà; [...] sospendere o prevenire lo sviluppo psicosessuale di un soggetto, in attesa della maturazione di una sua definizione identitaria stabile, è in contraddizione con il fatto che questo sviluppo è un fattore centrale del processo della definizione; [...] lo sviluppo sessuale del proprio corpo anche quando contraddice un opposto orientamento interno consente un appagamento erotico che un corpo ‘bloccato’

---

<sup>8</sup> <https://ilmanifesto.it/un-tavolo-tecnico-per-rivedere-le-linee-guida-su-farmaci-e-identita-di-genere>.

<sup>9</sup> <https://www.sanita33.it/governo-e-parlamento/3158/disforia-di-genere-nistico-aifa-al-va-rivalutazione-su-triptorelina.html>; <https://www.costruiredsalute.it/?q=news/disforia-di-genere-presidente-aifa-su-triptorelina-dati-inconcludenti-al-rivalutazione>.

o manipolato non offre”. La SPI conclude con un’affermazione sicuramente forte: “la sperimentazione in atto elude un’attenta valutazione scientifica” (Rodriquez, 2023)<sup>10</sup>.

A ribattere sconcertati, nel gennaio 2023, con una lettera rivolta al presidente Meloni, erano stati i presidenti delle società SIGIS, SIE, SIP, SIEDP, SIAMS, SINPIA e dell’associazione ONIG. Rispetto a quanto riportato dalla Società Psicoanalitica Italiana, si afferma che “l’evidenza scientifica non sostiene le criticità così come riportate nei contenuti della lettera”. Il trattamento con bloccanti ipotalamici in adolescenti con incongruenza di genere non sarebbe affatto in fase di sperimentazione: lo stesso è stato approvato dalla Determina AIFA nel 2019 e dal Comitato Nazionale di Bioetica nel 2018, è sostenuto da raccomandazioni scientifiche internazionali sottoscritte anche a livello nazionale, viene ampiamente utilizzato nella pratica clinica internazionale. Si sottolinea, inoltre, come venga riservato a casi attentamente selezionati, a seguito di una valutazione multidisciplinare e individualizzata, come descritto nella determina AIFA. La lettera prosegue dichiarandosi d’accordo con i dati scientifici ad oggi disponibili, i quali confermano una stabilità dell’identità di genere solo a partire dall’età puberale: è proprio per tale motivo che, come riportato nelle raccomandazioni internazionali, i bloccanti ipotalamici sono prescrivibili solo a pubertà già avviata. I firmatari ricordano, inoltre, come l’obiettivo del razionale uso dei bloccanti sia permettere al giovane di riflettere su di sé in modo consapevole e temporaneamente scervo dalle difficoltà legate all’avanzare della maturazione sessuale. Gli studi di follow up hanno dimostrato una diminuzione, tramite l’assunzione della terapia, dei tassi di depressione, ansia e rischio suicidario tra gli adolescenti TGD, i quali di norma sperimentano questi stati in misura maggiore rispetto ai coetanei anche per la preoccupazione e la sofferenza legate ad un corpo che sviluppa in una direzione diversa dalla propria identità di genere. Infine, riguardo l’affermazione della SPI per cui la valutazione dell’identità di genere si baserebbe meramente sulle affermazioni del soggetto, chi scrive ribatte come ciò avvenga nel caso di ogni valutazione psico-diagnostica. La conclusione della lettera dichiara che la diffusione di informazioni non corrette e ideologiche rischia di compromettere la possibilità di accesso ai percorsi di affermazione di genere da parte dei giovani TGD. Gli effetti sul benessere psicologico e fisico di queste persone sarebbero devastanti ed è,

---

<sup>10</sup> [https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=110362&fr=n](https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=110362&fr=n).

perciò, fondamentale trasmettere esclusivamente informazioni basate su evidenze scientifiche internazionali e nazionali (ONIG, 2023)<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> <https://www.onig.it/2023/01/19/comunicato-intersocietario-presidenza-consiglio-dei-ministri/>.

## **CAPITOLO SECONDO: COME LO STIGMA INFLUENZA IL BENESSERE PSICOLOGICO NELLE PERSONE TGD**

### **2.1. Benessere psicosociale delle persone TGD**

Nel corso degli anni il corpus di studi riguardanti il benessere psicologico delle persone transgender e gender diverse è diventato sempre più consistente. Attualmente l'incongruenza di genere, come già osservato, non è più considerata un disturbo, ma un dato emerge in maniera pressoché unanime: le persone TGD sperimentano in misura maggiore rispetto alla popolazione cisgender problemi di salute mentale e comportamenti a rischio (Pinna et al., 2022). Uno studio di Hanna et al. (2019), analizzando il campione nazionale dei pazienti ricoverati negli Stati Uniti tra il 2007 e il 2014, fornisce dati importanti a riguardo. Una diagnosi di disturbo psichiatrico era oltre due volte più probabile tra le persone transgender rispetto alle persone cisgender e più di tre quarti degli individui transgender avevano registrata nelle proprie dimissioni almeno una diagnosi di disturbo psichiatrico. L'autolesionismo non suicidario (NSSI) e il suicidio erano tredici volte più comuni tra i pazienti TGD. I disturbi dell'umore (disturbi depressivi e disturbi d'ansia) si presentavano con una probabilità di tre volte superiore rispetto ai degenti cisgender. Uno spaccato del fenomeno della suicidalità in un'altra cultura ci viene offerto da uno studio effettuato in Corea da parte di Lee et al. (2020): le disparità tra popolazione TGD e popolazione cisgender continuano a permanere. Su un campione di 255 adulti transgender classificati come AMAB che si indentificano come donne e AFAB che si identificano come uomini, il 57% delle donne transgender e il 49% degli uomini transgender avevano seriamente pensato al suicidio nell'ultimo anno; il 16% delle donne transgender e il 14% degli uomini transgender avevano, sempre nell'ultimo anno, tentato effettivamente il suicidio. Le percentuali nella popolazione generale coreana risultano nettamente inferiori: le donne mostrano una percentuale di ideazione suicidaria del 5% e di tentato suicidio dello 0.65%; gli uomini rispettivamente del 2.84% e dello 0.23%. Stanton et al. (2021) approfondiscono, dal canto loro, la sintomatologia depressiva e ansiosa, ottenendo risultati in linea con la letteratura. Gli autori analizzano le cartelle cliniche di 29.988 pazienti, tutti maggiorenni, i quali, tra il 2015 e il 2018, si erano rivolti

a un centro sanitario comunitario di Boston specializzato nella salute delle minoranze sessuali e di genere. Il campione risulta formato da 26.749 persone cisgender e 3.179 persone transgender e gender diverse: le prime, rispetto alle seconde, hanno una minore probabilità di raggiungere la soglia clinica per i disturbi considerati; le persone con incongruenza di genere, inoltre, in base alla compilazione di questionari self-report, esibiscono maggiori livelli di gravità dei sintomi, sia ansiosi che depressivi. In riferimento ai disturbi d'ansia è bene ricordare che, sebbene siano i più comuni tra le problematiche mentali, essi comportano un notevole grado di impedimento nello svolgimento delle attività quotidiane (Bouman et al., 2016).

Diversi modelli hanno tentato di fornire una spiegazione alla sofferenza appena descritta.

Il modello psichiatrico, che attualmente si basa sulla classificazione nosografica del DSM-5-TR (APA, 2022) tende a ricondurre il disagio psicologico delle persone transgender e gender diverse a una condizione individuale, intrinseca alla persona stessa, profondamente radicata nel suo essere. La psichiatria, infatti, per spiegare la sofferenza clinicamente significativa di questi individui oppure la compromissione del loro funzionamento in ambito sociale, lavorativo o di altre aree importanti della vita, utilizza la psico-diagnosi di “disforia di genere”: tale etichetta colloca l'origine del disagio entro il rapporto che la persona intrattiene con il proprio corpo. Il soggetto TGD svilupperebbe sentimenti depressivi e stati ansiosi a causa di un disallineamento tra la sua identità e un sembiante che non riesce ad esprimerla.

Sebbene sia innegabile che parte della sofferenza transgender derivi da una simile condizione - tanto che gli studiosi hanno descritto un fenomeno chiamato “gender euphoria”, ossia la felicità e l'appagamento che alcune persone transgender sperimentano quando iniziano a vivere in modo congruente con la propria identità di genere (Grant et al., 2024) – il modello psichiatrico fornisce una comprensione parziale del fenomeno. La meta-analisi condotta da Nobili et al. (2018) su un campione di 14 ricerche longitudinali evidenzia come i risultati delle stesse mostrino un effettivo miglioramento del benessere mentale dopo il trattamento di affermazione di genere, ma anche come l'unico studio che aveva previsto un follow-up sul lungo termine indicasse una diminuzione della qualità di vita dopo un anno dal trattamento. Passati cinque anni questa era addirittura inferiore al

pre-trattamento. La sensazione di benessere psicologico che le persone TGD sperimentano una volta che il loro corpo risulta finalmente allineato al genere di appartenenza deve, dunque, per mantenersi tale, incontrare una società istruita ad accogliere identità non normative (Nobili et al., 2018). Non tenere in considerazione i fattori sociali nel generarsi del dolore psichico, sembra ricondurlo unicamente all'incongruenza di genere stessa. La popolazione TGD, invece, nella propria diversità rispetto alla maggioranza cisgender, ha in sé una condizione che, se venisse accolta e assecondata, potrebbe diventare tutt'altro che foriera di sofferenza, bensì una peculiare fonte di arricchimento, con vissuti di gioia, consapevolezza e accettazione di sé, realizzazione e ottimismo (Grant et al., 2024).

Come esposto da Strauss et al. (2020) il disagio mentale nelle persone con incongruenza di genere deriva soprattutto dalle esperienze negative che tali soggetti si ritrovano ad affrontare all'interno di una società che non ne accetta l'identità. La persona TGD, infatti, sperimenta fin dalla giovinezza le conseguenze del proprio appartenere a una minoranza che devia rispetto alla cis-normatività imposta. Alte percentuali dei giovani partecipanti alla ricerca riferivano di aver subito rifiuto dai coetanei (89%), bullismo (74%) e discriminazione (68,9%), e inoltre di non aver ricevuto supporto nemmeno dalla propria famiglia (65,8%), dalla quale, invece, in una situazione di per sé complessa, avrebbero avuto bisogno di sentirsi accolti e accettati. Tutte queste esperienze erano correlate alla gran parte dei risultati negativi emersi in termini di salute mentale. I ragazzi si sentivano isolati dalle persone attorno a loro e, nota alquanto grave, percepivano lontananza persino dai servizi loro specificatamente rivolti.

Altri studi presenti in letteratura testimoniano la pervasività dello stigma sociale nei confronti della comunità transgender e il suo riverberarsi negativamente sul benessere psicologico del singolo. Ad esempio una ricerca di Clements-Nolle et al. (2006) condotta su un campione di 515 soggetti transgender, mette in luce un'associazione diretta tra una storia di sesso forzato, vittimizzazione di genere (intesa sia come abuso o molestia verbale sia come abuso o violenza fisica subito a causa della propria identità di genere), discriminazione di genere (concepita come difficoltà nell'ottenere un lavoro o l'esserne licenziati ma anche come il vedersi negato un alloggio o l'esserne sfrattati, e come l'aver trovato difficoltà nell'usufruire di servizi medico-sanitari a causa della propria identità di genere) e il tentato suicidio. Anche la prevalenza delle suddette vittimizzazione e

discriminazione è degna di nota: ben otto partecipanti su dieci hanno riferito abusi verbali, circa sei su dieci abusi sessuali e più di un terzo del campione dichiara di essere stato sottoposto ad altre forme di abuso fisico. Un altro studio, condotto in Massachusetts da Reisner et al. (2015) su un campione di 452 soggetti TGD, ha indagato la discriminazione a cui sono sottoposte le minoranze di genere nelle strutture pubbliche: il 65% degli intervistati ha dichiarato di essere stato discriminato (una percentuale superiore del 21% rispetto a quella riportata a livello nazionale) e i luoghi in cui ciò si è verificato più spesso sono i mezzi di trasporto, i negozi, i ristoranti, i raduni pubblici e l'assistenza sanitaria. Tale trattamento correla con esiti avversi sia per quanto riguarda la salute mentale sia per quanto riguarda la salute fisica. In particolare la discriminazione nelle strutture sanitarie risulta associata a un aumento del rischio di sintomi emotivi e fisici che va dal 31 all'81%. L'effetto di una simile stigmatizzazione comporta inoltre la tendenza a procrastinare l'accesso alle cure o agli interventi di prevenzione: i soggetti transgender e gender diverse hanno una probabilità di rimandare questi trattamenti 2/3 volte superiore rispetto alla popolazione cisgender.

Tra le prospettive teoriche che vanno a colmare la lacuna lasciata dal modello psichiatrico, le più note sono il modello ecologico-sociale, che Hughto et al. (2015) hanno applicato alle problematiche vissute dalla popolazione TGD, e il Gender Minority Stress Model di Hendricks & Testa (2012).

Hughto, et al. (2015), nella loro revisione critica, per fornire un inquadramento sistematico alle evidenze poc'anzi descritte, utilizzano il Modello Ecologico-Sociale di Bronfrenbrenner del 1979, il quale ben si presta all'obiettivo. Esso non soltanto considera la reciproca influenza tra individuo e ambiente, ma, in riferimento a quest'ultimo, valuta sia il contesto immediato sia quello con cui il soggetto non ha un rapporto diretto, individuando così tre livelli di analisi: individuale, interpersonale e strutturale. Hughto et al. (2015), dunque, attribuiscono la pervasività dello stigma alla sua capacità di assumere tre differenti volti, tra loro interconnessi. Lo stigma, che consiste in quel "segno che rimanda a una differenza dell'individuo rispetto alla norma, cui è connessa l'attribuzione di caratteristiche valutate negativamente" ("stigma" in Enciclopedia Treccani online) può essere: strutturale, interpersonale o individuale. Come ben spiegato da Scandurra et al. (2018), il primo si riferisce agli ostacoli posti in essere dalle norme socio-culturali e dalle istituzioni, le quali arrivano a negare opportunità, risorse e, quindi, diritti fondamentali

alle persone TGD; il secondo indica il riverberarsi dello stigma strutturale sulle condotte che i singoli agiscono nei confronti dei soggetti con incongruenza di genere; il terzo, infine, illustra come il vivere in una società discriminante a livello strutturale e interpersonale porti la persona stigmatizzata a discriminare se stessa attraverso un processo di interiorizzazione dello stigma, il che conduce ad anticipare il rifiuto, a evitare il sociale e a sentirsi poco autoefficace. La revisione critica di Hughto et al. (2015) individua esempi concreti per tutti e tre i livelli di stigma. Forme strutturali sono la medicalizzazione della non conformità di genere, le politiche sanitarie e sociali restrittive, le carenti competenze degli operatori sanitari e l'assenza di leggi anti-discriminatorie. Forme interpersonali: le discriminazioni basate sull'alta visibilità dell'incongruenza di genere, gli episodi di violenza, prevaricazione o molestia, le problematiche negli ambienti sanitari. Infine, lo stigma individuale si esplica in transfobia interiorizzata e stigma percepito, ma può prendere anche la peculiare forma del cosiddetto "concealment" (in italiano "occultamento"). Si tratta del nascondimento della propria identità di genere. Come vedremo meglio in seguito, sebbene questo comportamento consenta di evitare la stigmatizzazione nell'immediato, sul lungo termine può portare ugualmente a subirne le conseguenze: non potersi manifestare per ciò che si è rischia di generare un profondo disagio psicologico, dato anche, ma non esclusivamente, dall'impedimento che si ha nell'accesso al supporto medico-psicologico e a quello della comunità transgender (Hughto et al., 2015).

Il secondo modello teorico fondamentale nella considerazione dei fattori ambientali impattanti sul benessere psicosociale delle persone TGD è il Gender Minority Stress Model di Hendricks e Testa (2012). Gli autori si rifanno, trasponendolo alla popolazione transgender, al noto "Minority Stress Model" di Meyer, elaborato da quest'ultimo nell'ormai lontano 2003 per spiegare quali fattori possono generare nelle persone LGB (lesbiche, gay, bisessuali) un così elevato tasso di disagio psicologico e di ideazione e attuazione suicidaria rispetto alla popolazione generale. Questi soggetti, poiché appartenenti a una minoranza stigmatizzata, vivrebbero uno stress del tutto particolare, risultato di un ambiente sociale perennemente ostile nei loro confronti. Meyer (2003) individua quattro specifiche manifestazioni, più o meno dirette, di un tale ambiente: gli eventi ambientali esterni, ovvero episodi di discriminazione, rifiuto o violenza; l'anticipazione dello stigma e l'aspettativa dei suddetti eventi stressanti, con conseguente

ipervigilanza; l'omofobia interiorizzata, ossia l'interiorizzazione dei pregiudizi della società nei confronti della minoranza LGB. Il quarto e ultimo fattore di stress prende il già citato nome di "concealment" e consiste nel tentativo di nascondere il proprio orientamento sessuale. Gli eventi ambientali esterni sono descritti dall'autore come la fonte più distale di stress, in quanto osservabili e verificabili; l'anticipazione dello stigma e l'aspettativa dello stress, riguardando una complessa interazione tra l'individuo e il suo ambiente, sono di natura più prossimale; l'interiorizzazione degli atteggiamenti negativi della società e l'occultamento del proprio orientamento sono i fattori di stress più prossimali, in quanto il loro effetto avviene tramite processi psicologici interni e non direttamente osservabili. Se da una parte Meyer evidenzia i fattori di rischio per la salute mentale delle minoranze sessuali, dall'altra individua alcuni fattori protettivi che, paradossalmente, possono rafforzarsi in un ambiente ostracizzante. Si tratta della capacità di coping e della resilienza. L'autore, in particolare, distingue coping e resilienza individuali e coping e resilienza di gruppo. Le prime riguardano le caratteristiche di personalità del soggetto e sono, dunque, variabili; le seconde rispecchiano le caratteristiche strutturali della società di riferimento e sono, perciò, maggiormente oggettive e stabili. Se è vero che, come qualsiasi persona dinnanzi a una fonte di stress, i membri di una minoranza sessuale necessitano di risorse personali per far fronte alle avversità, un aiuto importante, sottolinea Meyer, viene anche dalla comunità LGB. Di fronte al rifiuto della società, infatti, la minoranza si associa attorno ad una propria identità forte e positivamente connotata, in grado di fornire senso di appartenenza e un termine di confronto costruttivo a dispetto di quello dato dalla maggioranza stigmatizzante. Il nuovo gruppo di riferimento, dunque, consente di sperimentare un ambiente sociale sicuro, privo di stigmatizzazione e che fornisce convalide altrimenti inaccessibili: un sostegno sociale ed emotivo che aiuta i soggetti ad incrementare le proprie capacità personali di resilienza e coping, portando a rivalutare le condizioni stressanti come meno dannose per il benessere psicologico. Naturalmente, sottolinea Meyer, è più difficile per chi non dichiara o cela attivamente il proprio orientamento sessuale entrare in contatto con la comunità LGB e procedere ad identificarsi, godendo dei vantaggi che ne derivano.

Fin qui abbiamo approfondito il modello di Meyer a cui, come già anticipato, si rifanno Hendricks & Testa (2012). Il titolo del loro articolo "A Conceptual Framework

for Clinical Work With Transgender and Gender Nonconforming Clients: An Adaptation of the Minority Stress Model” è piuttosto evocativo: gli autori riprendono il modello di Meyer applicandolo alla popolazione TGD. La letteratura, infatti, testimoniava già all’epoca come le minoranze sessuali e le minoranze di genere condividessero l’esperienza di alti tassi di violenza, sia fisica che sessuale, molestie e discriminazione sul lavoro. Ad esempio da uno studio di Beemyn & Rankin (2011) emerge come il 27% del campione riferisse di aver subito, nell’ultimo anno, molestia a causa della propria identità di genere. In una precedente ricerca del 2007, condotta da Bradford et al., il 20% del campione riferisce di non aver avuto possibilità lavorative per via del proprio essere transgender e il 13% di essere stato licenziato per lo stesso motivo. Un quarto dei partecipanti, inoltre, afferma di essere rimasto senza un’abitazione in un certo frangente della propria vita. Hendricks & Testa (2012), dunque, utilizzano le stesse componenti distali e prossimali usate dal loro predecessore per spiegare gli esiti negativi sulla salute mentale delle persone transgender e gender diverse. Solamente a proposito dell’omofobia interiorizzata gli autori effettuano una variazione, dandole il più calzante nome di “transfobia interiorizzata”. Riguardo ai fattori di protezione anche in questo caso viene ribadito quanto esposto da Meyer, sottolineando come la fondamentale risorsa di coping e resilienza costituita dal contatto con la comunità minoritaria d’appartenenza possa essere resa non usufruibile dall’occultamento della propria identità di genere.

Una volta che Hendricks e Testa hanno compiuto questo fondamentale passaggio, sono Testa et al. (2015), a sistematizzare ulteriormente i fattori che influenzano il benessere psicosociale dei soggetti TGD. Gli autori sottolineano l’unicità di determinati bisogni ed esperienze vissuti delle persone transgender e gender diverse rispetto a quelli sperimentati delle altre minoranze sessuali: esse subiscono particolari forme di discriminazione, come “l’impossibilità di accedere a documenti legali o cure mediche a causa di differenze nei registri rispetto al loro sesso o nome, la discriminazione nell’ottenere cure mediche e l’impossibilità di accedere a servizi igienici sicuri in luoghi pubblici” (Testa et al, 2015). Inoltre, esiste un peculiare fattore di stress distale con cui gli individui LGB non hanno a che fare: si tratta di quello che Testa e i suoi colleghi definiscono “non affermazione”, ossia la mancata affermazione dell’identità di genere sentita dalla persona TGD da parte di coloro che le stanno attorno. Ne è un esempio l’uso di pronomi o appellativi di genere diverso rispetto a quello che il soggetto transgender

percepisce proprio. Le persone genderqueer in particolar modo, poiché non si identificano nelle etichette fornite dal binarismo di genere imperante, risultano esposte a tale fonte di stress: chi li circonda, infatti, spesso ignora l'esistenza di forme linguistiche neutre per riferirvisi.

Venendo ai fattori di stress prossimali e ai fattori protettivi nei confronti dello stress di minoranza, Testa et al. (2015) confermano gli elementi individuati dai loro predecessori. Introducono, tuttavia, alcune precisazioni. Per quanto riguarda l'occultamento dell'identità di genere - o "non disvelamento", come la chiamano intercambiabilmente gli autori - specificano come esso, rispetto al nascondimento dell'orientamento sessuale, possa risultare più complesso e meno strettamente legato alla volontà del soggetto. Se l'orientamento, infatti, non essendo visibile dall'esterno, quando non richiesto può non essere comunicato, il genere viene veicolato in gran parte dal corpo e perciò si può manifestare anche senza che il soggetto lo desideri. In secondo luogo, gli autori sottolineano come vi sia una scarsità di ricerche che indagano da una parte le connessioni tra i fattori di stress prossimali e la salute mentale delle persone TGD, dall'altra il ruolo protettivo nei confronti dello stress da parte della cosiddetta "connessione con la comunità" e dell'orgoglio per la propria identità. Quest'ultimo costituisce un sentimento a cui si era riferito indirettamente anche Meyer (2003) quando parlava delle ricadute positive sulla capacità di resilienza date dal contatto con chi vive la propria stessa condizione minoritaria. Testa et al. (2015), dunque, riportano due studi. Il primo (Sánchez & Vilain, 2009) espone come gli individui TGD faticino a usufruire della protezione di una comunità di riferimento quando possiedono una visione negativa della stessa e come tale transfobia interiorizzata sia correlata a una maggiore probabilità di sperimentare disagio psicologico. Il secondo lavoro (Testa et al., 2014) riporta come i soggetti TGD che erano stati in contatto con persone con incongruenza di genere durante le prime fasi di consapevolezza della propria identità avessero accolto quest'ultima con maggiore rilassatezza rispetto a chi non ne aveva avuto l'opportunità, sviluppando minori livelli di ansia e suicidalità. Nonostante gli interessanti risultati, le misure utilizzate per le indagini risultavano disomogenee: per questo motivo Testa et al. (2015) propongono uno strumento di misura specifico per lo stress e la resilienza delle popolazioni transgender e gender diverse detto "Gender Minority Stress and Resilience Measure" (GMSR measure), individuando risultati di affidabilità e validità a suo supporto.

Una recentissima meta-analisi di Wilson et al. (2024) ha esaminato le associazioni tra la salute mentale, nei termini di ansia e depressione, e i fattori di stress e resilienza delle minoranze di genere, quest'ultimi misurati proprio tramite lo strumento del GMSR. Nonostante studi precedenti confermino l'esistenza di un legame tra un maggior benessere psicologico e livelli più alti di connessione con la comunità e orgoglio identitario (Barr et al., 2016; Sánchez e Vilain, 2009), nella meta-analisi gli effetti aggregati di questi fattori protettivi sono risultati minori rispetto agli effetti aggregati dei fattori di stress prossimali e distali sulla salute mentale. Una possibile spiegazione è data dal fatto che la misura del GMSR seleziona solo alcuni aspetti della resilienza.

Emmie Matsuno & Tania Israel (2018), nel loro articolo "Psychological Interventions Promoting Resilience Among Transgender Individuals: Transgender Resilience Intervention Model (TRIM)" forniscono un quadro più ricco di quelli che sono gli specifici fattori di resilienza per la popolazione transgender e gender diverse. Le autrici, le quali ritengono la misura GMSR parziale rispetto agli aspetti del costrutto indagati, ne individuano di nuovi, non considerati all'intero del Gender Minority Stress Model. L'obiettivo fondamentale è quello di costruire interventi mirati non soltanto a ridurre gli esiti negativi dati dai fattori di stress ma anche a promuovere la capacità delle persone TGD di "superare le avversità" e preservare la propria salute mentale. Il Modello di Intervento sulla Resilienza Transgender (TRIM) si focalizza su elementi potenzialmente modificabili e li distingue in fattori di resilienza di gruppo o di comunità e fattori di resilienza individuali. I primi comprendono il sostegno sociale, l'accettazione della famiglia, l'appartenenza alla comunità, l'attivismo e i modelli di ruolo. Il sostegno sociale costituisce quel supporto che proviene da amici, familiari e altre persone significative per il soggetto: si è rivelato essere un elemento fondamentale nel far fronte alle difficoltà ed è direttamente correlato a minori livelli di disagio psicologico (Bockting et al., 2013; Budge et al., 2013; Moody et al., 2015; Singh et al., 2011). L'accettazione della famiglia viene considerata da Matsuno & Israel (2018) come elemento a sè stante rispetto al sostegno sociale. Essa ricopre un peso maggiore, rispetto ad altre forme di vicinanza, nell'influenzare la capacità di resilienza di un soggetto (Puckett et al., 2019). L'appartenenza alla comunità è presa in considerazione dalle autrici specialmente come alternativa al supporto dato dalla famiglia, la quale spesso rifiuta il componente che dichiara la propria identità di genere. La connessione alla minoranza di riferimento

modera gli effetti deleteri del respingimento ed è correlata con un generale aumento del benessere mentale, oltre che con un numero inferiore di sintomi ansiosi e depressivi (Barr et al., 2016; Pflum et al., 2015). La partecipazione all'attivismo transgender, ossia l'attività volta a valorizzare socialmente e politicamente l'essere transgender, può aiutare le persone TGD a individuare risorse altrimenti difficili cui accedere, come l'assistenza legale e quella sanitaria, oltre che donare un senso di empowerment e significato che rafforzano l'individuo (Singh & McKleroy, 2011). Infine avere modelli di ruolo positivi può aiutare la resilienza transgender in maniera simile al contatto con la comunità minoritaria: vedere rappresentata positivamente la propria identità, specialmente all'interno dei nuovi media, che rispetto ai media mainstream ne forniscono una visione meno stereotipata, dona un punto di riferimento valorizzante che contrasta con il parere stigmatizzante della maggioranza. L'essere essi stessi un modello per altre persone TGD si è rivelato un elemento che spinge ad affrontare propositivamente le difficoltà, poiché il soggetto si percepisce responsabile dei significati che trasmette e non può negarli egli stesso, andando a perdere il ruolo di riferimento posseduto.

Una volta elencati i fattori di gruppo o di comunità, Matsumo & Israel (2018) procedono a esporre i fattori individuali di resilienza. Si tratta di autostima, identità positiva e autodefinita, speranza, e percorso di affermazione di genere, che le autrici riportano come "transizione". L'autostima, fattore che genericamente promuove la capacità di far fronte alle difficoltà della vita, negli individui TGD è messa a dura prova dai sistematici riscontri negativi forniti loro dalla maggioranza: per questo motivo le autrici ritengono che a sostenerla debba venire in aiuto la presenza di un certo orgoglio identitario, definito come una concezione positiva della propria identità e di quella dei membri del gruppo minoritario di riferimento. La capacità di definire in prima persona una tale identità è un altro elemento di resilienza, poiché consente al soggetto di percepirsi padrone di sé di fronte al binarismo di genere che la società vorrebbe imporgli e dinnanzi alle minacce della discriminazione, stimolando così il suo senso di responsabilità e la sua proattività (Singh & McKleroy, 2011; Singh et al., 2014). La speranza o visione ottimistica del futuro si rivela un ulteriore fattore protettivo nei confronti dello stress che deriva dalla stigmatizzazione: può aiutare a contenere l'ideazione suicidaria e una sua eventuale successiva attuazione. (Moody et al., 2015). Per finire, il percorso di affermazione di genere, sia sociale che medico, come abbiamo già visto anche in

precedenza, si associa a una salute mentale più prospera, riducendo nella maggior parte dei casi la disforia di genere e altri sintomi psicologici, e inoltre rendendo meno probabile il rischio di suicidio (Moody et al., 2015, Murad et al., 2010).

## **2.2. Il ruolo dell'occultamento e della disregolazione emotiva**

Abbiamo visto come la popolazione TGD sperimenti disagio psicologico in misura significativamente maggiore rispetto alla popolazione cisgender e abbiamo anche spiegato come il modello ecologico-sociale (Hughto et al., 2015) e il Gender Minority Stress Model (Testa et al., 2012) siano cornici concettuali che attribuiscono tale sofferenza alla pervasiva stigmatizzazione che la società attua nei confronti di questa minoranza. Ciò che tali modelli non spiegano, tuttavia, è come lo stress vissuto dalla minoranza di genere a causa della discriminazione “entri sotto la pelle”, ossia quali siano i percorsi psicologici tramite cui esso si trasforma in un esito negativo per la salute mentale (Hatzenbuehler, 2009). Lo stress viene posto come spiegazione ultima, completa e autosufficiente (Monroe, 2008) del malessere psicologico delle persone transgender e gender diverse, ma è davvero così?

Nel 2009 Hatzenbuehler tenta di gettare luce sugli aspetti lasciati in ombra dal Minority Stress Model di Meyer (l'unico allora esistente) elaborando il cosiddetto “Psychological Mediation Framework”. L'autore, in maniera del tutto innovativa, riunisce la letteratura riguardante i processi psicologici generali che tendono a condurre alla psicopatologia con la letteratura riguardante i fattori di stress specifici vissuti dalla popolazione LGB. L'ipotesi è che siano determinati processi psicologici comuni alla popolazione eterosessuale e alla popolazione LGB ad essere mediatori tra lo stress di minoranza e gli esiti psicopatologici. Le minoranze sessuali, poiché esposte a stigma pervasivo, sperimenterebbero, rispetto alla popolazione eterosessuale, tassi più elevati di quello stress che normalmente attiva una serie di processi emotivi, sociali/interpersonali e cognitivi favorevoli al rischio di psicopatologia. Gli individui LGB, dunque, essendo sottoposti ad una quota di stress additiva rispetto alla popolazione generale, avrebbero, tramite processi psicologici generali, una maggiore probabilità di sperimentare sofferenza psicologica. Hatzenbuehler, in particolare, nella sua analisi distingue tra disturbi internalizzanti e disturbi esternalizzanti, focalizzandosi su ansia e depressione da una

parte e sull'uso di alcol dall'altra. L'autore individua come il processo di regolazione emotiva della ruminazione, un basso supporto sociale e i processi cognitivi della disperazione e del pessimismo, uniti a schemi di sé negativi, possano spiegare la maggior presenza di ansia e disturbi dell'umore tra le persone LGB. Per quanto riguarda i disturbi da uso di alcol, a spiegarne la prevalenza nella popolazione LGB sarebbero, invece, il consumo di alcol come strategia per far fronte ai propri problemi, norme sociali che ne incentivano l'uso e aspettative cognitive positive di riduzione della tensione da parte della sostanza.

Hatzenbuehler (2009), dopo aver elaborato il quadro di mediazione psicologica appena visto, basato su processi psicologici generali, ne concepisce un secondo nel quale giunge a considerare come possibili elementi mediatori anche processi gruppo-specifici quali i fattori di stress prossimali individuati da Meyer, ossia l'aspettativa di rifiuto, l'occultamento del proprio orientamento sessuale e lo stigma internalizzato. È sulla base di quest'ultimo quadro di mediazione integrato che vengono effettuati i primi studi esploranti la relazione tra stigmatizzazione e disagio psicologico nella popolazione transgender e gender diverse (per esempio Breslow et al., 2015; Scandurra et al. 2018; Testa et al. 2017). La ricerca di Testa et al. (2017), risulta particolarmente interessante ai fini della nostra trattazione. In base all'allarmante tasso di ideazione suicidaria e di suicidio nella popolazione TGD, gli autori si propongono di studiare come, in un campione di 816 individui TGD, i fattori prossimali del Gender Minority Stress Model intervengano nel mediare tra i fattori distali del modello stesso e l'ideazione suicidaria. Gli autori individuano una serie di percorsi indiretti: tra il rifiuto e l'ideazione suicidaria intervengono la transfobia interiorizzata e le aspettative negative verso gli eventi futuri; tra la vittimizzazione correlata al genere e l'ideazione suicidaria intercorrono le aspettative negative; tra la non affermazione dell'identità di genere e l'ideazione suicidaria si ritrovano la transfobia interiorizzata e le aspettative negative. In nessun caso, tuttavia, il non disvelamento (occultamento) mediava tra i fattori di stress distali e il disagio psicologico.

Il ruolo dell'occultamento nella sofferenza transgender è estremamente contraddittorio. Cercheremo qui di seguito di comprendere l'attuale stato della letteratura sull'argomento e le diverse interpretazioni che ne sono state date.

L'attuale ricerca sull'occultamento – genericamente inteso come la conservazione di un'informazione in forma privata – parte dal presupposto che gli individui scelgano se riferire o meno un particolare dato in base a una valutazione dei costi e benefici del disvelamento. Se i lavori sviluppati tra gli anni Settanta e Novanta, infatti, ritenevano che il disvelarsi fosse necessariamente benefico per la salute mentale, ad oggi la letteratura indica come a determinarne l'esito positivo o negativo contribuisca una serie di fattori. Sono dirimenti a riguardo il tipo di relazione esistente tra chi si rivela e chi riceve l'informazione, la valenza del fattore comunicato, il significato attribuitogli e il tipo di risposta dato. (Afifi & Afifi, 2020) È stato dimostrato come talvolta mantenere celato un determinato aspetto di sé sia tutt'altro che svantaggioso. Secondo uno studio condotto in Brasile da Galano et al. (2017) su venti adolescenti affetti da HIV, ad esempio, la divulgazione della propria sieropositività aveva generato esiti negativi per i partecipanti, i quali avevano subito ostracismo, discriminazione e abbandono da parte della famiglia. Una revisione di Smith & Applegate (2018) fornisce una riflessione particolarmente calzante in tal senso. Le autrici portano il lettore a ragionare sul fatto che la costruzione dello stigma avvenga socialmente proprio tramite una comunicazione che mantiene in vita etichette stereotipizzanti. Gli individui stigmatizzati, dunque, tenderebbero a chiudersi in loro stessi e a evitare di riferire la propria identità minoritaria per sottrarsi al circolo vizioso di una tale tipologia di comunicazione e alle conseguenze negative a cui essa può condurre in termini di salute, mentale e fisica.

Abbiamo visto come il modello ecologico-sociale di Hughto et al. (2015), il Minority Stress Model di Meyer (2003) e il successivo Gender Minority Stress Model di Hendricks e Testa (2012) colleghino lo stigma pervasivo nei confronti della comunità LGBTQ (lesbica, gay, bisessuale, transgender, queer) al tentativo da parte delle persone appartenenti a queste minoranze di celare la propria identità. È bene approfondire, a questo punto, come la questione dell'occultamento risulti ancora più complessa per gli individui TGD rispetto a coloro che appartengono alle minoranze sessuali. Le persone transgender e gender diverse incontrano, infatti, maggiori difficoltà rispetto al mantenimento della segretezza. Come fanno notare Testa et al. (2015) esistono due ragioni principali di una tale differenza. In primo luogo il genere è elemento imprescindibile di numerose culture e lingue nelle quali vige il binarismo di genere e dove, perciò, esso è caratteristica identificativa primaria. In tali circostanze determina il

ruolo che l'individuo ricopre all'interno della società, ciò che ci si aspetta da lui e il modo in cui gli altri dovrebbero riferirsi: non vi è per la persona TGD la possibilità di evitare l'argomento in base alla regola del "se non mi viene chiesto, posso non dirlo". In secondo luogo, mentre l'orientamento sessuale è una caratteristica che non è visibile dall'esterno e, nel caso in cui non venga domandato, può non essere comunicato, il genere, veicolato in gran parte dal corpo, trovando come canale preferenziale tramite cui esprimersi un elemento per sua natura visibile, risulta estremamente complesso da celare. In ragione di ciò, nonostante la letteratura generale, lo abbiamo visto, concettualizzi l'apertura come una scelta, una grande percentuale di individui TGD subisce invece la dichiarazione involontaria della propria identità, la quale tende a manifestarsi anche senza che il soggetto lo desideri (Osmetti et al., 2025). Quanto il soggetto ritiene opportuno divulgare sulla propria incongruenza di genere, dunque, rischia di passare in secondo piano rispetto alla genetica, all'età, alle eventuali cure mediche intraprese e alla fase del percorso di affermazione di genere in cui egli si trova (Testa et al., 2015).

Osmetti et al., nella loro revisione del 2025, ci aiutano a comprendere ulteriormente quanto il fenomeno dell'occultamento dell'identità di genere possa essere complesso. Le autrici stabiliscono una fondamentale distinzione: quella tra l'occultamento dell'identità di genere e l'occultamento del sesso assegnato alla nascita. Proprio perché l'essere umano, plasmato anche dal binarismo di genere, tende a stabilire in maniera pressoché immediata il genere di una persona sulla base di caratteristiche fisiche o altri peculiari elementi, quali la voce, la persona transgender binaria cercherà all'inizio di celare la propria identità di genere e, in seguito, spinta dal bisogno di affermare la propria vera identità, di "passare" come uomo o donna cisgender celando il proprio sesso assegnato alla nascita. Nel periodo intercorrente tra l'inizio del percorso di affermazione di genere e il momento in cui la persona riesce, come desiderato, a "mimetizzarsi" nel genere che sente proprio, i metodi utilizzati per occultare il sesso assegnato alla nascita possono paradossalmente rendere via via più difficile nascondere la propria identità transgender. Osmetti et al. (2025) puntualizzano, inoltre, un altro elemento che ci aiuta a comprendere a fondo la questione dell'occultamento, ossia la complessità introdotta dalle identità transgender non binarie, le quali devono necessariamente essere prese in considerazione e non possono essere confuse con le identità transgender binarie. Le persone che sperimentano incongruenza di genere ma che non si identificano né come uomo né come

donna, contrariamente ai soggetti transgender binari, possono considerare invalidante ed esperire come fonte di disagio proprio l'essere etichettati come cisgender. Se alcuni individui della comunità non binaria, infatti, accolgono l'idea di accostarsi, anche a seconda delle occasioni, maggiormente a uno o all'altro dei due generi concepiti nel binarismo, attribuendo così scarso valore al disvelamento (Marques, 2019; Taube & Mussap, 2022), altri decidono di mostrare con fierezza la propria identità transgender non binaria. Una simile scelta rende necessariamente vulnerabili alla discriminazione, alimentata anche dall'incapacità della maggioranza di concepire come legittimo il non identificarsi in nessuna delle due etichette fornite dal binarismo di genere (Johnson, 2016). Per questo motivo, talvolta, la modalità di disvelamento non è quella di rendere visibile l'identità non binaria, bensì il parlarne esplicitamente, spiegando di cosa si tratti e affermandone la validità, in modo da renderne più probabile l'approvazione.

La complessità appena analizzata è rispecchiata dai risultati delle ricerche che, seppur in numero esiguo, hanno approfondito il rapporto tra occultamento ed esiti di salute mentale nella popolazione TGD. È già stato anticipato come il celare la propria identità transgender venga interpretato dagli studiosi come peculiare modalità di protezione nei confronti della stigmatizzazione, la quale, tuttavia, risulta inevitabilmente stressante per chi la attua: vediamo ora alcuni studi che attestano tale ambivalenza.

Una recentissima revisione sistematica di Mezza et al. (2024) dedicata alla verifica della relazione tra lo stress di minoranza di genere e il disagio psicologico delle persone TGD, individua, su trenta studi considerati, soltanto cinque ricerche che prendono in considerazione l'occultamento e i cui risultati sono tra loro in contrasto. Passiamo in rassegna le quattro che ci offrono uno sguardo completo sui contrasti esistenti in letteratura.

Uno studio irlandese di de Vries et al. (2022), condotto su 279 partecipanti tra i 14 e i 29 anni auto-identificatisi come transgender, ha individuato un'associazione positiva tra il cosiddetto non "essere out", ossia il non aver fatto coming out come persona con incongruenza di genere, e il distress psicologico in termini di depressione, ansia e stress generale. Gli autori riportano come il negare la propria incongruenza di genere o l'evitare di comunicarla, ossia il non fare coming out, possa essere un meccanismo di coping disfunzionale che, seppur adducendo un sollievo nell'immediato, causerebbe sul lungo

termine problematiche di salute mentale. Strategia di coping efficace si rivelerebbe, invece, secondo de Vries et al., il disvelamento della propria identità di genere in un ambiente in grado di fornire approvazione e supporto, sia esso la famiglia, la scuola o il posto di lavoro.

Due studi non hanno trovato correlazione alcuna tra il disvelamento dell'identità transgender e il benessere psicologico dei soggetti TGD. La prima ricerca è quella di Zeluf et al., condotta in Svezia nel 2016 tramite un sondaggio online che ha coinvolto 682 individui transgender e gender diverse (178 binari, 140 non binari). Gli autori non hanno evidenziato una relazione tra l'apertura nei confronti del proprio essere transgender – operazionalizzata tramite la singola domanda "Fino a che punto sei aperto con il fatto di essere trans?" - e la salute auto-valutata, la disabilità auto-riferita e la qualità della vita. La seconda ricerca, di Helsen et al. (2022), si poneva l'obiettivo di indagare l'associazione tra i fattori di stress prossimali delle minoranze e la salute mentale degli adulti transgender. Gli autori, in particolare, usando una modalità esplorativa, hanno valutato un campione di 143 partecipanti - di età compresa tra i 18 e i 70, il 23,80% dei quali con un'identità di genere non binaria – applicando la misura GMSR. Mentre la transfobia interiorizzata e le aspettative negative per gli eventi futuri risultano poter prevedere lo sviluppo di disagio psicologico, il non disvelamento non aveva alcun correlato nelle difficoltà di salute mentale.

Per finire, Mezza et al. (2024) riportano un interessante studio di Bränström & Pachankis (2021) che ha coinvolto 28 paesi europei e si è rivolto a 6771 persone, di almeno 18 anni, auto-identificatesi come transgender. Tale ricerca risulta particolarmente rilevante poiché presenta al proprio interno risultati contrastanti riguardo al ruolo dell'occultamento dell'identità di genere nella soddisfazione di vita: se da una parte esso media la relazione tra i maggiori livelli di stigma strutturale (misurato in termini di leggi, politiche e atteggiamenti discriminatori della popolazione) e una minore soddisfazione; dall'altra parte sembra avere un effetto protettivo nei confronti della discriminazione quotidianamente vissuta dalle persone TGD. Celare la propria identità di genere porterebbe con sé il vantaggio di poter evitare una discriminazione che condurrebbe a livelli ancora minori di soddisfazione per la propria esistenza. In effetti una maggiore apertura risultava associata a una maggiore esposizione alla discriminazione e nei paesi con un maggiore livello di stigma strutturale cresceva di pari passo il ricorso

all'occultamento. Gli autori, in linea con quanto riporta la letteratura, spiegano come i risultati apparentemente contrastanti della propria ricerca possano rispecchiare il compromesso cui necessariamente bisogna scendere se si utilizza, spinti dal contesto sociale, il nascondere l'identità TGD come arma di difesa dalla stigmatizzazione. Scegliere di non disvelare la propria identità protegge ma può impedire il contatto con la comunità d'appartenenza e il sostegno che ne deriva, oltre che ostacolare l'accesso alle cure di affermazione di genere.

L'innovativo quadro teorico di Diamond & Alley, esposto nell'articolo del 2022 "Rethinking minority stress: A social safety perspective on the health effects of stigma in sexually-diverse and gender-diverse populations", può forse fornire, rispetto al ruolo ambivalente dell'occultamento, una spiegazione alternativa e maggiormente calzante di quella finora proposta. Anche quanto sostenuto da Sloan et al. nel loro articolo del 2017 "Utilizing a Dialectical Framework to Inform Conceptualization and Treatment of Clinical Distress in Transgender Individuals" può venire in aiuto.

Vediamo prima di tutto il modello di Diamond e Alley (2022). Le autrici, spinte dai risultati poco coerenti delle ricerche sull'influenza dello stress minoritario sulla salute fisica delle minoranze LGBTQIA+ (lesbica, gay, bisessuale, transgender, queer, intersessuale, asessuale, altro), ritengono che a generare i problemi di salute di queste popolazioni intervenga, in maniera diretta, un elemento prima non considerato, ossia la sicurezza sociale. Essa viene definita come la disponibilità di un tessuto sociale che riconosce e include il soggetto e che gli consente, in tal modo, di sperimentare senso di appartenenza e protezione.

Diamond e Alley (2022) fondano la propria argomentazione sulla formulazione evolutiva di Brosschot et al. (2018), secondo cui la cosiddetta "insicurezza generalizzata" costituirebbe la modalità predefinita del sistema nervoso umano e ciò in virtù del fatto che un tale stato sarebbe risultato adattivo nel garantire la sopravvivenza dei nostri antenati in un ambiente incoerente e inaffidabile. Solo l'esperienza di sufficienti segnali di sicurezza, e quindi di connessione, inclusione e protezione sociale, riuscirebbe a placare il nostro cervello, costantemente pronto a proteggersi. Ebbene, gli individui stigmatizzati spesso non godono di un contesto di questo genere: è frequente che, una volta svelata la propria identità minoritaria, non ricevano più i quotidiani segnali di sicurezza sociale, normalmente rivolti alla maggioranza (Ellis & Fox, 2001; Gabriel &

Banse, 2006). Si instaurerebbe, dunque, in questi soggetti uno stato di vigilanza cronica sulle minacce che, se nel breve periodo può risultare adattivo, sul lungo termine intaccherebbe il buon funzionamento biologico e psicologico, favorendo l'insorgere di sintomi depressivi e ansiosi tramite percorsi neuroimmuni (Slavich & Irwin, 2014). Processi quali l'isolamento, la diffidenza cronica e l'occultamento – focus della nostra argomentazione – rappresentano proprio i dispositivi di protezione utilizzati dall'individuo in stato di allerta. Se tutelano dall'esposizione diretta a discriminazioni, vittimizzazioni o rifiuto, tuttavia, essi richiedono compromessi emotivi, attentivi, comportamentali e neurologici. L'ipervigilanza, essendo un'iperattivazione (*iperarousal*), infatti, impiega risorse che in tal modo non possono essere utilizzate nell'attività sociale e in quella orientata al raggiungimento dei propri obiettivi (Barnhart et al., 2019; Martin et al., 2022; Rivera-Rodriguez et al., 2021).

È, dunque, possibile affermare che le conseguenze dello stigma pervasivo passerebbero non soltanto attraverso la presenza dello stress gruppo-specifico, ma anche per il tramite di un'assenza, quella della sicurezza sociale. Alla base dei più bassi livelli di salute mentale e fisica della popolazione LGBTQIA+ non vi sarebbe solo ciò che effettivamente accade al soggetto ma anche una sicurezza sociale insufficiente e il timore di ciò che potrebbe accadere. Una volta entrato in contatto con la stigmatizzazione, più o meno diretta che sia, il soggetto inizierebbe a considerare le persone e le situazioni attorno a lui come potenzialmente foriere di rifiuto e discriminazione, sperimentando su di sé le conseguenze negative dell'azione silenziosa e costante dello stigma. Gli alti tassi di cognizione perseverativa, l'automonitoraggio e la sensibilità al rifiuto, già individuati nelle minoranze sessuali e di genere da autori come ad esempio Hatzenbuehler (2009), non vengono più considerati come risultati o mediatori o moderatori dello stress delle minoranze, bensì come risultati diretti dello stigma (Diamond & Alley, 2022).

Coloro che appartengono alle minoranze sessuali e di genere si ritrovano spesso a modificare il proprio aspetto o il proprio linguaggio, a non utilizzare i bagni pubblici, a monitorare il comportamento e il modo di esprimersi delle altre persone per scongiurare ogni possibile pericolo alla propria incolumità fisica e psicologica. Diamond e Alley (2022) descrivono l'operazione di celare la propria identità come “esempio paradigmatico di vigilanza sulle minacce motivata dalla sicurezza” che “richiede un monitoraggio continuo di sé e degli altri volto a preservare l'accettabilità e l'inclusione sociale”.

Abbiamo pocanzi detto come una tale iperattivazione comporti un compromesso emotivo, poiché alla persona rimarrebbero a disposizione un minor numero di risorse attentive ed energetiche rispetto allo stato di calma. L'interpretazione secondo cui l'occultamento interferisce con la possibilità di regolare in maniera flessibile le proprie emozioni può essere fondamentale per comprenderne l'esito in termini di salute mentale nella popolazione TGD.

Quel che segue è un rapido excursus sullo studio della regolazione e disregolazione delle emozioni.

L'interesse scientifico per la regolazione delle emozioni è emerso intorno alla metà degli anni Novanta ed è cresciuto esponenzialmente, insieme al numero di ricerche dedicatevi, fino ai giorni nostri. A fronte di tale entusiasmo, tuttavia, i teorici faticano ancora oggi a definire in maniera univoca cosa siano l'emozione e la sua regolazione. Gross (2015) tenta di risolvere questa impasse sostenendo come sia più facile affermare che cosa non debba essere considerato tale. L'autore, in particolare, distingue l'emozione dalle risposte allo stress occasionale e dagli stati d'animo. Si tratta in tutti e tre i casi di "stati psicologici che coinvolgono la valutazione"; tuttavia, se le risposte allo stress riguardano stati affettivi negativi scarsamente definiti, dati da richieste situazionali eccessivamente gravose, e gli stati d'animo sono stati affettivi diffusi che durano a lungo, le emozioni si caratterizzano come maggiormente definite, a valenza sia positiva che negativa, legate a specifici eventi e generanti risposte specificatamente relative a quest'ultimi. Gross sottolinea, in un secondo momento, tre punti chiave su cui i diversi approcci all'emozione si trovano d'accordo: le emozioni coinvolgono cambiamenti contemporaneamente a livello fisiologico, dell'esperienza soggettiva e del comportamento; le emozioni hanno una dimensione temporale; le emozioni possono essere utili o disadattive, a seconda del contesto di riferimento. Un'emozione si rivela disadattiva, sostiene l'autore, quando possiede un'intensità, una durata, una frequenza o una tipologia non adatta al contesto in cui è generata. È proprio in tali circostanze che l'essere umano, in maniera più o meno conscia, viene spinto a regolare quanto sente, a modificare ciò che prova nella sua intensità, durata o qualità.

La caratteristica precipua della regolazione delle emozioni, afferma Gross (2015), è l'essere effettuata in virtù di un obiettivo, sia esso la modifica stessa dell'emozione, poco adatta al contesto, oppure qualcosa che per cui l'emozione costituisce un mezzo.

L'individuo può diminuire quanto prova di negativo, aumentare quanto sente di positivo o, secondo una logica controedonistica e in virtù di obiettivi strumentali o culturali, potenziare le proprie emozioni negative e diminuire quelle positive. Il problem solving attivo, la rivalutazione cognitiva, l'autorilassamento, l'accettazione e la consapevolezza delle emozioni, la ricerca di informazioni e di supporto sono solo alcuni esempi delle tante strategie di regolazione delle emozioni che aiutano a raggiungere i propri scopi. La regolazione emotiva, dunque, conclude Gross, attraverso un processo che sembra coinvolgere elementi cognitivi, comportamentali, biologici e sociali, consente al soggetto di rispondere alle proprie esperienze con flessibilità, interagendo in maniera dinamica e socialmente adeguata con l'ambiente.

La disregolazione emotiva, alla luce di quanto appena esposto, si presenta come un utilizzo disadattivo di strategie di regolazione delle emozioni potenzialmente disponibili a un utilizzo adattivo. Non si tratta, perciò, di una loro totale assenza - come viene invece indicato dal termine "problemi nella regolazione delle emozioni" (Cicchetti et al., 1995) - bensì della generale incapacità della persona nel raggiungere un certo grado di competenza emotiva (Thompson, 2019). Il soggetto disregolato non possiede sufficiente consapevolezza di ciò che prova, non riesce a cogliere e comprendere in maniera adeguata le emozioni altrui, mostra scarsa capacità empatica, e, per finire, non dimostra autoefficacia emotiva, capacità che gli consentirebbe di regolare le proprie emozioni in vista dei propri obiettivi (Saarni, 1999). D'Agostino et al. (2017), più nello specifico, nella loro revisione, a partire dalla constatazione dell'assenza di un unico quadro concettuale di riferimento, propongono, in base a quanto emerso dagli studi analizzati, cinque dimensioni chiave, non mutualmente escludentesi, della disregolazione emotiva. Si tratta di: diminuita consapevolezza emotiva, reattività emotiva inadeguata, intensa esperienza ed espressione delle emozioni, rigidità emotiva e difficoltà di rivalutazione cognitiva. Vediamole nel dettaglio. La diminuita consapevolezza emotiva consiste nella difficoltà a riconoscere e dare un nome alla propria esperienza emotiva. La reattività emotiva inadeguata rispecchia l'incapacità di modulare le emozioni intense scatenantisi in un determinato momento in modo da renderle appropriate al contesto. L'intensa esperienza ed espressione delle emozioni si riferisce ad uno scarso controllo di quanto si prova internamente e di ciò che si mostra esternamente, sia esso positivo o negativo. La rigidità emotiva si può manifestare come gamma emotiva ristretta, per cui alla persona

risulta difficile adattarsi al contesto in quanto non possiede le emozioni che vi sarebbero consone; oppure come risposta emotiva inappropriata - offensiva, deviante o assente – rispetto al contesto interpersonale e socioculturale: Infine, la difficoltà di rivalutazione cognitiva consiste in una scarsa capacità di passare al vaglio quanto si sente e attribuirvi un significato maggiormente adatto alla situazione.

La disregolazione delle emozioni viene considerata dagli psichiatri e dagli psicologici clinici come un “processo transdiagnostico”, ossia come un elemento che attraversa varie diagnosi e che, perciò, è potenzialmente esplicativo del disagio psichico, al di là delle categorie diagnostiche nelle quali quest’ultimo viene inserito (Kring, 2008). L’utilizzo di strategie di regolazione delle emozioni disadattive, quali la ruminazione o la soppressione, e lo scarso uso di strategie adattive, quali la rivalutazione cognitiva o l’accettazione, risulta correlato con la psicopatologia affettiva tutta (Thompson, 2019).

La popolazione transgender e gender diverse, come esposto nel primo paragrafo, presenta, rispetto alla popolazione generale, elevati tassi di problematiche psicologiche quali ansia e depressione: Sloan et al. (2017), nel già citato articolo, affermano che si tratti di condizioni che sottendono una disregolazione emotiva. D’Agostino et al. (2017) vi riscontrano le componenti della diminuita consapevolezza emotiva e della reattività emotiva inadeguata. Cole et al. (2017), invece, dopo aver individuato quattro tipologie di disregolazione associano l’ansia generalizzata e la depressione all’incapacità di porre un termine ad un’emozione scarsamente adattiva.

Per tornare all’articolo di Sloan et al. (2017), essi applicano il modello biosociale della disregolazione emotiva, così come definito da Marsha Linehan nel 1993, al disagio psichico vissuto dalla popolazione TGD. Coerentemente con la Prospettiva della Sicurezza Sociale di Diamond & Alley (2022), gli autori (Sloan et al., 2017) ritengono che la salute mentale delle persone transgender e gender diverse possa essere influenzata da un progressivo degradarsi delle capacità di coping, costantemente impiegato nel fronteggiare la pervasiva stigmatizzazione vissuta da tali soggetti. Secondo il modello biosociale, infatti, la disregolazione emotiva sarebbe generata da un processo transazionale tra il temperamento biologico e un ambiente invalidante, ossia un contesto che non riconosce, comprende e/o legittima le esperienze soggettive e la loro manifestazione. Questi due elementi si influenzerebbero l’un l’altro, esasperandosi in

maniera continua nel tempo. Anche nel caso di una vulnerabilità emotiva biologica scarsa, dunque, l'invalidazione cronica può far aumentare i livelli di arousal fino al punto in cui si viene a configurare una disregolazione emotiva pervasiva, la quale impedisce un'autogestione adattiva della propria cognizione e del proprio comportamento. I vissuti di tristezza, rabbia, senso di colpa e vergogna risultano talmente frequenti, intensi e duraturi da causare un'enorme sofferenza e una notevole impedimento alla vita quotidiana. Come abbiamo avuto modo di constatare, la quotidianità dei soggetti TGD è costellata di invalidazioni da parte dell'ambiente sociale: per tale motivo il modello biosociale applicato alla popolazione TGD riesce a fornire una spiegazione valida del disagio emotivo da essa sperimentato. Secondo Linehan (1993) sono tre le possibili risposte dell'individuo a un ambiente invalidante: l'auto-invalidazione; l'oscillazione tra inibizione/soppressione emotiva e manifestazioni emotive estreme; lo stabilirsi standard di perfezione e obiettivi irrealistici. Sloan et al. (2017) interpretano i tentativi di sopprimere e celare la propria vera identità da parte delle persone transgender come un'auto-invalidazione che ha lo scopo di evitare l'invalidazione esterna: l'effetto paradossale di una simile strategia è che, sebbene il conformarsi al binarismo di genere doni un temporaneo sollievo impedendo di subire rifiuto e discriminazioni, esso rafforza i ruoli di genere tradizionali e la conseguente invalidazione delle identità TGD da parte della società. In conclusione la soppressione del vissuto soggettivo non fa altro che aumentare il grado di eccitazione fisiologica e il disagio psicologico correlato, rivelandosi una strategia di gestione della minaccia inefficace. Le manifestazioni emotive estreme e lo stabilirsi di standard perfezionistici sono, secondo gli autori, un altro modo con cui le persone TGD possono celarsi ed evitare la stigmatizzazione sistematica: alcuni individui transgender cercano di nascondere non la propria identità di genere, bensì il proprio sesso assegnato alla nascita, esibendo ipermascolinità o iperfemminilità e riponendo aspettative irrealistiche nei confronti dei risultati di percorsi medici per l'affermazione di genere. Anche in quest'ultimo caso, secondo un processo transazionale, le risposte invalidanti dell'ambiente tendono a esacerbarsi, screditando e mortificando l'espressione enfatizzata e rigida dell'identità di genere.

È possibile dunque - alla luce del modello di Lisa M. Diamond e Jenna Alley (2022) e delle idee di Sloan et al. (2017) - che nella popolazione transgender e gender diverse

l'occultamento possa condurre a risultati negativi in termini di salute mentale solo quando comporta una disregolazione a livello emotivo?

## **CAPITOLO TERZO: LA RICERCA**

### **3.1. Il disegno di ricerca e gli 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 Dott.ssa Marina Miscioscia, afferente al Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione dell'Università di Padova; il Dr. Cristiano Scandurra dell'Università Federico II di Napoli e il Dr. Guido Giovanardi dell'Università di Roma Sapienza.

Le persone transgender e gender diverse sperimentano spesso, durante il corso della propria vita, problematiche psicologiche, quali depressione, ansia e ideazione suicidaria. Ne è stata data ampia dimostrazione all'interno del secondo capitolo. È emerso, inoltre, come tutto ciò caratterizzi la popolazione TGD in misura notevolmente maggiore rispetto alla popolazione cisgender. L'individuo con incongruenza di genere, infatti, non soltanto si trova ad affrontare la discordanza tra il genere cui sente di appartenere e il sesso che gli è stato assegnato alla nascita, ma va anche incontro a una pervasiva stigmatizzazione messa in atto da parte della società nei confronti della minoranza di genere. Il Gender Minority Stress Model di Hendricks & Testa (2012) è diventato celebre per l'efficacia con cui spiega tale dinamica. Fattori di stress distali, immediata espressione dello stigma, osservabili e verificabili, 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, intaccano il benessere psicologico della persona TGD. Non soltanto attuano il loro potenziale negativo in maniera diretta, ma si intrecciano anche con fattori di stress prossimali, processi psicologici non osservabili dall'esterno, quali la transfobia interiorizzata, le aspettative negative per gli eventi futuri e il non disvelamento della propria incongruenza di genere.

All'interno di un contesto come quello appena descritto possono essere minacciati numerosi elementi della quotidianità fondamentali per il configurarsi un'esistenza serena. Si parla ad esempio del rapporto che la persona intrattiene con la propria immagine allo specchio o della capacità di gestire in maniera funzionale le proprie relazioni sociali. Il

progetto di ricerca generale, dunque, si è posto l'obiettivo di indagare da un punto di vista quantitativo le associazioni tra esperienze di stigmatizzazione, relazioni significative, insoddisfazione corporea, mentalizzazione, stress e salute mentale.

### **3.2. Ipotesi**

Lo specifico progetto di tesi, in accordo con la letteratura presentata finora, vede l'elaborazione delle ipotesi di seguito riportate.

La prima ipotesi prevede la presenza di una correlazione positiva tra lo stigma attuato nei confronti della popolazione TGD e l'occultamento dell'identità di genere.

Diversi modelli teorici, infatti, come il modello ecologico sociale di Hugto et al. (2015), il Gender Minority Stress Model di Hendricks & Testa (2012), ma anche la recente Social Safety Perspective di Diamond & Alley (2022) e l'applicazione del modello biosociale alla popolazione TGD di Sloan e colleghi (2017), interpretano l'occultamento dell'identità di genere o il non dichiararla apertamente come una strategia impiegata dal soggetto con incongruenza per proteggersi dalle manifestazioni della stigmatizzazione applicata alle minoranze di genere. Nello specifico sarà possibile approfondire il rapporto che intercorre tra l'occultamento dell'incongruenza e tre diversi aspetti dello stigma, ossia la discriminazione, il rifiuto e la vittimizzazione.

La seconda ipotesi sostiene che l'occultamento dell'identità di genere possa essere positivamente correlato alla disregolazione emotiva.

L'innovativa Social Safety Perspective di Diamond & Alley (2022) propone l'occultamento dell'identità TGD come “esempio paradigmatico di vigilanza sulle minacce motivata dalla sicurezza” che “richiede un monitoraggio continuo di sé e degli altri volto a preservare l'accettabilità e l'inclusione sociale”. Tale controllo sistematico richiederebbe un notevole compromesso emotivo, non rimanendo a disposizione del soggetto risorse da impiegare nella gestione adattiva del proprio vissuto. Interverrebbe, secondo Sloan et al. (2017), un vero e proprio degradarsi progressivo delle capacità di coping, costantemente impiegato nel fronteggiare la stigmatizzazione pervasiva.

La terza ipotesi prevede la presenza di una correlazione positiva tra la disregolazione emotiva e il distress psicologico.

La disregolazione delle emozioni viene considerata da psichiatri e psicologici clinici come un “processo transdiagnostico” (Kring, 2008), ossia come un elemento che attraversa varie diagnosi e che, perciò, è potenzialmente esplicativo del disagio psichico, al di là delle categorie diagnostiche nelle quali quest’ultimo viene inserito. Nelle problematiche di ansia e depressione, particolarmente diffuse nella popolazione TGD (Hanna et al., 2019; Stanton et al., 2021), D’Agostino et al. (2017) riscontrano le componenti della diminuita consapevolezza emotiva e della reattività emotiva inadeguata; Cole et al. (2017), invece, associano l’ansia generalizzata e la depressione all’incapacità di porre termine ad un’emozione scarsamente adattiva. Più nello specifico della nostra trattazione, infine, Sloan et al. (2017), basando le proprie affermazioni sul modello biosociale, ritengono che l’invalidazione cronica data una società stigmatizzante possa far aumentare i livelli di eccitazione negativa fino al configurarsi di una vera e propria disregolazione emotiva pervasiva, la quale impedisce l’autogestione adattiva della propria cognizione e del proprio comportamento ed è, in tal senso, correlata a disagio psicologico.

La quarta ipotesi suggerisce che la disregolazione emotiva medi l’effetto dell’occultamento dell’identità di genere sul distress psicologico.

La letteratura riporta risultati contrastanti rispetto al ruolo che l’occultamento dell’incongruenza di genere ricopre rispetto al benessere psicologico delle persone TGD. de Vries et al. (2022) hanno individuato un’associazione positiva tra il non aver fatto coming out come persona con incongruenza di genere e il distress psicologico nei termini di depressione, ansia e stress generale. Due studi (Helsen et al., 2022; Zeluf et al., 2016) non hanno trovato correlazione alcuna tra la divulgazione dell’identità transgender e il benessere psicologico dei soggetti TGD. La ricerca di Bränström & Pachankis (2021) che ha coinvolto 28 paesi europei, invece, evidenzia come l’occultamento medi la relazione tra i maggiori livelli di stigma strutturale e una minore soddisfazione di vita; ma al contempo come sembri avere un effetto protettivo nei confronti della discriminazione quotidianamente vissuta dalle persone TGD. Celare la propria identità di genere porterebbe con sé il vantaggio di poter evitare una discriminazione che condurrebbe a livelli ancora minori di soddisfazione per la propria esistenza. Quanto teorizzato da Diamond & Alley (2022) può fornire una spiegazione alle discordanze presenti in letteratura. Dal momento in cui l’occultamento della propria identità TGD costituisce un

“monitoraggio continuo di sé e degli altri volto a preservare l'accettabilità e l'inclusione sociale” (Diamond & Alley, 2022) e ciò può richiedere notevoli compromessi emotivi, il non disvelamento dell'incongruenza di genere potrebbe generare distress psicologico esclusivamente quando comporta un progressivo degradarsi delle capacità di coping e una disregolazione emotiva pervasiva (Sloan et al., 2017).

Procediamo con la quinta ipotesi. Essa formula che la connessione con la comunità e l'orgoglio identitario siano negativamente correlati con il distress psicologico.

La connessione con la comunità e l'orgoglio identitario della persona TGD sono individuati in quanto fattori di protezione nei confronti del disagio psichico da parte di Hendricks & Testa (2012) all'interno del loro Gender Minority Stress Model e riconfermati tali da Testa et al. (2015). Matsuno & Israel (2018), allo stesso modo, collocano all'interno del proprio modello TRIM, mirato allo sviluppo della resilienza TGD, entrambi gli elementi. Le autrici riportano come percepirsi in contatto con la minoranza di cui si è parte moderi gli effetti deleteri del respingimento e sia correlata con un generale aumento del benessere mentale, oltre che con un numero inferiore di sintomi ansiosi e depressivi. Un certo orgoglio identitario, una concezione positiva della propria identità e di quella dei membri del gruppo minoritario di riferimento, invece sostiene l'autostima, elemento individuale di resilienza nei confronti delle avversità di una società fortemente stigmatizzante. A fronte di ciò, tuttavia, la recentissima meta-analisi di Wilson et al. (2024) evidenzia come gli effetti aggregati di tali fattori protettivi siano risultati meno forti rispetto agli effetti aggregati dei fattori di stress prossimali e distali sulla salute mentale (ansia e depressione) delle persone TGD.

La sesta ipotesi prevede che l'occultamento dell'identità di genere sia negativamente correlato con la connessione con la comunità e l'orgoglio identitario delle persone TGD.

Nonostante non disvelare la propria incongruenza di genere possa avere per l'individuo un effetto protettivo nei confronti della stigmatizzazione che permea la quotidianità delle persone TGD, ciò può impedire il contatto con la comunità d'appartenenza e un senso di connessione con la stessa, insieme ai vantaggi e punti di forza che ne derivano (Bränström & Pachankis, 2021). Testa et al. (2014) riportano, infatti, come soggetti con incongruenza di genere che erano stati in contatto con persone la cui condizione era la medesima durante le prime fasi di consapevolezza della propria

identità avessero accolto quest'ultima con maggiore rilassatezza rispetto a chi non ne aveva avuto l'opportunità, sviluppando minori livelli di ansia e suicidalità. Lo stesso orgoglio identitario si configura come un sentimento che deriva dal sentire di far parte di una comunità. Avere a riferimento il proprio gruppo minoritario e sperimentare, nella connessione con esso, un ambiente sicuro fornisce convalide altrimenti inaccessibili, aiuta a incrementare la stima che si ha di se stessi, per ciò che realmente si è (Meyer, 2003; Matsuno & Israel, 2018).

Per finire, la settima e ultima ipotesi sostiene che la connessione con la comunità e l'orgoglio identitario possano moderare:

- a- l'impatto negativo dello stigma nei confronti delle persone TGD sulla loro capacità di regolazione emotiva;
  
- b- l'impatto negativo dello stigma nei confronti delle persone TGD sul benessere psicologico delle stesse.

Come illustrato da Sloan e colleghi (2017), un ambiente sociale invalidante, nel quale la stigmatizzazione a cui sono sottoposti i soggetti TGD risulta sistematica, può generare una disregolazione emotiva pervasiva che impatta negativamente sul benessere psicologico. È possibile, dunque, credere che la connessione con la comunità e l'orgoglio identitario, individuati da Hendricks & Testa (2012), Testa et al. (2015), ma anche da Matsuno & Israel (2018) come fattori di resilienza, protettivi nei confronti dello stress di minoranza di genere, possano risultare un fattore ammortizzante l'impatto che lo stigma ha innanzitutto sulla disregolazione emotiva e, in secondo luogo, sul benessere psicologico. Diamond & Alley (2022), a tal proposito, riportano che solo l'esperienza di sufficienti segnali di sicurezza sociale, e quindi di connessione, inclusione e protezione, riuscirebbe a placare il nostro cervello, costantemente pronto a proteggersi dalle minacce reali o anticipate.

### **3.3. Procedure**

Il progetto ha ricevuto l'approvazione dal Comitato Etico per la Ricerca in Psicologia dell'Università di Padova (codice: 5306/2023) in linea con le indicazioni del Codice Etico dell'Associazione Italiana di Psicologia (AIP), del Codice Deontologico degli Psicologi

Italiani e della Dichiarazione di Helsinki, in modo da favorire il rispetto della protezione dei dati personali e della privacy.

L'invito a partecipare alla ricerca è stato diffuso attraverso l'utilizzo dei social media, l'affissione di locandine e la collaborazione con associazioni 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.

### **3.4. 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 selezionati, ognuno volto ad indagare differenti aspetti e costrutti. Per questa discussione sono stati esaminati solamente gli strumenti impiegati nella verifica delle ipotesi.

#### **3.4.1. Gender Minority Stress and Resilience Measure (GMSR)**

Per valutare gli aspetti dello stigma, dell'occultamento e della resilienza nelle persone TGD è stata utilizzata la Gender Minority Stress and Resilience Measure (GMSR; Testa et al., 2015).

La versione italiana dello strumento è a cura di Scandurra et al. (2020). Esso è suddiviso in 9 sottoscale e comprende diversi fattori:

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

Le sottoscale 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, 55 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.

I punteggi finali per ciascuna sottoscala sono ottenuti sommando le risposte ottenute per ciascun item della stessa, permettendo di valutare il livello di stress di minoranza e la resilienza in base ai valori ottenuti. Punteggi più alti indicano livelli più elevati nella variabile considerata. Le opzioni di risposta per gli item delle sottoscale NA, IT, ND, NE, P, CC da una scala Likert che va da 1 "fortemente in disaccordo" a 5 "completamente d'accordo".

Nello specifico della presente tesi: lo stigma è stato valutato tramite le sottoscale della Discriminazione (D), del Rifiuto (R) e della Vittimizzazione (V); l'occultamento dell'identità di genere tramite la sottoscala del Non Disvelamento (ND); la resilienza tramite le sottoscale della Connessione con la Comunità (CC) e dell'Orgoglio Identitario (P).

### **3.4.2. 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 et al. (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. In letteratura sono presenti numerose

evidenze a supporto delle buone proprietà psicometriche dello strumento (Naisanga et al., 2022)

### **3.4.3. 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 et al. (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. Sia per quanto riguarda il punteggio sulle singole sottoscale sia per quanto riguarda il punteggio totale, punteggi più alti corrispondono a maggiori livelli di disregolazione emotiva.

### **3.5. Partecipanti**

I criteri di inclusione per la partecipazione allo studio prevedevano di avere un'età compresa fra i 18 e i 35 anni, di identificarsi come persone transgender o gender diverse, di essere a conoscenza della lingua italiana scritta e parlata e di avere la capacità di fornire il consenso.

La presente ricerca è stata condotta su un campione di 92 partecipanti con età media di 23.90 anni ( $DS = 5.24$ ). La ricerca ha coinvolto 58 persone AFAB e 34 AMAB. Il campione è composto di 49 uomini transgender, 32 donne transgender e 9 soggetti che si identificano come non-binary.

## CAPITOLO QUARTO: RISULTATI

Tutte le analisi sono state condotte con il software Jamovi versione 2.3.5 (The Jamovi Project, 2024).

### 4.1. Statistiche descrittive

Per comprendere adeguatamente le caratteristiche del campione di riferimento sono state eseguite una serie di statistiche descrittive sui dati.

Il campione risulta composto da 92 partecipanti con un'età media di 23.90 anni ( $DS = 5.24$ , range = 18-35). La maggioranza dei partecipanti è stata assegnata al sesso femminile alla nascita (63.0%), il restante è stata assegnato al sesso maschile alla nascita (37.0%). I soggetti assegnati femmina alla nascita hanno un'età media di 22.60 anni, mentre i soggetti assegnati maschi alla nascita un'età media di 26.10 (rispettivamente con una  $DS$  di 4.19 e 6.09).

Per quanto riguarda l'identificazione di genere il 34.8% soggetti si identificano come donna transgender, il 53.3% come uomo transgender, il 9.8% come persona non-binary e il 2.2% come altro. Si veda la Tabella 1.

**Tabella 1.**

*Frequenze e percentuali dell'identità di genere tra i partecipanti*

Identità di genere	N	%
Uomo transgender	49	53.3
Donna transgender	32	34.8
Persona non-binary	9	9.8
Altro	2	2.2

La maggior parte dei partecipanti definisce il proprio orientamento sessuale come eterosessuale (34.4%) e bisessuale (30.0%), mentre solo una piccola parte si definisce lesbica (4.4%) e gay (3.3%). Il resto dei soggetti riferisce di essere in fase di questioning (4.4%) o dichiara di avere un orientamento altro rispetto alle opzioni fornite (23.3%). Il 47.6% di quest'ultimo gruppo si definisce pansessuale, mentre il 28.6% come asessuale.

**Tabella 2.***Frequenze e percentuali dell'orientamento sessuale tra i partecipanti*

<b>Orientamento sessuale</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Eterosessuale	31	34.4
Lesbica	4	4.4
Gay	3	3.3
Bisessuale	27	30.0
Questioning	4	4.4
Altro	21	23.3

Tutti i partecipanti sono di nazionalità italiana, salvo un soggetto che dichiara di non esserlo. La maggior parte del campione è di etnia bianca (96.7%) (Tabella 3).

**Tabella 3.***Frequenze e percentuali di etnia tra i partecipanti.*

<b>Etnia</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Bianca (caucasica, europea)	89	96.7
Asiatica	1	1.1
Ispanica o latina	2	2.2

La quasi totalità del campione vive in Veneto (91.3%), mentre il restante si divide tra Trentino Alto Adige (2.2%), Emilia-Romagna (2.2%), Friuli-Venezia Giulia (1.1%), Lombardia (1.1%) e Marche (1.1%), Abruzzo (1.1%), Per quanto riguarda la zona di residenza, la metà dei partecipanti (51.1%) abita in aree urbane, il 28.3% in aree suburbane e il 20.7% in aree rurali.

La maggioranza dei soggetti vive con la famiglia (58.1%). L'altra parte del campione è composta da chi vive da solo (13.5%), con coinquilini (10.8%), con il/la partner (6.8%) o in altre combinazioni di convivenza.

Dal punto di vista del livello di istruzione più alto completato, il campione varia significativamente. Il 58.7% dei partecipanti ha terminato la scuola superiore (secondaria

di secondo grado), il 21.7% ha completato la scuola media e il 15.2% possiede una laurea triennale. Solo il 2.2% ha completato un master, l'1.1% un dottorato di ricerca e un altro 1.1% una laurea magistrale.

Per quanto riguarda la situazione professionale: il 44.7% dei partecipanti è attualmente studente, il 23.7% lavora a tempo pieno e il 13.2% lavora part-time. Alcuni sono sia studenti che lavorano (13.2%), mentre pochi sono disoccupati (2.6%) o appartengono ad altre categorie professionali (2.6%).

Quando ai soggetti viene chiesto se soffrono di una qualche problematica fisica, emerge il seguente quadro: il 75% dei partecipanti dichiara di non avere alcuna problematica; il 15.8% dice di soffrire di una qualche problematica (vengono riferiti ad esempio ipotiroidismo, gastrite cronica, artrite, asma e cefalea); un piccolo gruppo (9,2%) preferisce non rispondere.

Infine, per quanto riguarda la salute psicologica, il 50% dei partecipanti ha dichiarato di non soffrire di alcuna problematica psicologica, il 14.5% ha preferito non esprimersi, mentre un significativo 35.5% ha riportato di soffrire di problematiche psicologiche specifiche. La depressione è emersa come la condizione più comune, menzionata dal 42% dei soggetti in questione; mentre l'ansia si è posizionata al secondo posto (22.8%); seguita dagli attacchi di panico (7.7%). Gli altri disturbi nominati includono ipocondria, dissociazione, pensieri ossessivi, disregolazione emotiva, disturbo borderline di personalità, ADHD, bipolarismo e disturbi dello spettro autistico. Alcuni soggetti hanno riportato più di una di queste condizioni contemporaneamente.

Le Tabelle 4-6 mostrano le statistiche descrittive per la scala GMSR e DERS-18.

**Tabella 4.**

*Statistiche descrittive per lo stigma (GMSR, sottoscale della Discriminazione (D), del Rifiuto (R) e della Vittimizzazione (V)) e il Distress psicologico (K10).*

<b>Variabile</b>	<b>M</b>	<b>DS</b>
Discriminazione (D)	1.63	1.29
Rifiuto (R)	2.09	1.74
Vittimizzazione (V)	2.57	1.57
Distress psicologico	26.90	11.30

**Tabella 5.**

*Statistiche descrittive per il Non disvelamento (ND), la Connessione con la Comunità (CC) e l'Orgoglio Identitario (P) (GMSR)*

<b>Variabile</b>	<b><i>M</i></b>	<b><i>DS</i></b>
Non disvelamento (ND)	12.03	5.65
Connessione con la comunità (CC)	12.52	4.63
Orgoglio identitario (P)	16.02	7.67

**Tabella 6.**

*Statistiche descrittive per la Disregolazione emotiva (DERS-18).*

<b>Variabile</b>	<b><i>M</i></b>	<b><i>DS</i></b>
Consapevolezza emotiva	7.53	3.23
Chiarezza emotiva	7.56	3.81
Comportamento diretto all'obiettivo	9.98	4.04
Controllo degli impulsi	6.20	3.46
Non accettazione	8.26	3.86
Strategie di regolazione delle emozioni	8.38	3.39
Disregolazione emotiva (totale)	49.72	14.06

### 4.3. Test delle ipotesi

Per esaminare le relazioni tra le variabili di interesse al fine di testare l'ipotesi uno è stata condotta un'analisi di correlazione di Pearson. I risultati sono presentati nella Tabella 6.

#### Tabella 7.

Matrice di correlazione tra stigma (D, R, V) e Non Disvelamento (ND)

Variabile	Discriminazione (D)	Rifiuto (R)	Vittimizzazione (V)	Non Disvelamento (ND)
Discriminazione (D)	—			
Rifiuto (R)	0.204	—		
Vittimizzazione (V)	-0.041	0.415***	—	
Non Disvelamento (ND)	0.221*	0.064	-0.028	—

Note: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

I risultati mostrano esclusivamente una correlazione significativa positiva debole tra la variabile Non Disvelamento e la sottoscala della Discriminazione ( $r = .221, p < .05$ ). Non sono presenti correlazioni significative tra il Non Disvelamento e le sottoscale del Rifiuto e della Vittimizzazione.

Per esaminare le relazioni tra le variabili di interesse al fine di testare l'ipotesi due è stata condotta un'analisi di correlazione di Pearson. I risultati sono presentati nella Tabella 8.

**Tabella 8.***Matrice di correlazione tra Non Disvelamento (ND) e Disregolazione emotiva (DERS-18)*

<b>Variabile</b>	Non divulgazione	Consapevolezza emotiva	Chiarezza emotiva	Comportamento diretto all'obiettivo	Controllo degli impulsi	Non accettazione	Strategie di regolazione delle emozioni	Disregolazione emotiva (totale)
Non divulgazione	—							
Consapevolezza emotiva	0.348***	—						
Chiarezza emotiva	0.227*	0.280**	—					
Comportamento diretto all'obiettivo	0.380***	0.402***	0.564***	—				
Controllo degli impulsi	0.325**	0.316**	0.426***	0.480***	—			
Non accettazione	0.268*	0.306**	0.599***	0.639***	0.544***	—		
Strategie di regolazione delle emozioni	0.224*	0.131	0.561***	0.673***	0.527***	0.646***	—	
Disregolazione emotiva (totale)	0.327**	0.360***	0.709***	0.771***	0.667***	0.784***	0.859***	—

Note: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

I risultati mostrano correlazioni significative positive tra la variabile del Non Disvelamento e la Disregolazione emotiva, sia nel suo punteggio complessivo ( $r = .327$ ,  $p < .01$ ), sia nelle sue sottoscale. La Non Divulgazione, infatti, è positivamente correlata alle sottoscale Consapevolezza emotiva ( $r = .348$ ,  $p < .001$ ), Chiarezza emotiva ( $r = .227$ ,  $p < .05$ ), Comportamento diretto all'obiettivo ( $r = .380$ ,  $p < .001$ ), Controllo degli impulsi ( $r = .325$ ,  $p < .01$ ), Non accettazione ( $r = .268$ ,  $p < .05$ ), Strategie di regolazioni delle emozioni ( $r = .224$ ,  $p < .05$ ).

Per esaminare le relazioni tra le variabili di interesse, al fine di testare l'ipotesi tre, è stata condotta un'analisi di correlazione di Pearson. I risultati sono presentati nella Tabella 9.

**Tabella 9.**

*Matrice di correlazione tra Distress psicologico (K10) e Disregolazione emotiva (DERS-18)*

Variabile	Distress psicologic o	Consapevo lezza emotiva	Chiare zza emotiv a	Comporta mento diretto all'obiettiv o	Contr ollo degli impul si	Non accettaz ione	Strategi e di regolazi one delle emozio ni	Disregola zione emotiva (totale)
Distress psicologic o	—							
Consapevo lezza emotiva	0.331** *	—						
Chiarezza emotiva	0.632** *	0.280**	—					
Comporta mento diretto all'obiettiv o	0.666** *	0.402***	0.564* **	—				
Controllo degli impulsi	0.485** *	0.316**	0.426* **	0.480***	—			

Non accettazion e	0.602** *	0.306**	0.599* **	0.639***	0.544* **	—	
Strategie di regolazion e delle emozioni	0.709** *	0.131	0.561* **	0.673***	0.527* **	0.646***	—
Disregolaz ione emotiva (totale)	0.662** *	0.360***	0.709* **	0.771***	0.667* **	0.784***	0.859** *

Note: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

I risultati mostrano correlazioni significative positive da forti a moderate tra la variabile del Distress psicologico e la Disregolazione emotiva. La correlazione tra Distress psicologico e Disregolazione emotiva nel suo punteggio complessivo è forte ( $r = .662$ ,  $p < .001$ ), così come quella con le sottoscale Chiarezza emotiva ( $r = .632$ ,  $p < .001$ ), Comportamento diretto all'obiettivo ( $r = 0.666$ ,  $p < .001$ ), Non accettazione ( $r = .602$ ,  $p < .001$ ) e Strategie di regolazione delle emozioni ( $r = .709$ ,  $p < .001$ ). Le correlazioni tra Distress psicologico e Consapevolezza emotiva da una parte e Controllo degli impulsi dall'altra sono tra deboli e moderate (rispettivamente  $r = .331$ ,  $p < .001$ ;  $r = 0.485$ ,  $p < .001$ ).

Per esaminare le relazioni tra le variabili di interesse, al fine di testare l'ipotesi quattro, è stata condotta un'analisi di mediazione, con il Non Disvelamento come variabile indipendente, il Distress psicologico come variabile dipendente e come mediatore la Disregolazione emotiva. I risultati sono presentati nella Tabella 10 e riportati graficamente nel Diagramma 1.

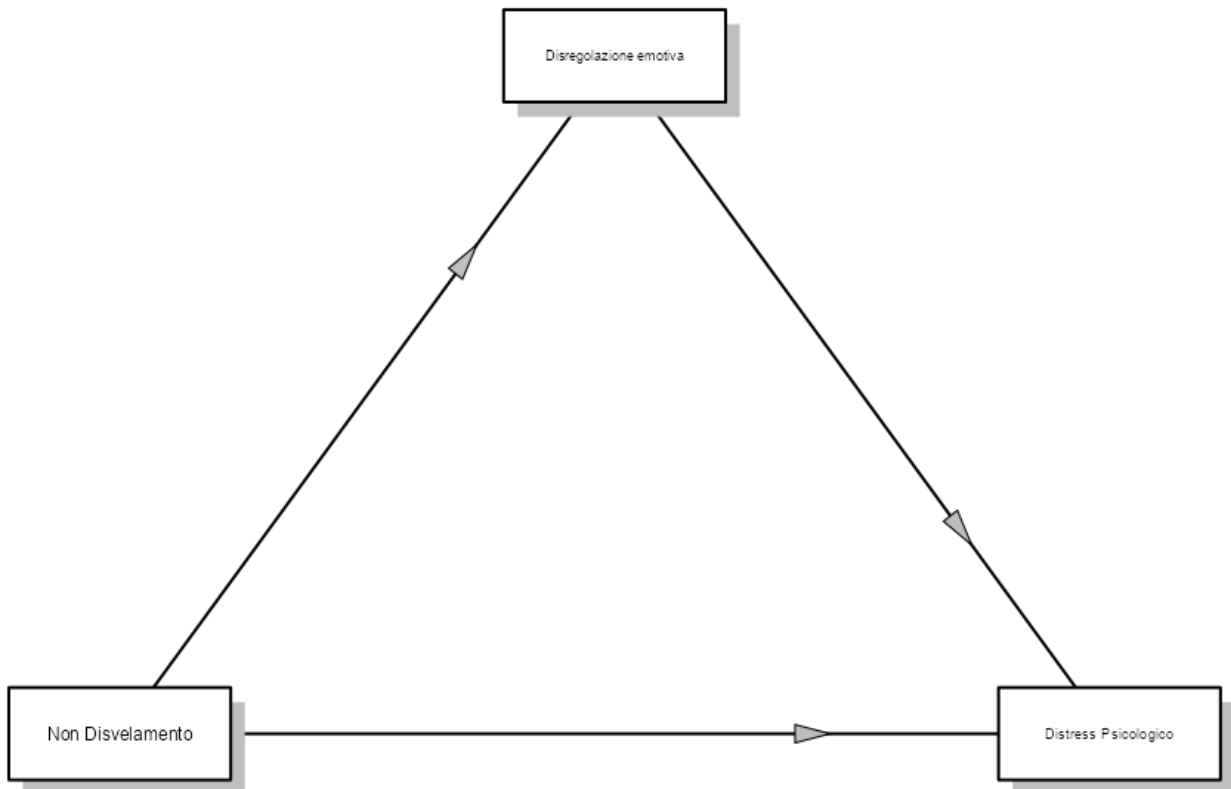
**Tabella 10.**

*Analisi mediazione con il Non Disvelamento (ND) come variabile indipendente, il Distress psicologico (K10) come variabile dipendente e la Disregolazione emotiva (DERS-18) come variabile mediatrice*

<b>Tipologia</b>	<b>Effetto</b>	<b>Stima</b>	<b>ES</b>	<b>Limite inferiore</b>	<b>Limite superiore</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>z</b>	<b>p</b>
Indiretto	Punteggio ND ⇒ Disregolazione Emotiva ⇒ Distress psicologico	0.396	0.1334	0.135	0.658	0.2100	2.970	0.003
Componente	Punteggio ND ⇒ Disregolazione emotiva	0.871	0.2698	0.342	1.400	0.3271	3.228	0.001
	Disregolazione emotiva ⇒ Distress psicologico	0.455	0.0600	0.337	0.573	0.6422	7.577	<.001
Diretto	Punteggio ND ⇒ Distress psicologico	0.115	0.1599	-0.198	0.429	0.0611	0.721	0.471
Totale	Punteggio ND ⇒ Distress psicologico	0.693	0.1967	0.308	1.079	0.3467	3.526	<.001

### Diagramma 1.

Modello di mediazione ipotizzato con il Non Disvelamento (ND) come variabile indipendente, il Distress psicologico (K10) come variabile dipendente e la Disregolazione emotiva (DERS-18) come variabile mediatrice



L'effetto totale del Non Disvelamento sul Distress psicologico è significativo e positivo ( $\beta = 0.347$ ,  $ES = 0.197$ ,  $p < .001$ ). L'effetto diretto del Non Disvelamento sul Distress psicologico, tuttavia, non risulta significativo ( $\beta = 0.061$ ,  $ES = 0.160$ ,  $p = .471$ ). La relazione indiretta tra il Non Disvelamento e Distress psicologico attraverso il mediatore Disregolazione emotiva risulta essere significativa ( $\beta = 0.210$ ,  $ES = 0.133$ ,  $p = .003$ ). La mediazione è totale, la Disregolazione emotiva spiega in maniera completa tutta la varianza condivisa tra Non Disvelamento e Distress psicologico.

Per esaminare le relazioni tra le variabili di interesse al fine di testare l'ipotesi cinque è stata condotta un'analisi di correlazione di Pearson. I risultati sono presentati nella Tabella 11.

**Tabella 11.**

*Matrice di correlazione tra Distress psicologico (K10), Orgoglio Identitario (P) e Connessione con la Comunità (CC)*

<b>Variabile</b>	Orgoglio identitario (P)	Connessione con la comunità (CC)	Distress psicologico
Orgoglio identitario (P)	—		
Connessione con la comunità (CC)	0.438***	—	
Distress psicologico	-0.033	0.114	—

*Note: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$*

I risultati non evidenziano correlazioni significative né tra il Distress psicologico e l'Orgoglio Identitario (P), né tra il Distress psicologico e la Connessione con la Comunità (CC).

Per esaminare le relazioni tra le variabili di interesse al fine di testare l'ipotesi sei è stata condotta un'analisi di correlazione di Pearson. I risultati sono presentati nella Tabella 12.

**Tabella 12.**

*Matrice di correlazione tra Non Disvelamento (ND), Orgoglio Identitario (P) e Connessione con la Comunità (CC)*

<b>Variabile</b>	Orgoglio identitario (P)	Connessione con la comunità (CC)	Non Disvelamento (ND)
Orgoglio identitario (P)	—		
Connessione con la comunità (CC)	0.438***	—	
Non disvelamento (ND)	-0.260*	0.113	—

*Note: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$*

L'analisi di correlazione tra le variabili in esame lascia emergere una correlazione significativa debole e negativa tra il Non Disvelamento e l'Orgoglio Identitario ( $r = -.260$ ,  $p < .05$ ). Non emergono invece correlazioni significative tra il Non Disvelamento e la Connessione con la Comunità.

Per esaminare le relazioni tra le variabili di interesse, al fine di testare l'ipotesi sette, sono state condotte due analisi di regressione lineare, riportate nelle tabelle 15 e 16. La prima ha valutato l'effetto moderatore della Connessione con la Comunità e dell'Orgoglio Identitario sulla relazione tra Discriminazione e Rifiuto da una parte e Distress psicologico dall'altra; la seconda l'effetto moderatore della Connessione con la Comunità e dell'Orgoglio Identitario sulla relazione tra Discriminazione e Rifiuto da una parte e Disregolazione emotiva dall'altra. In entrambi i casi non è stata considerata la componente Vittimizzazione dello Stigma. Ciò poiché, in base a due analisi di correlazione preventivamente effettuate e riportate nelle tabelle 13 e 14, non emergeva alcuna relazione significativa né tra la Vittimizzazione e il Distress psicologico, né tra la Vittimizzazione e la Disregolazione emotiva.

**Tabella 13.***Matrice di correlazione tra stigma (D, V, R) e Distress psicologico (K10)*

<b>Variabile</b>	Discriminazione (D)	Rifiuto (R)	Vittimizzazione (V)	Distress psicologico
Discriminazione (D)	—			
Rifiuto (R)	0.204	—		
Vittimizzazione (V)	-0.041	0.415***	—	
Distress psicologico	0.234*	0.328**	0.182	—

*Note: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$* **Tabella 14.***Matrice di correlazione tra stigma (discriminazione, vittimizzazione e rifiuto) e Disregolazione emotiva (DERS-18)*

<b>Variabile</b>	Discriminazione (D)	Rifiuto (R)	Vittimizzazione (V)	Disregolazione emotiva
Discriminazione (D)	—			
Rifiuto (R)	0.204	—		
Vittimizzazione (V)	-0.041	0.415***	—	
Disregolazione emotiva	0.289**	0.263*	0.174	—

*Note: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$*

**Tabella 15.**

*Analisi di regressione lineare che valuta l'effetto moderatore della Connessione con la Comunità (CC) e dell'Orgoglio Identitario (P) sulla relazione tra Discriminazione (D) e Rifiuto (R) da una parte e Distress psicologico dall'altra*

<b>Predittore</b>	<b>B</b>	<b>ES</b>	<b>t</b>	<b>P</b>
Intercetta	30.6239	6.9937	4.3788	<.001
Punteggio D	0.5048	2.8271	0.1785	0.859
Punteggio R	0.1840	2.1547	0.0854	0.932
Punteggio CC	5.11e-4	0.5307	9.64e-4	0.999
Punteggio P	-0.5833	0.2990	-1.9512	0.054
Punteggio D * Punteggio CC	-0.0712	0.2267	-0.3141	0.754
Punteggio R * Punteggio CC	0.0323	0.1759	0.1839	0.855
Punteggio D * Punteggio P	0.1078	0.1173	0.9193	0.361
Punteggio R * Punteggio P	0.0860	0.0973	0.8838	0.379

I risultati non evidenziano alcun effetto moderatore né da parte della Connessione con la Comunità né da parte dell'Orgoglio Identitario nella relazione tra la Discriminazione e il Rifiuto da un lato e il Distress psicologico dall'altro.

**Tabella 16.**

*Analisi di regressione lineare con interazione che valuta l'effetto moderatore della connessione con la comunità (CC) e dell'orgoglio identitario (P) sulla relazione tra discriminazione (D) e rifiuto (R) da una parte e disregolazione emotiva dall'altra*

<b>Predittore</b>	<b>B</b>	<b>ES</b>	<b>t</b>	<b>P</b>
Intercetta	64.52313	9.564	6.74654	<.001
Punteggio D	-3.65892	3.616	-1.01184	0.315
Punteggio R	0.96042	2.754	0.34879	0.728
Punteggio CC	-0.58979	0.714	-0.82651	0.411
Punteggio P	-0.90764	0.387	-2.34454	0.022
Punteggio D * Punteggio CC	0.37326	0.302	1.23413	0.221
Punteggio R * Punteggio CC	-0.00210	0.226	-0.00932	0.993
Punteggio D * Punteggio P	0.11100	0.152	0.73228	0.466
Punteggio R * Punteggio P	0.02708	0.123	0.21944	0.827

I risultati non evidenziano alcun effetto moderatore né da parte della Connessione con la Comunità né da parte dell'Orgoglio Identitario nella relazione tra la Discriminazione e il Rifiuto da un lato e il Disregolazione emotiva dall'altro.

## CAPITOLO QUINTO: DISCUSSIONE

### 5.1. Discussione

In questo capitolo verranno discussi i risultati ottenuti dall'analisi dei dati raccolti, verificando le ipotesi dello studio e confrontandoli con la letteratura esistente. Le sette ipotesi formulate nello studio sono state esaminate utilizzando analisi di correlazione, mediazione e regressione, con l'obiettivo di comprendere meglio il ruolo dell'occultamento dell'identità di genere e della disregolazione emotiva sul benessere psicologico di un campione di individui transgender e gender diverse. Di seguito viene discussa ogni ipotesi nel dettaglio.

La prima ipotesi, la quale sosteneva una correlazione positiva tra lo stigma e l'occultamento dell'identità di genere, è stata confermata in parte. I risultati lasciano emergere una correlazione positiva tra l'occultamento e la sottoscala della Discriminazione, ma non tra l'occultamento e le sottoscale del Rifiuto e della Vittimizzazione.

Proponiamo innanzitutto una possibile interpretazione delle differenze emerse nei risultati delle tre sottoscale indicanti lo stigma e utilizziamo a questo scopo il Modello Ecologico-Sociale di Hughto et al. (2015). Prendendo in considerazione gli item della sottoscala "Discriminazione" (per esempio "Ho avuto difficoltà ad accedere a trattamenti medici o psicologici (relativi alla transizione o ad altro) a causa della mia identità o espressione di genere" oppure "Ho avuto delle difficoltà ad ottenere i documenti di identità che corrispondessero alla mia identità di genere") possiamo notare come essa riguardi maggiormente quegli aspetti che gli autori identificano come stigma strutturale. Si tratta dell'insieme di ostacoli posti in essere dalle norme socio-culturali e dalle istituzioni, le quali arrivano a negare opportunità, risorse e, quindi, diritti fondamentali alle persone TGD. Gli item delle sottoscale "Rifiuto" (ad esempio "Ho avuto difficoltà a trovare un\* partner oppure una mia relazione di coppia è finita a causa della mia identità o espressione di genere" oppure "Sono stat\* allontanat\* da scuola o dal lavoro a causa della mia identità o espressione di genere") e "Vittimizzazione" (per esempio "Sono stat\* verbalmente molestat\* o deris\* a causa della mia identità o espressione di genere" oppure "Ho subito contatti sessuali contro la mia volontà a causa della mia identità o espressione

di genere”), invece, colgono aspetti che sono più facilmente accostabili al livello interpersonale del modello. Tale livello indica il riverberarsi dello stigma strutturale sulle condotte che i singoli individui agiscono nei confronti dei soggetti con incongruenza di genere. È possibile credere, in conclusione, che l’occultamento dell’identità di genere funga da strumento di protezione, ma che esso venga messo in atto dal momento in cui la persona TGD percepisce una discriminazione strutturale, piuttosto che un rifiuto o una vittimizzazione, le quali si configurano a livello interpersonale.

È importante sottolineare, in secondo luogo, come la correlazione tra discriminazione e occultamento, non implicando causazione, possa riguardare anche il principio opposto, per cui il celare la propria identità di genere da parte dei soggetti TGD potrebbe contribuire ad aumentare i tassi di discriminazione strutturale. Sloan et al. (2017) sostengono, infatti, che tentare di nascondere l’incongruenza di genere, sia che si tratti di auto-invalidare il proprio vissuto soggettivo sia che si tenti attraverso manifestazioni emotive estreme e standard perfezionistici di passare per individui cisgender, aumenti l’invalidazione da parte della società. Questi comportamenti porterebbero a rafforzare i ruoli di genere tradizionali in una società che, non trovando termini d’opposizione alla cisonormatività, continuerebbe ad essere incentivata nel non riconoscere, comprendere e legittimare le esperienze TGD.

La seconda ipotesi, secondo cui l’occultamento dell’identità di genere sarebbe positivamente correlato con la disregolazione emotiva, risulta pienamente confermata. Il non disvelamento dell’identità TGD, infatti, non soltanto correla positivamente con la disregolazione emotiva totale, ma anche con tutti i singoli aspetti che ne evidenziano la presenza. Tali risultati avallano l’innovativa Prospettiva della Sicurezza Sociale di Diamond & Alley (2022) e l’applicazione del modello biosociale di Sloan et al. (2017). La scelta del disvelare o meno la propria identità di genere non viene compiuta all’interno di un vuoto sociale, al contrario richiede di valutare se le condizioni esterne consentano di rivelarsi in sicurezza, senza reazioni particolarmente avverse per il soggetto TGD (Pellicane & Ciesla, 2022). Ebbene, all’interno di una società fortemente discriminante, che invalida quotidianamente il vissuto delle minoranze di genere e che non si dimostra disponibile a fornire loro la possibilità di un’esistenza sicura, l’occultamento della propria identità costituirebbe un dispositivo di protezione da tali minacce. La persona con incongruenza di genere spesso modifica il proprio aspetto o il proprio linguaggio, non

utilizza i bagni pubblici e tiene sotto controllo il comportamento e il modo di esprimersi delle altre persone. Un tale “monitoraggio continuo di sé e degli altri volto a preservare l'accettabilità e l'inclusione sociale” (Diamond & Alley, 2022), tuttavia, se inizialmente può rappresentare una modalità adattiva, che garantisce la soddisfazione della fondamentale motivazione umana all'appartenere, quando mantenuto nel tempo comporta un notevole compromesso emotivo. Lo stato di allerta costante e prolungato, infatti, si configura come un'iperattivazione (*iperarousal*) che lascia a disposizione dell'individuo un minor numero di risorse attentive ed energetiche rispetto a quelle utilizzabili durante lo stato di calma; gli impedisce in tal modo un uso flessibile delle strategie di regolazione emotiva in suo possesso.

La terza ipotesi, la quale prevedeva che la disregolazione emotiva correlasse positivamente con il distress psicologico, si rivela anch'essa pienamente confermata. Sono emerse, infatti, correlazioni positive forti tra il distress psicologico e la disregolazione emotiva, sia nel suo punteggio complessivo sia nelle componenti del comportamento diretto all'obiettivo, della non accettazione e delle strategie di regolazione delle emozioni. Il legame positivo rilevato tra il distress psicologico e la consapevolezza emotiva è moderato e, infine, una correlazione positiva debole caratterizza il rapporto tra distress psicologico e controllo degli impulsi. Come affermato da Kring, (2008) la disregolazione delle emozioni è un processo transdiagnostico potenzialmente esplicativo del disagio psichico. È possibile, dunque, credere che i soggetti TGD vadano incontro a problematiche psicologiche con maggior frequenza rispetto alla popolazione cisgender poiché sperimentano una disregolazione emotiva pervasiva. Quest'ultima sarebbe data dal rapporto con una società altamente invalidante l'identità transgender (Sloan et al., 2017). Far fronte a un contesto che fin troppo spesso nega, rifiuta o aggredisce il proprio vissuto soggettivo può far aumentare i livelli di *arousal* fino al punto in cui risulta difficile un'autogestione adattiva della cognizione e del comportamento. In tale condizione i vissuti di tristezza, rabbia, senso di colpa e vergogna sono così frequenti, intensi e duraturi da rappresentare una sofferenza fonte di impedimento nella vita quotidiana della persona TGD (Sloan et al., 2017).

La quarta ipotesi, la quale riguardava l'effetto della disregolazione emotiva come mediatore tra l'occultamento dell'identità di genere e il distress psicologico, trova riscontro nei risultati ottenuti.

Tali evidenze possono rappresentare un sostegno per quella che vuole essere una spiegazione alternativa al rapporto intercorrente tra il nascondimento della propria identità di genere e il benessere psicologico.

In letteratura, come abbiamo visto, esistono risultati contrastanti riguardo all'effetto dell'occultamento sulla salute mentale dei soggetti transgender e gender diverse. Alcuni studi individuano un'associazione positiva tra il non aver fatto coming out come persona con incongruenza di genere e il distress psicologico (de Vries et al., 2022); altri non trovano correlazione alcuna tra la divulgazione dell'identità transgender e il benessere psicologico dei soggetti TGD (Zeluf et al., 2016; Helsen et al., 2022); altri ancora evidenziano una relazione tra l'occultamento e una minore soddisfazione di vita, sebbene esso protegga al contempo dalla discriminazione (Bränström & Pachankis, 2021). L'idea più accreditata in letteratura quando viene rilevata una correlazione tra l'occultamento e il disagio psicologico è che l'occultamento tenda a impedire il contatto con la comunità minoritaria di riferimento, ostacolando in tal modo la possibilità di usufruire di una fondamentale risorsa di coping e resilienza (Hendricks & Testa, 2012). Celarsi, infatti, è un'arma di difesa dalla stigmatizzazione ma scegliere di non divulgare la propria identità può impedire il confronto con chi vive la propria stessa condizione, bloccando il sostegno che ne deriva, oltre che rendere difficoltoso l'accesso alle cure di affermazione di genere (Bränström & Pachankis, 2021).

Ebbene è l'elemento della disregolazione emotiva che può fornire una chiave di lettura valida a spiegare le contrastanti risultanze presenti in letteratura. Il disagio psicologico legato all'occultamento della propria identità sembrerebbe manifestarsi soltanto nel momento in cui si instaura nel soggetto una disregolazione emotiva. Prendiamo a riferimento quanto esposto nella Prospettiva della Sicurezza Sociale di Diamond & Alley (2022) e nell'applicazione del modello biosociale alla popolazione TGD di Sloan et al. (2017). Celare la propria incongruenza di genere, vivere costantemente impegnati ad automonitorare il proprio modo di esprimersi, atteggiarsi, vestirsi, ma anche evitare il racconto di alcune esperienze di vita o non recarsi in determinati ambienti per evitare episodi di discriminazione, costituiscono ipervigilanza. Tale ipervigilanza, tipica di un contesto in cui l'individuo TGD non percepisce sicurezza sociale, comporta sul lungo termine un notevole compromesso a livello emotivo. La persona, infatti, impegnata a mantenere sempre alto il proprio stato di allerta, arriva ad un

certo punto a non poter più dedicare le proprie risorse alla salutare comprensione, accettazione e gestione di ciò che prova. Tutte le sue energie sono dedicate nell'attività di controllo. Una corretta regolazione del vissuto emotivo, che consente di rispondere alle proprie esperienze con flessibilità e di interagire in maniera dinamica e socialmente adeguata con l'ambiente (Gross, 2015), diviene difficoltosa. La strategia di protezione costituita dall'occultamento dell'identità di genere, dunque, si rivela fallimentare e dannosa per il benessere psicologico dal momento in cui si instaura disregolazione emotiva. I livelli di arousal aumentano al punto da impedire un'autogestione adattiva della propria cognizione e del proprio comportamento e tutto ciò caratterizza il disagio psichico in maniera transdiagnostica. (D'agostino et al., 2017; Kring, 2008; Thompson, 2019).

Procedendo nell'interpretazione dei nostri risultati, prendiamo ora in considerazione l'ipotesi cinque, la quale sosteneva una correlazione negativa tra il distress psicologico da una parte e la connessione con la comunità e l'orgoglio identitario dall'altra. Le analisi effettuate non rispecchiano quanto atteso. Il contatto con la comunità minoritaria di riferimento e l'orgoglio per la propria identità TGD non sembrano essere fattori protettivi nei confronti del disagio psicologico.

Nonostante il celebre Gender Minority Stress Model di Hendricks & Testa (2012) consideri le due componenti come elementi che, in quanto fonte di resilienza, moderano l'effetto deleterio delle ostilità verso i soggetti TGD, già Matsuno & Israel (2018) avevano descritto la capacità delle persone transgender e gender diverse di far fronte alle avversità come maggiormente diversificata. È possibile, dunque, che altre fonti di forza, come ad esempio il sostegno della famiglia o degli amici, abbiano una maggior influenza sul benessere psicologico.

Uno studio di Bowling et al. (2020) fornisce poi un interessante spunto di riflessione sulla connessione con la comunità. I partecipanti, pur descrivendo l'impatto positivo che il contatto con altre persone TGD ha sulla loro vita, ne riferiscono alcuni aspetti negativi. Ascoltare le storie di chi sperimenta le proprie stesse battaglie ogni giorno, come l'essere rifiutati dalla famiglia o l'essere stigmatizzati, può risvegliare emozioni spiacevoli vissute in prima persona, generando così disagio psicologico. In secondo luogo far parte di un gruppo di persone TGD ed esporsi in tal modo in pubblico può aumentare il livello di discriminazione subita. È possibile, dunque, che gli effetti benefici della connessione con la comunità possano essere ridimensionati dalle dinamiche appena osservate.

Giungiamo ora alla sesta ipotesi, la quale supponeva che sarebbe emersa una correlazione negativa tra l'occultamento da una parte e la connessione con la comunità e l'orgoglio identitario dall'altra. I risultati ottenuti evidenziano esclusivamente una correlazione negativa debole dell'occultamento con l'orgoglio identitario.

Sembrerebbe, dunque, che contrariamente a quanto sostenuto in letteratura (Hendricks & Testa, 2012), il celare la propria identità TGD non sia connesso con una difficoltà di contatto con la propria comunità di riferimento. Nonostante la persona con incongruenza di genere scelga di non rivelare la propria identità o la celi attivamente, potrebbe ugualmente sentire di appartenere a una comunità. Ciò può avvenire attraverso la consultazione di siti web specificatamente dedicati o tramite l'uso dei social network (come ad esempio Facebook, Instagram e TikTok), dove non è strettamente necessario comunicare i propri dati anagrafici reali, utilizzando magari nickname e/o foto di fantasia. Internet costituisce una risorsa cruciale per le persone con incongruenza di genere: i media online, infatti, forniscono una serie di rappresentazioni dell'identità TGD che diviene sempre più variegata e positiva. Aumenta in tal modo il numero di risorse a disposizione del soggetto, nonché la sua possibilità di contatto con la comunità di riferimento (Heinz, 2012) e ciò è particolarmente vero per coloro che non hanno ancora rivelato la propria identità TGD (Mallon, 2009).

Un discorso diverso va fatto per l'orgoglio verso la propria identità di genere, per cui le evidenze confermano quanto supposto. Non poter rivelare chi realmente si sente di essere sembrerebbe ostacolare la possibilità di essere fieri di sé, della peculiarità della propria esperienza rispetto a quella della maggioranza. È possibile pensare che, al contrario di ciò che avviene per il contatto con la comunità, l'orgoglio, affinché cresca, necessiti di un attivo riconoscimento da parte di chi circonda l'individuo TGD e più in generale da parte della società. Coloro che occultano la propria identità difficilmente si recano ad eventi di piazza, come ad esempio la manifestazione del Pride, e per questo potrebbero avere maggiore difficoltà nel sentirsi orgogliosi della propria unicità e nell'interpretarla come fonte di ricchezza anziché come motivo di sofferenza.

Per concludere passiamo al vaglio l'ipotesi sette, che si compone di due sottoipotesi. La prima sosteneva che la connessione con la comunità e l'orgoglio identitario potessero moderare la relazione tra lo stigma e la disregolazione emotiva. La seconda considerava la comunità e l'orgoglio identitario come possibili moderatori tra lo

stigma e il distress psicologico. Premettendo che sono stati considerati come rappresentativi dello stigma esclusivamente la Discriminazione e il Rifiuto, in entrambi i casi non sono emerse evidenze a conferma di quanto supposto.

Proviamo a fornire una probabile spiegazione di questi risultati, anche in virtù di quanto emerso dalle precedenti analisi. È possibile che né la connessione con la comunità né l'orgoglio identitario moderino l'effetto dello stigma sulla disregolazione emotiva da una parte e sul distress psicologico dall'altra, poiché entrambi gli elementi potrebbero non costituirsi come fattori particolarmente protettivi nei confronti del distress psicologico. Abbiamo più volte ribadito, trovandone conferma anche all'ipotesi tre, come il distress psicologico sia strettamente interconnesso alla disregolazione emotiva: ebbene, il contatto con persone che condividono la propria stessa condizione TGD e l'essere fieri della propria identità se non influenza particolarmente i livelli di distress psicologico di conseguenza difficilmente può influenzare la capacità di autoregolazione emotiva dell'individuo.

Il modello TRIM di Matsuno & Israel (2018) propone molti altri fattori che sono fonte di resilienza e coping per il soggetto TGD. Le autrici nominano, certo, l'appartenenza alla comunità ma la considerano in particolare come un possibile sostituto quando la persona con incongruenza di genere non riceve il sostegno della famiglia. Quest'ultimo elemento è considerato talmente rilevante per il benessere psicologico dell'individuo TGD che viene distinto dal sostegno sociale più generale, inteso come il supporto dato anche da amici e persone significative.

## **5.2. Limiti e prospettive future**

Al fine di fornire un quadro completo e critico del lavoro svolto, si ritiene opportuno evidenziare i principali limiti metodologici e concettuali della presente ricerca.

Il primo limite consiste nel metodo di campionamento utilizzato. I partecipanti alla ricerca hanno completato il questionario proposto su base volontaria, cogliendo l'invito che è stato diffuso attraverso l'utilizzo di social media, l'affissione di locandine e la collaborazione con associazioni del territorio. Il campione, dunque, non può essere

considerato rappresentativo della popolazione TGD tra i 18 e i 35 anni a conoscenza della lingua italiana (parlata e scritta) e in grado di esprimere consenso.

Il secondo limite riguarda la stratificazione del campione. Essa appare disomogenea sotto diversi aspetti. L'assegnazione del sesso alla nascita vede 58 soggetti AFAB e 34 soggetti AMAB. Per quanto riguarda l'identità di genere, le persone binarie (53.3% uomini transgender e 34.8% donne transgender) sono nettamente sovrarappresentate in quanto costituiscono l'88.1% del campione, in confronto al 9.8% delle persone non binarie. Allo stesso modo accade per la suddivisione secondo l'orientamento sessuale: i soggetti eterosessuali sono il 34.4%, le persone bisessuali il 30.0%, mentre gli uomini gay soltanto il 3.3% e le donne lesbiche il 4.4%. Il 58.7% del campione ha terminato la scuola superiore, mentre soltanto il 15.2 possiede una laurea triennale e l'1.1% una laurea magistrale. La situazione professionale, infine, vede il 44.7% dei partecipanti come ancora studente, il 36.9% impegnato in un lavoro (part-time o full-time) e soltanto il 2.6% come disoccupato.

Studi futuri potranno replicare le analisi condotte nella presente ricerca su un campione più omogeneamente stratificato. In particolare potrebbe essere interessante porre a confronto persone binarie e non binarie, per cui la gestione dell'occultamento dell'identità di genere sembra avere modalità differenti.

Il terzo limite della ricerca si collega alla tipologia di questionario proposta. Si tratta di un questionario self-report il quale può generare in chi lo compila: bias di risposta; problematiche legate alla lunghezza, come l'affaticamento e il calo alla motivazione; difficoltà di interpretazione delle domande. Anche una scarsa capacità introspettiva del soggetto può influenzare le risposte fornite.

Il quarto limite coinvolge il mancato approfondimento di aspetti salienti riguardanti la capacità di resilienza della popolazione TGD. Al fine di misurare tale costrutto sono state impiegate le scale della Connessione con la Comunità (CC) e dell'Orgoglio Identitario (P) presenti nello strumento GMSR (Testa et al., 2015). Matsuno e Israel (2018) evidenziano, tuttavia, numerosi altri elementi che vanno a comporre la capacità di far fronte alle avversità della persona TGD. Il più importante sembra essere il sostegno familiare.

Studi futuri potranno valutare il ruolo moderatore di questa variabile sull'effetto che lo stigma ha nei confronti della disregolazione emotiva e del distress psicologico tra le persone TGD. È noto, infatti, come pratiche familiari supportive siano correlate a una migliore regolazione emotiva e a un numero inferiore di sintomi di ansia e depressione nei giovani (Chu Lin et al., 2024).

Il quinto e ultimo limite del presente studio è dato dall'utilizzo di un unico metodo d'analisi delle variabili considerate.

In particolar modo per la connessione con la comunità e l'orgoglio identitario sarebbe auspicabile che studi futuri costruissero un progetto di ricerca multi-metodo (ad esempio utilizzando sia questionari che interviste) per comprendere al meglio la composizione di questi costrutti e il loro valore protettivo nei confronti del distress psicologico della popolazione TGD. Abbiamo visto, ad esempio, come la connessione con la comunità, oltre ad avere risvolti positivi sulla vita delle persone con incongruenza di genere, possa riservare loro ripercussioni negative quali l'aumento della discriminazione o il rivivere emozioni spiacevoli attraverso il racconto altrui (Bowling et al., 2020)

Studi futuri, tramite approfondimenti del suddetto tipo, potrebbero approfondire anche il legame che intercorre tra la connessione con la comunità e l'orgoglio identitario da una parte e l'occultamento dell'identità di genere dall'altra. Sarebbe opportuno comprendere quanto per il soggetto TGD sia possibile sentirsi connesso alla propria comunità anche senza disvelare la propria identità, magari tramite l'uso dei social network, e quanto invece possa essere necessario dichiararsi per sentirsi orgogliosi della propria identità.

### **5.3. Conclusioni**

Il presente elaborato ha indagato il ruolo che l'occultamento dell'identità di genere e la regolazione emotiva hanno sul benessere psicologico delle persone transgender e gender diverse.

È emerso quanto la scelta di non disvelare la propria identità da parte della persona TGD sia connessa a una società discriminante sul piano culturale, giuridico, istituzionale. A sua volta, tuttavia, celare l'incongruenza di genere come reazione di tutela a una società che strutturalmente fatica a concepire l'esistenza della minoranza TGD può alimentare

ulteriormente la discriminazione. Se la maggioranza non si trova obbligata a confrontarsi con le esperienze e i bisogni delle persone TGD, questi potranno continuare a rimanere ignorati e delegittimati.

È stato rilevato, inoltre, come l'occultamento dell'identità di genere, seppure si riveli una strategia di gestione della discriminazione inizialmente adattiva, se portato avanti a lungo, possa assumere la forma dell'ipervigilanza e della disregolazione emotiva, con conseguenze negative sul benessere psicologico della persona TGD. Mantenere sempre alto il proprio stato di allerta rende difficoltoso dedicare risorse alla salutare comprensione, accettazione e gestione di ciò che si prova e una tale gestione scarsamente flessibile delle strategie di regolazione emotiva conduce a disagio psicologico. L'individuo non è più in grado di interagire in maniera dinamica e socialmente adeguata con l'ambiente che lo circonda.

In base a quanto emerso, al fine di migliorare il benessere psicologico della popolazione TGD è possibile pensare all'utilizzo di due tipologie di intervento.

Sono necessari, innanzitutto, interventi a livello strutturale. È fondamentale che la legislazione nazionale e internazionale tuteli la persona con incongruenza di genere in tutti quegli ambienti che fanno parte del suo quotidiano. Le opportunità e il trattamento dovrebbero essere equi in ambiti come il lavoro, la sfera educativa e la sanità. Pari diritti e doveri consentirebbero così una serena esperienza sociale della minoranza TGD. Ricordiamo come in Italia, nonostante esistano leggi come la n. 67/2006, che tutela le persone con disabilità e vittime di discriminazione, o il D.l. 150/2011, che fornisce una protezione importante per chi subisce discriminazioni sul luogo di lavoro, nel 2021 non sia stato approvato dal Senato il cosiddetto "Ddl Zan". Tale disegno di legge era stato proposto al fine di contrastare l'omobitansfobia, l'abilismo e la misoginia; nella fattispecie degli articoli 7-10 esso mirava proprio alla riduzione della violenza attraverso azioni di carattere culturale e istituzionale.

In secondo luogo, il benessere della persona TGD che non desidera disvelare la propria identità di genere potrebbe essere migliorato o mantenuto attraverso un intervento che si collochi sul versante individuale. Un percorso di psicoterapia può insegnare all'individuo TGD come gestire le emozioni intense date dalla costante invalidazione subita e come abbassare lo stato di allerta continuo a cui viene costretto per

tutelarsi. Sloan et al. (2017) propongono come valida a tal fine la terapia dialettico comportamentale (DBT). Quest'ultima nasce per il trattamento della disregolazione emotiva nelle persone con disturbo borderline di personalità, ma può essere fruttuosa anche in altre condizioni, come quella dell'incongruenza di genere.



## Bibliografia

Afifi, W. A., & Afifi, T. D. (2020). The relative impacts of disclosure and secrecy: the role of (perceived) target response. *Current opinion in psychology*, 31, 94–98. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.08.015>

American Psychiatric Association (1980), *DSM-III. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association (1987), *DSM-III-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised*, American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association (1994), *DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*, American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association (2000), *DSM-IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*, American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association (2013), *DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*, American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association (2022), *DSM-5-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision*, American Psychiatric Press.

Andrews, G., & Slade, T. (2001). Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale (K10). *Australian and New Zealand journal of public health*, 25(6), 494–497. <https://doi.org/10.1111/j.1467-842x.2001.tb00310.x>

Bancroft, L. (2009), *Human sexuality and its problems* (3. Ed.), Churchill Livingstone Elsevier.

Barnhart, W. R., Buelow, M. T., & Trost, Z. (2019). Effects of acute pain and pain-related fear on risky decision-making and effort during cognitive tests. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 41(10), 1033–1047. <https://doi.org/10.1080/13803395.2019.1646711>

Barr, S. M., Budge, S. L., & Adelson, J. L. (2016). Transgender community belongingness as a mediator between transgender self-categorization and well-being. *Journal of Counseling Psychology*, 63, 87–97. doi:10.1037/cou0000127

Batini, F. (2011), *Comprendere la differenza. Verso una pedagogia dell'identità sessuale*, Armando.

Beemyn, G., & Rankin, S. (2011). *The lives of transgender people*. Columbia University Press.

Benjamin, H. (1953), Transvestism and Transsexualism. *The International Journal of Sexuology*, 7 (1), 12-14.

Benjamin, H. (1966), *The Transsexual Phenomenon*, Julian Press.

- Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne Romine, R. E., Hamilton, A., & Coleman, E. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *American journal of public health, 103*(5), 943–951. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301241>
- Bottone M., Galiani R., & Valerio, P., (2011) Introduzione, in Valerio, P., Bottone, Galiani, R., & Vitelli, R. (a cura di) *Il transessualismo. Saggi psicoanalitici*. FrancoAngeli, 13-25.
- Bowling, J., Barker, J., Gunn, L. H., & Lace, T. (2020). “It just feels right”: Perceptions of the effects of community connectedness among trans individuals. *PLoS ONE, 15*(10), Article e0240295. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240295>
- Bradford, J., Xavier, J., Hendricks, M., Rives, M. E., & Honnold, J. A. (2007). The health, health-related needs, and lifecourse experiences of transgender Virginians. Virginia Transgender Health Initiative Study Statewide Survey Report. Retrieved from <http://www.vdh.state.va.us/epidemiology/DiseasePrevention/documents/pdf/rmSFINALREPORTVol1.pdf>
- Bränström, R., & Pachankis, J. E. (2021). Country-level structural stigma, identity concealment, and day-to-day discrimination as determinants of transgender people's life satisfaction. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 56*(9), 1537–1545. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02036-6>
- Breslow, A. S., Brewster, M. E., Velez, B. L., Wong, S., Geiger, E., & Soderstrom, B. (2015). Resilience and collective action: Exploring buffers against minority stress for transgender individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 2*(3), 253–265. <https://doi.org/10.1037/sgd0000117>
- Bronfenbrenner, U. (2005). Ecological systems theory (1992). In U. Bronfenbrenner (Ed.), *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development* Sage Publications Ltd, 106–173
- Brosschot, J. F., Verkuil, B., & Thayer, J. F. (2018). Generalized Unsafety Theory of Stress: Unsafe Environments and Conditions, and the Default Stress Response. *International journal of environmental research and public health, 15*(3), 464. <https://doi.org/10.3390/ijerph15030464>
- Budge, S. L., Adelson, J. L., & Howard, K. A. S. (2013). Anxiety and depression in transgender individuals: The roles of transition status, loss, social support, and coping. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(3), 545–557. <https://doi.org/10.1037/a0031774>
- Butler, J. (1990), *Gender Trouble. Feminism and the Subversion of Identity*, Routledge.
- Butler, J. (1993), *Bodies that Matter*, New York
- Cauldwell, D. O. (1949), Psychopathia Trans-sexualis. *Sexology Magazine*, 1949, 16, 274-280
- Chiland, C. (1997), *Charger de sex*, Odile Jacob.

- Chiland, C. (2009) “Some thoughts on transsexualism, transvestism, transgender and identification”, in G. Ambrosio (Cur.), *Transvestism, Transsexualism in the Psychoanalytic Dimension*. Karnac.
- Cicchetti, D., Ackerman, B. P., & Izard, C. E. (1995). Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 7(1), 1–10. doi:10.1017/S0954579400006301
- Clements-Nolle, K., Marx, R., & Katz, M. (2006). Attempted suicide among transgender persons: The influence of gender-based discrimination and victimization. *Journal of homosexuality*, 51(3), 53–69. [https://doi.org/10.1300/J082v51n03\\_04](https://doi.org/10.1300/J082v51n03_04)
- Cole, P.M., Hall, S.E., & Hajal, N.J. (2017). Emotion dysregulation as a vulnerability to psychopathology. In T.P. Beauchaine & S.P. Hinshaw (Eds.), *Child and adolescent psychopathology* (3rd edn, pp. 346–386). Hoboken, NJ: Wiley & Sons.
- Crapanzano, A., Carpinello, B., & Pinna, F. (2021), Approccio alla persona con disforia di genere: dal modello psichiatrico italiano al modello emergente basato sul consenso informato, *Rivista di Psichiatria*, 56 (2), 120-128.
- D'Agostino, A., Covanti, S., Rossi Monti, M., & Starcevic, V. (2017). Reconsidering Emotion Dysregulation. *The Psychiatric quarterly*, 88(4), 807–825. <https://doi.org/10.1007/s11126-017-9499-6>
- Davies, R. D., & Davies, M. E. (2020). The (Slow) Depathologizing of Gender Incongruence. *The Journal of nervous and mental disease*, 208(2), 152–154. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001119>
- de Vries, J. M. A., Downes, C., Sharek, D., Doyle, L., Murphy, R., Begley, T., McCann, E., Sheerin, F., Smyth, S., & Higgins, A. (2022). An exploration of mental distress in transgender people in Ireland with reference to minority stress and dissonance theory. *International journal of transgender health*, 24(4), 469–486. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2105772>
- Di Gregorio L. (2019), *Oltre il corpo. La condizione transgender e transessuale nella società contemporanea*, FrancoAngeli.
- Diamond, L. M., & Alley, J. (2022). Rethinking minority stress: A social safety perspective on the health effects of stigma in sexually-diverse and gender-diverse populations. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 138, 104720. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104720>
- Dimen, M. (1986), *Surviving Sexual Contradictions*, Macmillian.
- Dimen, M. (1991), Deconstructing Differences. Gender, Splitting and Transitional Space, *Psychoanal. Dial.*, 1, 335-352
- Drescher J., & Byne, W. (2013), *Treating transgender children and adolescents: an interdisciplinary discussion*, Routledge.
- Ehrensaft, D. (2016), *The Gender Creative Child: Pathways for Nurturing and Supporting Children Who Live Outside Gender Boxes*, The Experiment.

- Ehrensaft, D. (2016). *The Gender Creative Child: Pathways for Nurturing and Supporting Children Who Live Outside Gender Boxes*, The Experiment.
- Ekins, R. (2005). Science, Politics and Clinical Intervention: Harry Benjamin, Transsexualism and the Problem of Heteronormativity. *Sexualities*, 8(3), 306–328. <https://doi.org/10.1177/1363460705049578>
- Ellis, J., & Fox, P. (2001). The effect of self-identified sexual orientation on helping behavior in a British sample: Are Lesbians and Gay men treated differently? *Journal of Applied Social Psychology*, 31(6), 1238–1247. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2001.tb02672.x>
- Ferenczi, S. (1914), *L'omoerotismo: nostalgia dell'omosessualità maschile* (Vol. 2), Raffaello Cortina.
- Foucault, M. (1976), *La volontà di sapere. Storia della sessualità* (Vol. 1), Feltrinelli.
- Freud, 1924, p. 32 Freud S., (1924), Il tramonto del complesso edipico, in *Opere*, vol. 10 (1978), Bollati Boringhieri, 7-33.
- Freud, S. (1905) Tre saggi sulla teoria sessuale, in *Opere* vol. 4 (1970), Bollati Boringhieri, 451-546
- Freud, S. (1932) Introduzione alla psicoanalisi, in *Opere*, vol. 11 (1979), Bollati Boringhieri, 115 – 284.
- Freud, S. (1977), *Tre saggi sulla teoria sessuale*, Bollati Boringhieri.
- Gabriel, U., & Banse, R. (2006). Helping behavior as a subtle measure of discrimination against lesbians and gay men: German data and a comparison across countries 1. *Journal of Applied Social Psychology*, 36(3), 690–707. <https://doi.org/10.1111/j.0021-9029.2006.00025.x>
- Galano, E., Turato, E. R., Succi, R. C., de Souza Marques, H. H., Della Negra, M., da Silva, M. H., do Carmo, F. B., Gouvea, A. F., Delmas, P., Côté, J., & Machado, D. M. (2017). Costs and benefits of secrecy: the dilemma experienced by adolescents seropositive for HIV. *AIDS care*, 29(3), 394–398. <https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1248891>
- Giromini, L., Velotti, P., de Campora, G., Bonalume, L., & Cesare Zavattini, G. (2012). Cultural adaptation of the difficulties in emotion regulation scale: reliability and validity of an Italian version. *Journal of clinical psychology*, 68(9), 989–1007. <https://doi.org/10.1002/jclp.21876>
- Grant, R., Amos, N., Cook, T., Lin, A., Hill, A., Carman, M., & Bourne, A. (2024). From euphoria to wellbeing: Correlates of gender euphoria and its association with mental wellbeing among transgender adults. *International Journal of Transgender Health*, 1–9. <https://doi.org/10.1080/26895269.2024.2324100>
- Grant, R., Amos, N., Cook, T., Lin, A., Hill, A., Carman, M., & Bourne, A. (2024). From euphoria to wellbeing: Correlates of gender euphoria and its association with mental wellbeing among transgender adults. *International Journal of Transgender Health*, 1–9. <https://doi.org/10.1080/26895269.2024.2324100>

- Gross, J. J. (2015). Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1–26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- Hanna, B., Desai, R., Parekh, T., Guirguis, E., Kumar, G., & Sachdeva, R. (2019). Psychiatric disorders in the U.S. transgender population. *Annals of epidemiology*, 39, 1–7.e1. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2019.09.009>
- 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>
- Heinz, M. (2012) Transmen on the web: Inscribing multiple discourses. In K. Ross (Ed.), *The handbook of gender, sex, and media*. John Wiley & Sons, 326–343
- Helsen, V., Enzlin, P., & Gijs, L. (2022). Mental health in transgender adults: The role of proximal minority stress, community connectedness, and gender nonconformity. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 9(4), 466–477. <https://doi.org/10.1037/sgd0000530>
- 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>
- Johnson, A. H. (2016). Transnormativity: A new concept and its validation through documentary film about transgender men. *Sociological Inquiry*, 86(4), 465–491. <https://doi.org/10.1111/soin.12127>
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S.-L. T., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2002). *Kessler Psychological Distress Scale (K6, K10)* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t08324-000>
- Kinsey, A. (1948), *Sexual Behaviour in the Human Male*, Indiana University Press.
- Kinsey, A. (1953), *Sexual Behaviour in the Human Female*, Saunders.
- Krafft-Ebbing, von, R. (2011), *Psychopathia Sexualis*, (ed. or. 1886), PGrcco.
- Kring, AM. Emotion disturbances as transdiagnostic processes in psychopathology. In: Lewis M, Haviland Jones J, Barrett BF (ed.) (2008) *Handbook of emotion*. Guilford Press, 691–705.
- Kumar, A., Amakiri, U. O., & Safer, J. D. (2022). Medicine as constraint: Assessing the barriers to gender-affirming care. *Cell reports. Medicine*, 3(2), 100517. <https://doi.org/10.1016/j.xcrm.2022.100517>
- Lee, H., Operario, D., van den Berg, J. J., Yi, H., Choo, S., & Kim, S. S. (2020). Health disparities among transgender adults in South Korea. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 32(2–3), 1010539520912594 103–110. <https://doi.org/10.1177/>
- Lemma, A. (2012), Research off the couch. Re-visiting the transsexual conundrum, *Psychoanalytic Psychotherapy*, 26 (4), 263-281. DOI: 10.1080/02668734.2012.732104

- Lin, S. C., Kehoe, C., Pozzi, E., Lontos, D., & Whittle, S. (2024). Research Review: Child emotion regulation mediates the association between family factors and internalizing symptoms in children and adolescents - a meta-analysis. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 65(3), 260–274. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13894>
- Lindley, L., & Galupo, M. P. (2020). Gender dysphoria and minority stress: Support for inclusion of gender dysphoria as a proximal stressor. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 7(3), 265–275. <https://doi.org/10.1037/sgd0000439>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Mallon, G. P. (2009). Knowledge for practice with transgender and gender variant youth. In G. P. Mallon (Ed.) (2009) *Social work practice with transgender and gender variant youth* NY: Routledge, 22–37.
- Marques, A. C. (2019). Displaying gender: Transgender people’s strategies in everyday life. *Symbolic Interaction*, 42(2), 202–228. <https://doi.org/10.1002/ymb.412>
- Martin, J. T., Whittaker, A. H., & Johnston, S. J. (2022). Pupillometry and the vigilance decrement: Task-evoked but not baseline pupil measures reflect declining performance in visual vigilance tasks. *European Journal of Neuroscience*, 55(3), 778–799. <https://doi.org/10.1111/ejn.15585>
- Matsuno, E., & Israel, T. (2018). Psychological Interventions Promoting Resilience Among Transgender Individuals: Transgender Resilience Intervention Model (TRIM). *Counseling Psychologist*, 46(5), 632–655. <https://doi.org/10.1177/0011000018787261>
- Meyer I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Mezza, F., Mezzalira, S., Pizzo, R., Maldonato, N. M., Bochicchio, V., & Scandurra, C. (2024). Minority stress and mental health in European transgender and gender diverse people: A systematic review of quantitative studies. *Clinical psychology review*, 107, 102358. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102358>
- 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>
- Money J. (1955). Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: psychologic findings. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, 96(6), 253–264.
- Money J. (1985). The conceptual neutering of gender and the criminalization of sex. *Archives of sexual behavior*, 14(3), 279–290. <https://doi.org/10.1007/BF01542110>

- Money, J. (1994). The concept of gender identity disorder in childhood and adolescence after 39 years. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 20(3), 163–177. <https://doi.org/10.1080/00926239408403428>
- Monroe S. M. (2008). Modern approaches to conceptualizing and measuring human life stress. *Annual review of clinical psychology*, 4, 33–52. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141207>
- Moody, C., Fuks, N., Peláez, S., & Smith, N. G. (2015). “Without this, I would for sure already be dead”: A qualitative inquiry regarding suicide protective factors among trans adults. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 266–280. <https://doi.org/10.1037/sgd0000130>
- Naisanga, M., Ametaj, A., Kim, H. H., Newman, C., Stroud, R., Gelaye, B., & Akena, D. (2022). Construct validity and factor structure of the K-10 among Ugandan adults. *Journal of affective disorders*, 311, 143–147. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.05.022>
- Nobili, A., Glazebrook, C., & Arcelus, J. (2018). Quality of life of treatment-seeking transgender adults: A systematic review and meta-analysis. *Reviews in endocrine & metabolic disorders*, 19(3), 199–220. <https://doi.org/10.1007/s11154-018-9459-y>
- Oppenheimer, A. (1992), Lè désir d’un changement de sexe: un défi pour la psychanalyse? In Valerio, P, Bottone, M., Galiani R., & Vitelli R. (a cura di) (2011), *Il transessualismo. Saggi psicoanalitici*, FrancoAngeli.
- Osmetti, L. A., Allen, K. R., & Kozlowski, D. (2024). Shortcomings of transgender identity concealment research: a scoping review of associations with mental health. *International journal of transgender health*, 26(1), 25–49. <https://doi.org/10.1080/26895269.2024.2367653>
- Pascolo-Fabrizi, E., Sandri, F., Saullo, & A. Bonavigo, T. (2016), *Identità di genere. Riflessioni cliniche e letture fenomenologiche sulla costruzione delle identità transessuali*, EUT Edizioni Università di Trieste.
- Pellicane, M. J., & Ciesla, J. A. (2022). Associations between minority stress, depression, and suicidal ideation and attempts in transgender and gender diverse (TGD) individuals: Systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 91, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102113>
- Person, E., & Ovesey, L., (1974), La sindrome transessuale nel maschio. il transessualismo primario. In P. Valerio, Bottone M, R. Galiani, R. Vitelli, & P. Valerio (a cura di) (2011), *Il transessualismo. Saggi psicoanalitici*, FrancoAngeli.
- Pfäfflin, F. (2011), Remarks on the History of the Terms Identity and Gender Identity, *International Journal of Transgenderism*, 13, 13-25. DOI: [10.1080/15532739.2011.608014](https://doi.org/10.1080/15532739.2011.608014)
- Pflum, S. R., Testa, R. J., Balsam, K. F., Goldblum, P. B., & Bongar, B. (2015). Social support, trans community connectedness, and mental health symptoms among transgender and gender nonconforming adults. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 281–286. <https://doi.org/10.1037/sgd0000122>

Pinna, F., Paribello, P., Somaini, G., Corona, A., Ventriglio, A., Corrias, C., Frau, I., Murgia, R., El Kacemi, S., Galeazzi, G. M., Mirandola, M., Amaddeo, F., Crapanzano, A., Converti, M., Piras, P., Suprani, F., Manchia, M., Fiorillo, A., & Carpiello, B. (2022). Mental health in transgender individuals: A systematic review. *International Review of Psychiatry*, 34(3-4), 292–359. <https://doi.org/10.1080/09540261.2022.2093629>

Pleak R. R. (2011). Gender identity issues in youth: opportunities, terminologies, histories, and advancements. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 20(4), 601–625. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2011.08.006>

Puckett, J. A., Matsuno, E., Dyar, C., Mustanski, B., & Newcomb, M. E. (2019). Mental health and resilience in transgender individuals: What type of support makes a difference?. *Journal of family psychology : JFP : journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 33(8), 954–964. <https://doi.org/10.1037/fam0000561>

Quinodoz D. (1998). A fe/male transsexual patient in psychoanalysis. *The International journal of psycho-analysis*, 79 (Pt 1), 95–111.

Reisner, S. L., Hughto, J. M., Dunham, E. E., Heflin, K. J., Begenyi, J. B., Coffey-Esquivel, J., & Cahill, S. (2015). Legal Protections in Public Accommodations Settings: A Critical Public Health Issue for Transgender and Gender-Nonconforming People. *The Milbank quarterly*, 93(3), 484–515. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12127>.

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 (Abingdon, England)*, 28(1), 95–102. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1106446>

Rivera-Rodriguez, A., Sherwood, M., Fitzroy, A. B., Sanders, L. D., & Dasgupta, N. (2021). Anger, race, and the neurocognition of threat: attention, inhibition, and error processing during a weapon identification task. *Cognitive research: principles and implications*, 6(1), 74. <https://doi.org/10.1186/s41235-021-00342-w> \*

Saarni, C. (1999). *The development of emotional competence*. Guilford Press.

Saketopoulou A. (2014). Mourning the body as bedrock: developmental considerations in treating transsexual patients analytically. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 62(5), 773–806. <https://doi.org/10.1177/0003065114553102>

Sánchez, F. J., & Vilain, E. (2009). Collective self-esteem as a coping resource for male-to-female transsexuals. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 202–209. <https://doi.org/10.1037/a0014573>

Scandurra, C., Bochicchio, V., Amodeo, A. L., Esposito, C., Valerio, P., Maldonato, N. M., Bacchini, D., & Vitelli, R. (2018). Internalized Transphobia, Resilience, and Mental Health: Applying the Psychological Mediation Framework to Italian Transgender Individuals. *International journal of environmental research and public health*, 15(3), 508. <https://doi.org/10.3390/ijerph15030508>

Scandurra, C., Bochicchio, V., Amodeo, A., & Valerio, P. (2018). Lo stigma anti-transgender da una prospettiva ecologico-sociale: effetti sulla salute psico-fisica e strategie di intervento. *Psichiatria e Psicoterapia*, 37(1), 78-96.

- Scandurra, C., Bochicchio, V., Dolce, P., Caravà, 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), 208–221. <https://doi.org/10.1037/sgd0000366>
- 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](https://doi.org/10.1300/J082v03n01_04)
- Singh, A. A., & McKleroy, V. S. (2011). “Just getting out of bed is a revolutionary act”: The resilience of transgender people of color who have survived traumatic life events. *Traumatology*, 17(2), 34–44. <https://doi.org/10.1177/1534765610369261>
- Singh, A. A., Hays, D. G., & Watson, L. S. (2011). Strength in the face of adversity: Resilience strategies of transgender individuals. *Journal of Counseling & Development*, 89(1), 20–27. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2011.tb00057.x>
- Singh, A. A., Meng, S. E., & Hansen, A. W. (2014). “I am my own gender”: Resilience strategies of trans youth. *Journal of Counseling & Development*, 92(2), 208–218. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2014.00150.x>
- Slavich, G. M., & Irwin, M. R. (2014). From stress to inflammation and major depressive disorder: a social signal transduction theory of depression. *Psychological bulletin*, 140(3), 774–815. <https://doi.org/10.1037/a0035302>
- 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>
- Smith, R. A., & Applegate, A. (2018). Mental health stigma and communication and their intersections with education. *Communication Education*, 67(3), 382–393. <https://doi.org/10.1080/03634523.2018.1465988>
- Stanton, A. M., Batchelder, A. W., Kirakosian, N., Scholl, J., King, D., Grasso, C., Potter, J., Mayer, K. H., & O’Cleirigh, C. (2021). Differences in mental health symptom severity and care engagement among transgender and gender diverse individuals: Findings from a large community health center. *PLoS ONE*, 16(1), Article e0245872. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245872>
- Stoller, R. (1968), *Sex and Gender: The development of masculinity and femininity*. Science House.
- Strauss, P., Cook, A., Winter, S., Watson, V., Wright Toussaint, D., & Lin, A. (2020). Mental Health Issues and Complex Experiences of Abuse Among Trans and Gender Diverse Young People: Findings from Trans Pathways. *LGBT health*, 7(3), 128–136. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2019.0232>
- Taube, L. N., & Mussap, A. J. (2022). Coming out to family and friends in the trans and gender diverse context. *Journal of Homosexuality*, 71(1), 147–165. <https://doi.org/10.1080/00918369.2022.2106465>
- Taylor, J., Mitchell, A., Hall, R., Heathcote, C., Langton, T., Fraser, L., & Hewitt, C. E. (2024). Interventions to suppress puberty in adolescents experiencing gender dysphoria or

incongruence: a systematic review. *Archives of disease in childhood*, 109(Suppl 2), s33–s47. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326669>

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>

Testa, R. J., Jimenez, C. L., & Rankin, S. (2014). Risk and resilience during transgender identity development: The effects of awareness of and engagement with other transgender people on affect. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 18, 31–56. <http://dx.doi.org/10.1080/19359705.2013.805177>

Testa, R. J., Michaels, M. S., Bliss, W., Rogers, M. L., Balsam, K. F., & Joiner, T. (2017). Suicidal ideation in transgender people: Gender minority stress and interpersonal theory factors. *Journal of abnormal psychology*, 126(1), 125–136. <https://doi.org/10.1037/abn0000234>

Thompson R. A. (2019). Emotion dysregulation: A theme in search of definition. *Development and psychopathology*, 31(3), 805–815. <https://doi.org/10.1017/S0954579419000282>

Valerio, P., & Scandurra, C. (2016), Pluralità identitarie, questioni di genere e orientamenti sessuali: tra bioetica e biodiritto, in Ferraro, L., Dicè, F., Postigliola, A., & Valerio, P, (a Cura di) (2016), *Pluralità identitarie tra bioetica e biodiritto*, 35-49.

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>

White Hughto, J. M., Reisner, S. L., & Pachankis, J. E. (2015). Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Social science & medicine* (1982), 147, 222–231. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.010>

Wilson, L. C., Newins, A. R., Kassing, F., & Casanova, T. (2024). Gender Minority Stress and Resilience Measure: A meta-analysis of the associations with mental health in transgender and gender diverse individuals. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(3), 2552–2564. <https://doi.org/10.1177/15248380231218288>

World Health Organization (1990), *ICD-10. International classification of diseases*.

World Health Organization (2018), *ICD-11. International classification of diseases*.

World Professional Association for Transgender Health (2022), *Standards of Care 8* <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>

Zeluf, G., Dhejne, C., Orre, C., Nilunger Mannheimer, L., Deogan, C., Höjjer, J., & Ekéus Thorson, A. (2016). Health, disability and quality of life among trans people in Sweden—a web-based survey. *BMC public health*, 16(1), 903. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3560-5>

## Sitografia

Capocci, A. (2024, 16 maggio), Un tavolo tecnico per rivedere le linee guida su farmaci e identità di genere. *il manifesto*, <https://ilmanifesto.it/un-tavolo-tecnico-per-rivedere-le-linee-guida-su-farmaci-e-identita-di-genere>)

Careggi, 100 famiglie con figli trans scrivono al ministro Schillaci: “Certe del buon operato dei medici, si cerca errore per fini politici” [Redazionale]. (2024, 26 gennaio). *Il Fatto Quotidiano*, <https://www.ilfattoquotidiano.it/2024/01/26/careggi-100-famiglie-con-figli-trans-scrivono-al-ministro-schillaci-certe-del-buon-operato-dei-medici-si-cerca-errore-per-fini-politici/7423190/>

Disforia di genere, Nisticò (Aifa): al via rivalutazione su triptorelina [Redazionale] (2024, 15 maggio). *Sanità 33*, <https://www.sanita33.it/governo-e-parlamento/3158/disforia-di-genere-nistico-aifa-al-via-rivalutazione-su-triptorelina.html>

Disforia di genere, presidente Aifa: "Su triptorelina dati inconcludenti, al via rivalutazione" [Redazionale], (2024, 14 maggio). *Costruire Salute*, <https://www.costruiredalute.it/?q=news/disforia-di-genere-presidente-aifa-su-triptorelina-dati-inconcludenti-al-rivalutazione>.

Foglianesi, A. et al. (2024, 25 gennaio), Lettera aperta delle famiglie di giovani persone transgender, *Arcigay*, <https://www.arcigay.it/wp-content/uploads/2024/02/Lettera-aperta-delle-famiglie-di-giovani-persone-transgender.pdf>

Infotrans (2025) Consultato il: 26 giugno 2025, [www.infotrans.it](http://www.infotrans.it)

L'ispezione all'ospedale Careggi di Firenze sui farmaci per minorenni con disforia di genere [Redazionale], (2024, 24 gennaio). *il Post*, Consultato il: 26 giugno 2025, <https://www.ilpost.it/2024/01/24/ispezione-ministeriale-ospedale-careggi-firenze/>

Merli, G. (2024, 11 gennaio), Adolescenti trans, i genitori: «L'ospedale Careggi salva vite», *Il Manifesto*, Consultato il: 26 giugno 2025, <https://ilmanifesto.it/adolescenti-trans-i-genitori-lospedale-careggi-salva-vite>.

Onig. Consultato il: 26 giugno 2025, [www.onig.it](http://www.onig.it)

Rodriguez, G. (2023, 18 gennaio), “Disforia di genere. In una lettera a Schillaci la Società psicoanalitica italiana si schiera contro uso farmaci in adolescenza. Ma Società di psichiatria e Ordine psicologi prendono le distanze”, Consultato il: 26 giugno 2025, *Quotidiano Sanità*, [https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=110362&fr=n](https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=110362&fr=n)

Rodriguez, G. (2024, 8 aprile), Disforia di genere. Scoppia il caso Careggi di Firenze: “Riscontrate criticità nell'uso della triptorelina”. La Regione Toscana: “Relazione non ancora consegnata”. La replica del Ministero Salute: “È stata inviata mercoledì”, *Quotidiano Sanità*, Consultato il: 26 giugno 2025, [https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=121406](https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=121406).

Senato della Repubblica, (2024, 21 febbraio) Legislatura 19<sup>a</sup> - Atto di Sindacato Ispettivo n. 4-01034. Consultato il: 26 giugno 2025, <https://www.senato.it/show-doc?id=1410115&leg=19&tipodoc=SINDISP#:~:text=nella%20relazione%20del%20Careggi%20si,l'ASL%20Toscana%20centro%22>

Società Italiana Genere, Identità e Salute (SIGIS), Società italiana di Endocrinologia (SIE), Società Italiana di Pediatria (SIP), Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica (SIEDP), Società Italiana di Andrologia e Medicina della Sessualità (SIAMS), Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA)& Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere (ONIG) (2023, 19 gennaio), Comunicato intersocietario Presidenza Consiglio dei Ministri, Consultato il: 26 giugno 2025, <https://www.onig.it/2023/01/19/comunicato-intersocietario-presidenza-consiglio-dei-ministri/>.

Terminata l'ispezione all'ospedale di Careggi, richieste le cartelle cliniche [redazionale], (2024, 25 gennaio), *Ansa*, Consultato il: 26 giugno 2025, [https://www.ansa.it/canale\\_saluteebenessere/notizie/sanita/2024/01/25/terminata-ispezione-allospedale-di-careggi-richieste-le-cartelle-cliniche\\_2ad1b478-4e1a-4988-8ba2-3c1a12210007.html](https://www.ansa.it/canale_saluteebenessere/notizie/sanita/2024/01/25/terminata-ispezione-allospedale-di-careggi-richieste-le-cartelle-cliniche_2ad1b478-4e1a-4988-8ba2-3c1a12210007.html)

Testai, L. (2024, 7 aprile), La relazione su Careggi, 'criticità in disforia genere', *Ansa*, Consultato il: 26 giugno 2025, [https://www.ansa.it/toscana/notizie/2024/04/06/la-relazione-su-careggi-criticita-in-disforia-genere\\_d6dae12-e714-4c8e-861e-740d6f9f4f4b.html](https://www.ansa.it/toscana/notizie/2024/04/06/la-relazione-su-careggi-criticita-in-disforia-genere_d6dae12-e714-4c8e-861e-740d6f9f4f4b.html)[https://www.ansa.it/toscana/notizie/2024/04/06/la-relazione-su-careggi-criticita-in-disforia-genere\\_d6dae12-e714-4c8e-861e-740d6f9f4f4b.html](https://www.ansa.it/toscana/notizie/2024/04/06/la-relazione-su-careggi-criticita-in-disforia-genere_d6dae12-e714-4c8e-861e-740d6f9f4f4b.html)

Treccani. (s.d.). Disforia. In *Dizionario Treccani di Medicina online*. Consultato il: 26 giugno 2025, [https://www.treccani.it/enciclopedia/disforia\\_%28Dizionario-di-Medicina%29/](https://www.treccani.it/enciclopedia/disforia_%28Dizionario-di-Medicina%29/)

Treccani. (s.d.). Stigma. In *Enciclopedia Treccani online*. Consultato il: 26 giugno 2025, <https://www.treccani.it/vocabolario/stigma1/>