



# **UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata**

**– FISPPA**

**Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione**

**– DPSS**

**Corso di Laurea Magistrale in Psicologica clinico-dinamica**

**Tesi di Laurea Magistrale**

## **L'impatto dei fattori protettivi nel mediare l'incidenza dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione nelle persone transgender e gender diverse**

**The Impact of Protective Factors in Mediating the Incidence of  
Feeding and Eating Disorders Among Transgender and Gender  
Diverse Individuals**

**Relatrice:** Prof.ssa Marina Miscioscia

**Correlatrice:** Marina Bonato

**Laureanda:** Benedetta Cherchi

**Matricola:** 2087555

Anno Accademico 2024-2025



# Indice

<b>Introduzione</b>	1
<b>Capitolo 1: Deumanizzazione della popolazione transgender e gender diversa: tra Teoria dell'Oggettivazione e Teoria del Minority Stress</b>	
<b>1.1 Deumanizzazione</b>	
1.1.1 Concetto di deumanizzazione: definizione e concetti chiave	3
1.1.2 Modello Panteoretico della Deumanizzazione di Moradi (2013) e popolazione transgender	6
1.1.3 Implicazioni per la salute mentale: rischio di disturbi alimentari nelle persone transgender	11
<b>1.2 Teoria dell'Oggettivazione</b>	
1.2.1 Teoria dell'Oggettivazione di Fredrickson e Roberts (1997)	13
1.2.2 Oggettivazione sessuale e vissuto corporeo nelle persone transgender e <i>gender diverse</i>	16
1.2.2.1 L'emozione della vergogna	17
1.2.2.2 L'emozione dell'ansia	18
1.2.2.3 Lo stato di " <i>flow</i> "	19
1.2.2.4 La consapevolezza degli stati corporei interni	
<b>1.3 Teoria del Minority Stress e Discriminazione Antitransgender</b>	
1.3.1 Teoria del Minority Stress (Meyer, 2003; Testa et al., 2015)	21
1.3.2 Discriminazione antitransgender e impatto psicologico sulle persone transgender	24

## **Capitolo 2: Disturbi Alimentari e Fattori Protettivi nelle Persone Transgender**

### **2.1 Disturbi Alimentari: Definizione, Tipologie e Fattori di Rischio**

2.1.1	Disturbi alimentari e criteri diagnostici	29
2.1.1.1	Pica	29
2.1.1.2	Disturbo da ruminazione (DR)	30
2.1.1.3	Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo (AFRID)	31
2.1.1.4	Anoressia nervosa (AN)	32
2.1.1.5	Bulimia nervosa (BN)	33
2.1.1.6	Disturbo da binge-eating (BED)	34
2.1.1.7	Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione	35
2.1.1.8	Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza specificazione	35
2.1.2	Rischi specifici per la popolazione transgender	36

### **2.2 Relazione tra Deumanizzazione e Disturbi Alimentari**

2.2.1	Relazione tra deumanizzazione e interiorizzazione degli standard culturali di bellezza	40
2.2.2	Meccanismi di insorgenza dei disturbi alimentari nelle persone transgender	43

### **2.3 Fattori Protettivi e Resilienza: il Transgender Resilience Intervention Model**

#### **(TRIM)**

2.3.1	Descrizione del TRIM (Matsuno & Israel, 2018)	46
2.3.2	Fattori protettivi individuali e di gruppo	49
2.3.2.1	Fattori protettivi di gruppo	50
2.3.2.2	Fattori protettivi individuali	52

2.3.3	Ruolo dei fattori protettivi nel moderare l'insorgenza dei disturbi alimentari	53
-------	--	----

### **Capitolo 3: Metodologia**

<b>3.1</b>	<b>Ipotesi di ricerca e obiettivi</b>	<b>56</b>
<b>3.2</b>	<b>Campione e criteri di selezione dei partecipanti</b>	<b>58</b>
<b>3.3</b>	<b>Strumenti adottati</b>	<b>60</b>

### **Capitolo 4: Risultati**

#### **4.1 Presentazione dei dati ottenuti**

4.1.1	Statistiche descrittive	67
4.1.1.1	Variabili demografiche	67
4.1.1.2	GMSR – Gender Minority Stress and Resilience	72
4.1.1.3	ISOS – Interpersonal Sexual Objectification Scale	73
4.1.1.4	Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire – Social Media version	75
4.1.1.5	EDE-Q – Eating Disorder Examination Questionnaire	75
4.1.1.6	MSPSS – Multidimensional Scale of Perceived Social Support	76
4.1.1.7	CHS – Comprehensive Hope Scale RSES	77
4.1.1.8	Rosenberg Self-Esteem Scale TIS	77
4.1.1.9	Transgender Identity Survey	77
4.1.2	Analisi dei gruppi	79
4.1.3	Correlazioni	83
4.1.3.1	Disumanizzazione: discriminazione e oggettivazione sessuale	85
4.1.3.2	Internalizzazione degli standard di bellezza e condotte alimentari disfunzionali	85

4.1.3.3	Condotte e preoccupazioni alimentari disfunzionali e fattori protettivi	86
4.1.3.4	Costrutti simili misurati da scale diverse	86
<b>4.2</b>	<b>Analisi statistica dei risultati</b>	<b>87</b>
4.2.1	Modelli base SEM	87
4.2.2	Modelli di regressione lineare con fattori protettivi	94
4.2.2.1	Orgoglio TGD (Pride)	96
4.2.2.2	Accettazione dell'identità TGD ( <i>Shame</i> )	96
4.2.2.3	Autostima	97
<b>Capitolo 5: Discussione</b>		
<b>5.1</b>	<b>Sintesi e discussione dei risultati</b>	<b>99</b>
<b>5.2</b>	<b>Limiti e prospettive future</b>	<b>105</b>
<b>5.3</b>	<b>Considerazioni finali</b>	<b>107</b>
<b>Bibliografia</b>		<b>109</b>



## Introduzione

I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA) si manifestano come comportamenti alimentari disturbati e persistenti che interferiscono con il funzionamento sociale e psicologico quotidiano (Lolk, A., 2013). Tali disturbi sono fisicamente, mentalmente e socialmente invalidanti (Johnson, et al., 2002) e a causa della loro crescente diffusione, il presente tema acquisisce una forte rilevanza nel panorama scientifico contemporaneo. La prevalenza globale dei disturbi alimentari, infatti, è aumentata dal 3,4% al 7,8% tra il 2000 e il 2018 (Galmiche et al., 2019) e il loro tasso di mortalità è più alto di qualsiasi altro disturbo mentale (Smink et. al, 2012). Queste difficoltà sembrano emergere con una frequenza maggiore rispetto alla media tra le popolazioni marginalizzate e minoranze, in particolare nelle minoranze di genere (Jones et. al; 2016). Le minoranze di genere si identificano con un genere diverso da quello assegnato alla nascita e includono: uomini transgender, donne transgender, persone non binarie e altre identità di genere diverse (*gender diverse*). Le stime sulla percentuale di persone transgender variano a seconda delle fonti e dei metodi utilizzati per il calcolo; tuttavia, alcune indagini condotte sulla popolazione in sei paesi nel 2021 hanno generato stime secondo cui lo 0,4% e l'1,3% della popolazione mondiale potrebbe essere transgender (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2021). Gli individui transgender e *gender diverse* (TGD) riportano alti livelli di dissonanza corporea e disturbi dell'immagine corporea (Bandini et al., 2013; Fisher et al., 2014; Strandjord et al., 2015; Vocks et al., 2009). Tali preoccupazioni relative all'immagine corporea possono essere alla base di comportamenti di compensazione del peso e della forma corporea non salutari (ad esempio, abuso di pillole dimagranti, vomito o lassativi) (Diemer et. al, 2015). Il Modello panteorico della Deumanizzazione creato da Moradi (2013) sostiene che la discriminazione, lo stigma e l'oggettivazione operano simultaneamente per degradare le persone appartenenti a gruppi emarginati e minoritari. Pertanto, a partire dalla Teoria dell'Oggettivazione (Fredrickson & Roberts, 1997) e dalla Teoria del Minority Stress o Stress delle Minoranze (Meyer, 2003; Testa, et al., 2015) si è studiato l'impatto concomitante sulle persone TGD di esperienze di discriminazione antitransgender e di oggettivazione sessuale (Velez et al., 2016; Brewster et al., 2014; Watson et. al, 2015). Le ricerche condotte hanno evidenziato, coerentemente con quanto è stato poi confermato

dal Modello panteoretico di Deumanizzazione, come queste esperienze abbiano un ruolo significativo sulla salute mentale di questa popolazione (Cascalheira & Choi, 2023) e sul vissuto dell'immagine corporea e dei disturbi alimentari (Brewster et al., 2019). In particolare, le donne transgender, vittime del costrutto che prende il nome di "transmisoginia", quindi del duplice impatto discriminatorio subito in qualità di donne e in qualità di persone transgender, riportano una significativa maggiore incidenza di disturbi alimentari rispetto alla popolazione cisgender (Brewster et al., 2019). A partire da tali riflessioni, il presente studio si propone di indagare come i fattori di resilienza di gruppo e individuali, come quelli proposti dal Transgender Resilience Intervention Model (TRIM), possano attenuare l'influenza negativa di fattori di stress e dunque diminuire la crescente incidenza di disturbi della nutrizione e dell'alimentazione rilevati nella popolazione TGD, aumentando la resilienza delle minoranze di genere. Inoltre, nonostante sia evidente come le persone TGD sperimentino vari livelli di privilegio e oppressione in base all'intersezione di categorie biologiche, sociali e culturali (Flores et al., 2018), valutiamo sia rilevante ampliare il target della ricerca a tutta la popolazione transgender e *gender diverse*, in modo tale da esplorare l'impatto di tali fenomeni su chi ha un'identità transgender binaria (maschile o femminile), ma anche non-binaria (*gender diverse*). In conclusione, il presente disegno di ricerca vuole studiare come l'impatto negativo della deumanizzazione subita dalle persone transgender e *gender diverse* sulla loro condotta alimentare, possa essere mitigato da diversi fattori protettivi (individuali, gruppali e comunitari) che favoriscono la resilienza, intesa in senso ampio come "superare le avversità", avente un ruolo significativo nella previsione del benessere psicologico delle persone transgender e *gender diverse* (Meyer, 2015).

# Capitolo 1: Deumanizzazione della popolazione transgender e di genere diverso: tra Teoria dell'Oggettivazione e Teoria del Minority Stress

## 1.1 Deumanizzazione

### 1.1.1 Concetto di deumanizzazione: definizione e concetti chiave

La **deumanizzazione** è un fenomeno inter-gruppale che interessa i gruppi di minoranza, ai quali vengono negate le caratteristiche peculiarmente umane insieme con la loro natura umana (Moradi, 2013; Gervais et al., 2013). Tradizionalmente, la letteratura in questo ambito ha focalizzato l'attenzione su categorie di persone che hanno maggiori probabilità di essere **attori di istanze di disumanizzazione**, quindi di esserne perpetratori (Haslam & Loughnan, 2014). In altre parole, la maggior parte degli studi si è dedicata a indagare i meccanismi che conducono alla percezione degli altri (individui o gruppi) come meno umani rispetto a sé stessi o al proprio ingroup, e ad esplorare l'impatto di tali percezioni sui comportamenti messi in atto dai perpetratori nei confronti delle vittime disumanizzate (Demoulin et al., 2021). Tuttavia, le conoscenze relative al funzionamento psicologico dei **sogetti che subiscono** la disumanizzazione sono ancora limitate. Ad oggi, solo un numero ristretto di ricerche ha analizzato le reazioni cognitive, emotive, comportamentali ed interpersonali delle persone che sperimentano episodi di disumanizzazione. Inoltre, rimane in gran parte inesplorato se e in che modo tali esperienze influenzino e contaminino il concetto di sé delle vittime. Una lunga tradizione nella letteratura scientifica ha concettualizzato **episodi di pregiudizio estremo e conflitto intergruppo** (ad esempio, il genocidio delle popolazioni indigene native americane; la tratta transatlantica degli schiavi; l'Olocausto) come espressioni di processi di disumanizzazione. Tali fenomeni sono interpretati come radicati in rappresentazioni che negano l'umanità dei gruppi bersaglio, contribuendo a loro volta a perpetuare tali percezioni. Nel *Nebraska Symposium on Motivation* del 2012, il concetto di disumanizzazione è stato ampliato oltre queste manifestazioni estreme, ponendo l'accento sul suo legame con forme più pervasive di pregiudizio e oggettivazione sessuale. Gli studi presentati hanno evidenziato come la negazione delle qualità umane possa verificarsi

anche in contesti quotidiani e non derivare esclusivamente da sentimenti di ostilità, ma anche da apatia o da una carenza di motivazione nell'instaurare una comprensione empatica o una relazione con l'altro, in particolare quando le persone oggetto di pregiudizio vengono giudicate carenti sia in calore umano sia in competenza. Dunque, un tema centrale che emerge dai contributi di questo simposio è che la disumanizzazione non si limita alle manifestazioni più estreme e prototipiche, ma si configura come un fenomeno multidimensionale, con diverse motivazioni, **funzioni e manifestazioni che si inseriscono nelle dinamiche quotidiane** delle interazioni sociali. Prendendo in considerazione un parallelo rilevante della letteratura scientifica, Swim e Stangor (1998) avevano individuato un'esigenza analoga nella **letteratura sul pregiudizio** quindici anni prima. Per rispondere a questa lacuna, pubblicarono il volume "*Prejudice: The Target's Perspective*". All'epoca, i due studiosi notarono come la teoria e la ricerca in psicologia sociale sul pregiudizio si concentrassero prevalentemente su aspetti quali il contenuto del pregiudizio, i processi motivazionali sottostanti, i fattori che ne favoriscono o ne attenuano l'incidenza e le caratteristiche di coloro che lo esprimono. Questo orientamento ha determinato la costruzione di un corpus teorico in cui la **prospettiva delle vittime** è risultata quasi del tutto marginalizzata, fatta eccezione per alcuni contributi rilevanti sia all'interno sia all'esterno della psicologia sociale (ad esempio, Crocker & Major, 1989; Dion, 1975; Klonoff & Landrine, 1995). Analogamente, potremmo trovarci oggi in una fase simile all'interno della **letteratura sulla deumanizzazione**. L'interesse per una comprensione più approfondita di questo fenomeno nasce spesso dal fatto che ha conseguenze significative per le vittime, ma anche la comunità e la società, rendendola un ambito di indagine profondamente rilevante. Inoltre, le vittime possono offrire una **prospettiva differente** sulla natura e le manifestazioni della disumanizzazione, soprattutto nelle sue forme più sottili e sistemiche, che non sono facilmente evidenti ai perpetratori o agli osservatori esterni. Attingendo dagli studi sulle esperienze delle vittime di **discriminazione** (intesa come stereotipizzazione, stigma, pregiudizio ed emarginazione, oggettivazione sessuale) **vissuta nel quotidiano**, possiamo affermare come tali esperienze rappresentano una manifestazione specifica della deumanizzazione. Il legame tra discriminazione e disumanizzazione è stato inizialmente evidenziato da **Leyens et al. (2000)** attraverso il concetto di **infrahumanization**. La suddetta teoria afferma che, la discriminazione porta alla disumanizzazione relativa di una persona o di

un gruppo rispetto a un altro, ovvero alla percezione che un individuo o un gruppo siano meno umani rispetto a un altro. Leyens e colleghi (2000) sostengono che *"classificare le persone come 'altri' o discriminarle porta a negare loro una o più caratteristiche tipicamente umane... Le persone in questi gruppi sono altri; radicalmente diversi da 'noi' e, come tali, mancano di caratteristiche tipicamente umane, venendo quindi considerati infra-umani"* (p. 187). Oltre a ciò, la discriminazione è alimentata da una visione essenzialista, secondo cui alcuni gruppi possiederebbero un'essenza intrinsecamente diversa e meno umana rispetto ad altri. Successivamente, Haslam (2006, 2013) ha approfondito la teoria di *infracumanizzazione* di Leyens et al. (2000), ampliando il concetto di deumanizzazione in due dimensioni fondamentali lungo le quali tale fenomeno si manifesta. La prima dimensione è quella di **negazione della natura umana**, in cui gli individui vengono privati di attributi quali emotività, capacità di autodeterminazione e individualità, determinando una forma di disumanizzazione definita come **"meccanicistica"**. La seconda dimensione è quella di **negazione dell'unicità umana**, che comporta la sottrazione di qualità come moralità e razionalità, dando vita a una forma di disumanizzazione chiamata **"animalistica"**. Nonostante Haslam ci proponga questa suddivisione, sappiamo che queste due forme di disumanizzazione possono coesistere, senza escludersi reciprocamente. Tale compresenza è esemplificata dalla rappresentazione delle donne nei media. Quest'ultime sono simultaneamente oggettificate e assimilate a entità prive di volontà e autonomia (come nella disumanizzazione meccanicistica), e private di razionalità o integrità, ad esempio nella pornografia, nella pubblicità e in altre forme di comunicazione visiva (come avviene nella disumanizzazione animalistica). In aggiunta, Haslam (2013) ha evidenziato che la disumanizzazione può manifestarsi lungo due continui: uno che va da **forme sottili e implicite**, giungendo a espressioni più **esplicite e manifeste**; e un altro che si estende dalla disumanizzazione **relativa** (in cui un gruppo viene percepito come meno umano rispetto a un altro) alla disumanizzazione **assoluta** (in cui un gruppo viene considerato del tutto privo di umanità). All'interno di questa struttura teorica, il concetto di *infracumanizzazione* formulato da Leyens et al. (2000) rientra nella categoria della disumanizzazione animalistica relativa sottile. Dunque, considerando il fenomeno in una prospettiva più ampia, è possibile identificare diverse esperienze di discriminazione che si distribuiscono lungo le dimensioni del modello di Haslam (2013). Un esempio che si

colloca all'estremo esplicito e assoluto del continuum sono i **crimini d'odio, violenza sessuale e altre forme di discriminazione**, rispecchiando la negazione sia della natura umana che dell'unicità umana. Diversamente, un esempio che si colloca lungo il continuum che va da sottile ad esplicito possono essere i **discorsi politici e le politiche pubbliche** (come le campagne per la "difesa del matrimonio" o per il controllo dei confini nazionali) spesso dipingendo gruppi marginalizzati (ad esempio, minoranze sessuali e immigrati) come meno meritevoli di diritti e privilegi associati all'unicità umana. Infine, **insulti razzisti, sessisti, omofobi e altri epiteti discriminatori** possono essere distribuiti in varie posizioni all'interno del modello di Haslam, dalla disumanizzazione *animalistica esplicita e assoluta* (ad esempio il termine "troia" riferito ad una donna), alla disumanizzazione *meccanicistica esplicita e assoluta* (ad esempio il termine "scherzo della natura", utilizzato per descrivere persone appartenenti alla comunità lesbica, gay, bisessuale, transgender, queer e intersessuali; identificata con l'acronimo LGBTQI+). Nel complesso, la discriminazione può essere vista come una manifestazione della disumanizzazione, che si esprime in forme sottili e sistemiche così come in atti espliciti e palesi.

### **1.1.2 Modello Panteoretico della Deumanizzazione di Moradi (2013) e popolazione transgender**

Secondo una prospettiva sociologica, i **gruppi minoritari** e maggioritari si distinguono in base alla **distribuzione di risorse, potere e privilegi**, piuttosto che in termini di numerosità assoluta (Healey, 2012). I membri dei gruppi minoritari condividono una caratteristica peculiare (come genere, razza, lingua o religione), che li differenzia dai non appartenenti al medesimo gruppo (Healey, 2012). Per esempio, nonostante le donne rappresentino circa la metà della popolazione mondiale e quindi non costituiscano una minoranza numerica, queste sono sottoposte a un modello sistemico di svantaggio e disuguaglianza, cioè il "sessismo". Inoltre, i gruppi minoritari possono presentare alcune caratteristiche opzionali, sebbene non necessarie: possono costituire un'entità sociale consapevole di sé, possono acquisire lo status minoritario sin dalla nascita, possono privilegiare in alcuni casi (ad esempio, gruppi etnici o religiosi) tendono a privilegiare matrimoni endogamici (Healey, 2012). Di conseguenza, il concetto di

“minoranza” nei “gruppi minoritari” si riferisce primariamente a un modello di svantaggio sociale e disuguaglianza legato a una **specifica caratteristica identitaria**. È fondamentale sottolineare che gli status di minoranza non sono mutualmente esclusivi, poiché molte persone possono appartenere a più categorie minoritarie simultaneamente (ad esempio, una donna bisessuale di origine asiatica-americana; un uomo afroamericano con disabilità uditiva). Le esperienze di deumanizzazione assumono conseguenze rilevanti tra le popolazioni marginalizzate e minoranze, in particolare nelle **minoranze di genere** (Jones et. al; 2016), altrimenti denominate come popolazione TGD. Per poter parlare di questa minoranza e delle peculiari esperienze che la interessano dobbiamo fare delle premesse terminologiche. Con la locuzione “**sexo biologico**” facciamo riferimento all'anatomia di una persona, cioè i suoi attributi fisici, gli organi sessuali esterni, i cromosomi sessuali e le strutture riproduttive interne. Per molte persone, gli indicatori anatomici del sesso biologico coincidono in maniera canonicamente intesa a una dimensione maschile o femminile. Tuttavia, gli esseri umani, come tutte le altre specie animali, presentano casi di condizioni intersessuali, cioè un'anatomia riproduttiva o sessuale non corrispondente al tipico concetto di corpo femminile o maschile (Baum et al., 2015). Sebbene alcune persone che presentano un'anatomia intersessuale si identifichino anche come persone transgender, questo gruppo di individui presenta una serie di specifiche esigenze e priorità uniche oltre a quelle condivise con le persone transgender (UNC-Chapel Hill Safe Zone, 2017). Con la locuzione “**identità di genere**” si fa riferimento al vissuto profondo di un individuo di essere maschio, femmina, non binario o di un altro genere. Il concetto di identità di genere è da considerarsi distinto da quello di sesso biologico. Infatti, mentre per le persone *cisgender* il sesso biologico e identità di genere “coincidono”; al contrario, gli individui *transgender* si identificano con un genere diverso da quello assegnato alla nascita. L'incongruenza di genere, una diagnosi della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-11), descrive la discrepanza tra il genere sperimentato e il sesso assegnato, ma non implica disforia o una preferenza per il trattamento (ICD-11, 2018). Fanno parte di questa popolazione uomini transgender, donne transgender, persone non binarie e altre identità di genere diverse (Matsuno & Israel, 2018). L'identità di genere si distingue inoltre dall'**orientamento sessuale** (cioè l'attrazione fisica, emotiva e/o romantica provata verso gli altri) e dall'**espressione di genere** (cioè il modo in cui

mostriamo il nostro genere al mondo intorno a noi). Ognuno di questi costrutti è culturalmente variabile ed esiste lungo un continuum piuttosto che come entità dicotomica (Baum et al., 2015). Le minoranze di genere vanno incontro a molti degli stessi fattori di stress condivisi da altre minoranze cisgender (ad es., discriminazione, rifiuto). Nonostante ciò, le persone transgender potrebbero non sperimentare alcuni fattori di stress di minoranza allo stesso modo o essere soggette ad ulteriori **fattori di stress unici a queste persone**. Per esempio, la disforia di genere descrive il disagio che può essere sperimentato dalle persone transgender e *gender diverse*. Questo termine dovrebbe essere usato per descrivere i sintomi di disagio piuttosto che per patologizzare. I fattori di stress di minoranza che assumono un ruolo di particolare rilievo nelle esperienze di vita delle minoranze di genere sono, tra gli altri, la **discriminazione antitransgender** (Herek, 2009) e l'**oggettivazione sessuale** (Fredrickson & Roberts, 1997). Questi due fenomeni sono stati inquadrati in letteratura attraverso la costruzione di due modelli, che assumono il nome rispettivamente di **Teoria del Minority Stress** o dello Stress di Minoranza (Meyer, 2003; Testa, et al., 2015) e **Teoria dell'Oggettivazione** (Fredrickson & Roberts, 1997). I teorici dello **minority stress** affermano che oltre ai fattori di stress di routine che tutti gli individui incontrano, gli individui appartenenti a minoranze sessuali e di genere sperimentano fattori di stress legati a vivere in una società eterocissessista (Meyer, 1995), cioè discriminatoria nei confronti di orientamenti sessuali e identità di genere non conformi alla norma (Herek, 2009). Meyer (2003) ha distinto tra fattori di stress distali (ad esempio, il pregiudizio) e fattori di stress prossimali (ad esempio, l'omofobia interiorizzata), dimostrando come questi interagiscono tra loro, influenzando il benessere psicologico e i comportamenti a rischio per la salute nelle minoranze sessuali e di genere. I teorici dell'**oggettivazione sessuale** affermano che le esperienze di oggettivazione sessuale incoraggiano le vittime a trattare sé stesse come oggetti, dunque ad osservarsi e valutarsi sulla base dell'aspetto fisico. Questo fenomeno sembra contribuire al rischio di sviluppare depressione, disfunzioni sessuali e disturbi alimentari (Fredrickson & Roberts, 1997). Nonostante questa teoria sia stata inizialmente studiata principalmente con donne eterosessuali bianche, alcuni aspetti di essa hanno ottenuto un certo sostegno e una certa **qualificazione con altre popolazioni**, tra cui persone appartenenti a minoranze sessuali e di genere (Engeln-Maddox et al., 2011; Watson et al., 2015; Pradell, 2023; Velez et al.,

2016). Lo studio delle modalità in cui questi due fenomeni colpiscono congiuntamente la vita delle minoranze è stato condensato nel **Modello della Deumanizzazione panteoretica** (Moradi, 2013). Il modello di Moradi nasce nel 2013 come risposta ai precedenti tentativi della letteratura di valutare distintamente l'impatto delle esperienze di oggettivazione sessuale e delle esperienze di discriminazione sulle minoranze, in particolare delle persone transgender. Infatti, seppur la precedente ricerca abbia rappresentato un primo passo nella direzione di una maggiore considerazione dei fattori di stress unici alla popolazione transgender, l'integrazione teorica di questi due modelli può rivelare manifestazioni aggiuntive di costrutti che possono riflettere in modo più completo una prospettiva integrata (Moradi, 2013). Lo stato dell'arte della ricerca relativa al Modello panteorico della Deumanizzazione creato da Moradi (2013) ha dimostrato l'efficacia di quest'ultimo con le donne transgender (Brewster, 2019; Fig. 1) e con gli uomini transgender (Velez, 2016; Fig. 2). Attualmente il modello non è stato applicato alla popolazione *gender diverse*; tuttavia, confidiamo che in un futuro prossimo il modello sia riconsiderato ed adattato alle esperienze uniche e sfaccettate di questi individui.

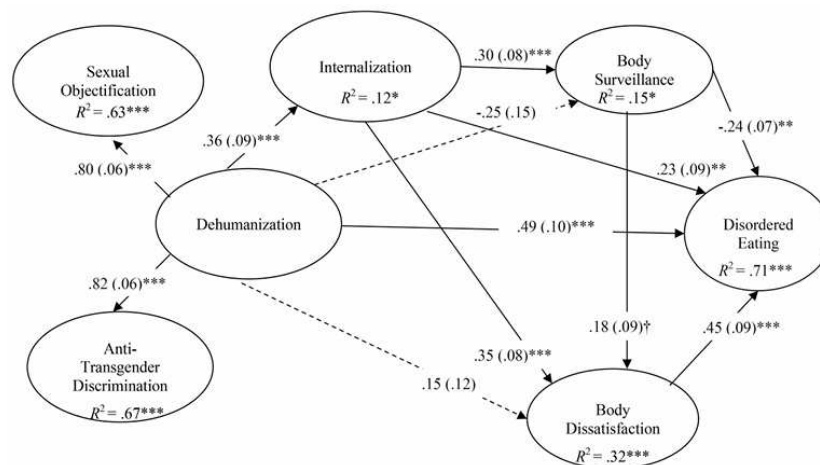


Fig. 1: (Brewster, 2019)

Brewster e colleghi (2019) propongono un modello strutturale che esamina i meccanismi attraverso cui la deumanizzazione, derivante da esperienze di oggettivazione sessuale e discriminazione anti-transgender, possa influenzare l'insorgenza di comportamenti alimentari disfunzionali nelle persone TGD, in particolare attraverso variabili psicologiche intermedie come l'interiorizzazione, la sorveglianza del corpo e la insoddisfazione corporea. La ricerca ha messo in evidenza

come discriminazione anti-transgender ( $\beta = .82$ ) e oggettivazione sessuale ( $\beta = .80$ ) siano fortemente associate alla deumanizzazione. La deumanizzazione quindi, indice composito ottenuto da queste variabili, si è dimostrata essere collegata positivamente a interiorizzazione ( $\beta = .36$ ), sorveglianza del corpo ( $\beta = .30$ ), condotte alimentari disfunzionali ( $\beta = .49$ ) e insoddisfazione corporea ( $\beta = .35$ ). L'interiorizzazione e sorveglianza corporea e l'insoddisfazione corporea rappresentano predittori significativi dei disordini alimentari, ma con effetti diretti minori rispetto alla deumanizzazione. Concludiamo osservando che le vie dirette tra deumanizzazione e disordini alimentari sono forti, mentre le vie indirette (mediante interiorizzazione, sorveglianza, insoddisfazione corporea) sono più deboli, ma comunque significative.

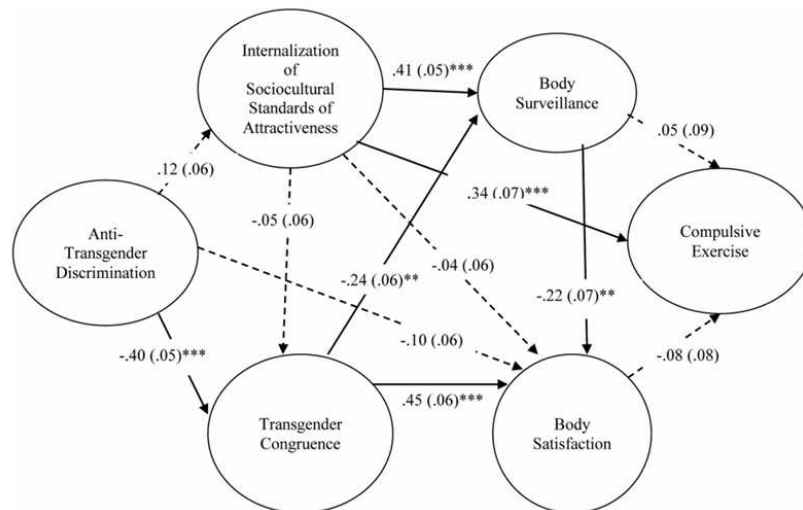


Fig. 2: (Velez, 2016)

Lo studio di Velez e colleghi (2016) si propone di costruire un modello panteorico di deumanizzazione specificamente rivolto agli uomini transgender. I risultati della ricerca dimostrano che la discriminazione antitransgender, in questo caso non considerata congiuntamente alle esperienze di oggettivazione sessuale, sia associata alla congruenza transgender ( $\beta = -0.40$ ), ovvero sentirsi autentici rispetto alla propria identità di genere. La congruenza transgender è positivamente associata alla soddisfazione corporea ( $\beta = 0.45$ ) e negativamente alla sorveglianza del corpo ( $\beta = -0.24$ ). Sembra invece che la discriminazione antitransgender sia debolmente associata all'interiorizzazione degli standard socioculturali di attrattività (SSA). Questi ultimi, tuttavia, sembrano essere forti predittori di vissuti di sorveglianza del corpo ( $\beta = 0.41$ ) ed esercizio compulsivo ( $\beta = 0.34$ ) nella popolazione degli uomini transgender.

### **1.1.3 Implicazioni per la salute mentale: rischio di disturbi alimentari nelle persone transgender**

Rispetto ai coetanei cisgender (ovvero coloro il cui sesso assegnato alla nascita coincide con le aspettative sociali), le persone transgender (il cui genere non corrisponde a tali aspettative) presentano **problematiche di salute mentale** in proporzione nettamente maggiore (Austin & Goodman, 2017; Bockting et al., 2013; Bouman et al., 2017; Bradford et al., 2013). Sebbene diversi studi abbiano analizzato questa disparità in relazione alla discriminazione (Valentine & Shipherd, 2018), meno ricerche si sono concentrate sul ruolo della disumanizzazione, il processo intergruppi attraverso il quale ai gruppi minoritari viene negata l'attribuzione di caratteristiche tipicamente umane (ad esempio, mediante discriminazione) o la loro stessa umanità (ad esempio, mediante l'oggettivazione sessuale). La disumanizzazione si verifica, per esempio, quando una donna transgender subisce ostilità a causa del suo abbigliamento (discriminazione) o quando viene fatta oggetto di commenti sessualmente inappropriati sul suo corpo (oggettivazione sessuale). A livello **istituzionale** pochi paesi forniscono protezioni contro la discriminazione basata sull'identità di genere (Movement Advancement Project, 2020). Sul piano **interpersonale**, le persone transgender subiscono un alto tasso di stupri, molestie sessuali (Tebbe et al., 2016) e forme di violenza legate all'oggettivazione dei corpi (Seabrook et al., 2019). In questo contesto oppressivo e marginalizzante, le conseguenze della **discriminazione e dell'oggettivazione sessuale** permettono in larga parte di spiegare la peggiore salute mentale di cui fanno esperienza. In particolare, studi recenti hanno dimostrato che le minoranze di genere presentano un rischio da 2 a 4 volte maggiore di sviluppare sintomi di disturbi alimentari o comportamenti alimentari disturbati rispetto alle loro controparti cisgender (Diemer et al., 2015). Sembra infatti che le persone transgender manifestino livelli più elevati di preoccupazione per l'immagine corporea e maggiori sintomi depressivi, fenomeno che potrebbe essere attribuito allo stigma interiorizzato, derivante dalla discrepanza tra il corpo vissuto e le aspettative sociali legate al genere con cui si identificano (Strübel et al., 2020). Secondo i modelli socioculturali dell'immagine corporea, le esperienze di socializzazione e l'esposizione a ideali estetici irrealistici, che enfatizzano caratteristiche ipermascoline o iperfemminili, contribuiscono allo sviluppo di disturbi dell'immagine corporea e a un maggiore disagio psicologico (Striegel-Moore & Bulik, 2007). Tali modelli potrebbero essere ulteriormente

ampliati per includere le esperienze delle minoranze di genere, che sono state finora in gran parte trascurate nella ricerca sull'immagine corporea (Moradi, 2010). In particolare, le persone transgender potrebbero sperimentare un'intensificazione delle preoccupazioni corporee e dei sintomi depressivi, mentre affrontano dinamiche di potere, in una società che attribuisce valore all'attrattiva maschile attraverso la muscolosità e la dominanza, e a quella femminile attraverso la magrezza e la vulnerabilità (Moradi, 2010). In relazione a quanto affermato possiamo dunque presupporre che le donne transgender potrebbero interiorizzare gli ideali estetici tradizionalmente associati alla femminilità (es. magrezza), mentre gli uomini transgender potrebbero assimilare gli ideali di mascolinità convenzionale (es. muscolosità; Comiskey et al., 2020; Sevelius, 2013). Due studi precedenti hanno integrato i costrutti della Teoria dello Stress da Minoranza e della Teoria dell'Oggettivazione per esaminare l'insoddisfazione corporea e i disturbi alimentari nelle donne transgender (Brewster et al., 2019), nonché la soddisfazione corporea e l'esercizio compulsivo negli uomini transgender (Velez et al., 2016), all'interno di un più ampio quadro teorico sulla deumanizzazione (per una revisione, si veda Moradi, 2013). I risultati di Brewster e colleghi (2019) hanno evidenziato un'associazione tra interiorizzazione degli ideali estetici della società, monitoraggio corporeo, insoddisfazione corporea e disturbi alimentari su un campione di 205 donne transgender, suggerendo un ruolo centrale della sorveglianza corporea nell'alimentare questi vissuti negativi. Analogamente, lo studio di Velez e colleghi (2016) ha mostrato su un campione di 304 uomini transgender che l'interiorizzazione degli ideali estetici della società contribuiva direttamente al monitoraggio corporeo e all'esercizio compulsivo, con quest'ultimo fattore che risultava anche associato alla soddisfazione corporea. Per quanto riguarda le persone *gender diverse* (non binarie, *gender non conforming*, *gender queer*), è bene affrontare un discorso separato in quanto le loro esperienze di deumanizzazione differiscono da quelle delle persone cisgender, ma anche dalle persone transgender binarie (Matsuno & Budge, 2017). Sebbene la letteratura abbia esaminato gli effetti della deumanizzazione sulle persone transgender binarie e il loro impatto sull'immagine corporea (Brewster et al., 2019; Velez et al., 2016), gli studi incentrati sulle esperienze uniche delle persone non binarie restano limitati (Scandurra et al., 2019). Per esempio, le esperienze di oggettivazione sessuale, ovvero la riduzione di un individuo alle sue caratteristiche fisiche o alla sua funzione sessuale per il consumo altrui (Moradi et al.,

2005), rappresentano un ulteriore onere per le persone transgender non binarie, costrette a interiorizzare e processare dinamiche sociali oppressive che li spingono al binarismo di genere (Comiskey et al., 2020; Flores et al., 2018). Complessivamente, le persone *gender diverse* affrontano e resistono alle esperienze di deumanizzazione in modi distinti alle altre minoranze di genere, sottolineando la necessità di ulteriori ricerche volte a comprendere più a fondo le loro esperienze e i processi psicologici ad esse associati (Gordon et al., 2021). Diemer e colleghi (2018) hanno messo in evidenza come le persone non binarie possono essere ancora più a rischio di disturbi alimentari rispetto ai coetanei transgender binari. Nel campione di 452 adulti transgender raccolto tramite questa ricerca, è emerso come le persone non binarie avevano una probabilità tre volte maggiore di avere una storia autoriferita di anoressia nervosa o bulimia nervosa rispetto agli uomini e alle donne transgender. Alla luce di questi dati, risulta rilevante ampliare il campo di analisi della ricerca relativa alle conseguenze della deumanizzazione anche a questa parte della popolazione transgender, fino ad ora tralasciata, e alle potenziali implicazioni di tali esperienze nell'ambito della salute mentale e condotta alimentare.

## 1.2 Teoria dell'Oggettivazione

### 1.2.1 Teoria dell'Oggettivazione di Fredrickson e Roberts (1997)

La differenze di genere culturalmente connotate non sono in gran parte legate a fattori biologici, piuttosto derivano da differenti processi di socializzazione e disuguaglianze di status che distinguono in modo binario uomini e donne nella società. Questa osservazione propone una visione del **corpo** non come solo come realtà biologica, ma anche come grandemente **modellato attraverso pratiche culturali e discorsi** che attribuiscono ad esso diversi significati (Fredrickson & Roberts, 1997). In ambito accademico, diversi studiosi hanno indagato il modo in cui il corpo trasmette significati sociali e come questi influenzino le esperienze di genere. All'interno di questo quadro teorico, Fredrickson e Roberts propongono la **Teoria dell'Oggettivazione** (1997). Si tratta di un modello teorico che analizza i corpi femminili nel contesto socioculturale in cui sono inseriti, al fine di comprendere le esperienze vissute dalle donne e i potenziali rischi per la loro salute

mentale derivanti dall'oggettivazione sessuale. L'oggettivazione sessuale è solo una delle tante forme di oppressione di genere, ma può contribuire ad alimentare altre forme di discriminazione, come la disparità nel mondo del lavoro, la violenza sessuale e la svalutazione del ruolo e dei successi degli individui. Il tratto comune di tutte le manifestazioni di oggettivazione sessuale è la riduzione delle persone a corpi, o a singole parti corporee, valutati principalmente in base alla loro funzione o al loro consumo da parte degli altri. Sebbene la teoria dell'oggettivazione sia stata inizialmente sviluppata per comprendere le esperienze di donne cisgender bianche (Fredrickson & Roberts, 1997), questa è stata successivamente ampliata per esplorare **esperienze di oggettivazione sessuale intersezionali**. Infatti, da quando Fredrickson e Roberts (1997) hanno pubblicato il loro lavoro innovativo, oltre 20 anni fa, la teoria dell'oggettivazione ha raccolto un enorme supporto empirico in diverse popolazioni, tra cui donne e uomini appartenenti a minoranze razziali/etniche, donne e uomini appartenenti a minoranze sessuali, donne sorde, donne musulmane e così via (ad esempio, Engeln-Maddox et al., 2011; Hebl et al., 2004; Moradi & Rottenstein, 2007; Parent & Moradi, 2011). In merito all'applicabilità del modello con gli individui appartenenti a **minoranze di genere**, la sua validità è stata emersa per persone transgender di colore (TPOC; Flores et al., 2018), donne transgender (Brewster et al., 2019; Comiskey et al., 2020), uomini transgender (Velez et al., 2016) e persone non binarie (Pradell, 2023). L'ispezione visiva del corpo, cioè lo sguardo, è la modalità più sottile e facilmente negabile attraverso cui viene operata una valutazione sessualizzata dell'altro (Kaschak, 1992). Se l'individuo volge uno **sguardo sessualizzate** a un altro, si crea il contesto per cui, chi ne è vittima, potenzialmente vive un'esperienza di oggettivazione sessuale. Quest'ultima si verifica quando il corpo, le sue parti corporee o le sue funzioni sessuali sono isolati dalla persona che li possiede, ridotti a meri strumenti o considerati come rappresentativi dell'individuo nella sua totalità (Bartky, 1990). In altre parole, quando una persona è oggettivata, viene trattata primariamente come un corpo, ma soprattutto come un corpo che esiste per il piacere e l'uso altrui. L'esposizione a sguardi sessualizzanti che sottopongono l'individuo ad esperienze di oggettivazione sessuale non è sotto il controllo delle vittime: ciò rende difficile, se non impossibile per quest'ultime evitare del tutto situazioni potenzialmente oggettivanti (Kaschak, 1992). Tramite un'analisi della letteratura relativa a tale fenomeno, è emerso come lo sguardo sessualizzante si manifesta principalmente in tre ambiti tra loro

correlati. Vediamone degli esempi relativi all'esperienza vissuta delle persone transgender. Lo troviamo in primis nelle **interazioni sociali e interpersonali dirette**. Per esempio, in un recente studio qualitativo sull'oggettivazione con persone transgender di colore (Flores et al., 2018), i 15 partecipanti intervistati hanno riferito che commenti sull'aspetto fisico e sulle parti del corpo, gli sguardi sessualizzati e la violenza sessuale sono state esperienze che hanno causato vissuti di vergogna, ipervigilanza e controllo del corpo, ansia per la propria sicurezza fisica, aspettative di rifiuto e autocontrollo. In secondo luogo, lo sguardo sessualizzante è presente nei **media visivi** che rappresentano tali interazioni. Nello studio di Jobe (2013), dodici esempi di notizie, televisione e film dal 1975 al 2013, sono stati analizzati sia per l'accuratezza sia per l'appropriatezza della rappresentazione delle persone transgender e *gender diverse*. È emerso da tale analisi che quasi tutti i campioni hanno utilizzato stereotipi negativi sulle persone transgender. Molti campioni si sono concentrati su personaggi transgender facendo luce sulle lotte politiche delle persone transgender in modo scherzoso o rafforzando idee sbagliate e stereotipi negativi su cosa significhi essere una persona transgender. Nonostante negli ultimi anni abbiamo visto esempi di una maggiore e più accurata rappresentazione delle minoranze di genere nei media visivi, ad esempio in serie televisive americane come “*Orange is the new black*” o “*The Fosters*”, il lavoro da fare per aumentare la complessità e la gamma di tali rappresentazioni è ancora tanto (McLaren et al, 2021). Infine, in modo più insidioso, lo sguardo sessualizzante pervade la **cultura** attraverso rappresentazioni mediatiche che enfatizzano i corpi e le loro parti, spingendo implicitamente gli spettatori ad una prospettiva sessualizzante. Ad esempio, le donne transgender possono essere maggiormente esposte al rischio di interiorizzare standard socioculturali di attrattività a causa di stereotipi degradanti secondo i quali non sono "vere donne" e necessitano di interventi medici e cosmetici (ad esempio, protesi mammarie, elettrolisi, ormoni, chirurgia per la femminilizzazione del viso, trucco, abbigliamento) per ottenere un corpo femminile ideale (MacKinnon, 2017). Concludiamo quindi che la Teoria dell'Oggettivazione è stata approfondita e ampliata per dimostrare che le persone appartenenti a minoranze di genere vivono in una cultura in cui i loro corpi sono costantemente osservati, valutati e potenzialmente oggettivati. L'obiettivo è divenuto quello di analizzare le conseguenze psicologiche ed esperienziali che l'oggettivazione

sessuale può avere sulla vita di questa popolazione, piuttosto che concentrarsi sulle sue cause.

### **1.2.2 Oggettivazione sessuale e vissuto corporeo nelle persone transgender e *gender diverse***

Le conseguenze psicologiche ed esperienziali dell'oggettivazione sessuale stanno cominciando ad essere approfondite in modo più accurato, in particolare, è ancora in via di sviluppo la ricerca relativa all'impatto di queste esperienze sulle persone transgender e *gender diverse*. Sebbene l'oggettivazione sessuale sia un fenomeno di cui le minoranze di genere fanno esperienza, le sue conseguenze non sono necessariamente inevitabili o costanti. In altre parole, l'esperienza delle persone TGD non è fissa, ma varia a seconda del contesto sociale in cui si trovano. Nel corso della giornata, l'individuo può trovarsi in ambienti che lo proteggono dalle esperienze di oggettivazione, ma anche in altri che invece ne favoriscono il verificarsi. Quando il contesto sociale accentua la consapevolezza di essere osservati o giudicati per il proprio corpo, è più probabile che si moltiplichino le conseguenze negative relative a questo tipo di eventi. Di conseguenza alcune persone TGD possono sentirsi costantemente osservate e giudicate indipendentemente dal contesto, mentre altre percepiscono questa pressione solo in momenti particolari, ad esempio quando ricevono un commento degradante mentre camminano per strada. Fredrickson e Roberts (1997) identificano le conseguenze psicologiche ed esperienziali dell'oggettivazione sessuale focalizzandosi su quattro dimensioni principali:

- (a) l'emozione della vergogna,
- (b) l'emozione dell'ansia,
- (c) gli stati motivazionali ottimali,
- (d) la consapevolezza degli stati corporei interni.

### 1.2.2.1 L'emozione della vergogna

La vergogna è un'emozione negativa che emerge quando le persone si confrontano con un ideale culturale o interiorizzato, sentendosi inadeguate rispetto ad esso (Darwin, 1965; Lewis, 1992). Chi prova vergogna tende a estendere il senso di fallimento all'intera identità personale (ad esempio, "Sono una persona cattiva"), e a non limitare quel vissuto ad un'azione specifica (ad esempio, "Ho fatto qualcosa di sbagliato") (Lewis, 1971; Tangney et al., 1996). Darwin identifica l'emozione della vergogna come strettamente legata alla percezione dello sguardo altrui: si scatena non solo in relazione al giudizio su sé stessi, ma soprattutto in relazione al timore di ciò che gli altri possono pensare. Alla luce di queste riflessioni possiamo affermare come la vergogna sia un'emozione profondamente sociale, nata dall'incontro tra un'autovalutazione negativa e la paura dell'esposizione pubblica. Numerosi studi hanno evidenziato che le donne cisgender tendono a provare vergogna più frequentemente degli uomini cisgender (Lewis, 1971; Silberstein et al., 1987; Stapley & Haviland, 1989). La vergogna legata al corpo è spesso associata all'oggettivazione sessuale (Watson & Dispenza, 2015) e può intensificarsi fino a trasformarsi in un senso di vergogna generalizzato quando le persone transgender e *gender diverse* subiscono, insieme ad essa, microaggressioni legate alla loro identità di genere (ad esempio, riferimento a loro con l'uso di pronomi errati). In altre parole, le persone transgender non solo possono provare vergogna per il proprio corpo in situazioni che le disumanizzano, ma possono anche ricevere messaggi che invalidano la loro identità di genere, suggerendo che essa non rientri negli standard imposti dalla società cissessista. Il senso di inadeguatezza rispetto a queste norme sociali può determinare l'insorgenza di sentimenti di vergogna (Fredrickson & Roberts, 1997), emozione strettamente legata alle variabili del modello panteorico. Studi precedenti hanno evidenziato una connessione tra la vergogna, lo stress delle minoranze e un peggioramento della salute mentale tra individui appartenenti a minoranze di genere e sessuali (Mereish et al., 2019; Mereish & Poteat, 2015; Scheer et al., 2020). Tuttavia, le persone transgender risultano spesso sottorappresentate in queste ricerche (Tebbe et al., 2016). Le sensazioni causate dall'emozione della vergogna possono andare da un forte desiderio di nascondersi, sfuggire allo sguardo altrui o addirittura scomparire, fino a sensazioni di impotenza e inutilità (Darwin, 1965; Lewis, 1992; Tangney et al., 1996). Nei casi più estremi, tale vissuto può portare a una frammentazione dello stato di coscienza. La vergogna legata

all'aspetto fisico diventa dunque cronica e trasforma il raggiungimento degli standard di bellezza imposti dalla società in un dovere morale. Di conseguenza, le persone che non soddisfano il raggiungimento di tali ideali vengono giudicate come indisciplinate o perfino immorali. Alla luce di queste riflessioni, Fredrickson e Roberts (1997) affermano che il controllo costante del corpo incentivato da una cultura che lo oggettivizza, può far sì che le donne vivano una vergogna persistente, difficile da superare e percepita come una questione non solo estetica, ma anche morale. Deduciamo che possano andare incontro a un vissuto di questo tipo le persone transgender e *gender diverse*, in quanto sottoposte in modo simile ad esperienze degradanti e deumanizzanti di oggettivazione sessuale e sentimenti di vergogna.

### 1.2.2.2 L'emozione dell'ansia

Le persone provano l'emozione negativa dell'ansia quando anticipano un pericolo o una minaccia per sé stesse; a differenza della paura, però, queste minacce tendono a rimanere ambigue (Lazarus, 1991; Öhman, 1993). L'ansia si manifesta principalmente attraverso tensione muscolare, ipervigilanza e continua scansione dell'ambiente circostante (DSM-IV, American Psychiatric Association [APA], 1994). Due tipi di ansia individuati da Fredrickson e Roberts (1997), causate dalle esperienze di oggettivazione sessuale di cui sono vittime le donne cisgender, sono l'ansia legata all'aspetto fisico e l'ansia legata alla sicurezza personale. Studi empirici confermano che le donne provano più **ansia per il proprio aspetto** rispetto agli uomini (Dion et al., 1990) e che questa ansia abbia radici in esperienze sociali negative vissute nella prima infanzia, come ricevere commenti critici sul proprio aspetto fisico. L'ansia per l'aspetto si manifesta spesso attraverso la necessità di controllare e aggiustare ripetutamente la propria presentazione (Keelan et al., 1992). Tuttavia, l'**ansia** per l'aspetto fisico non riguarda solo la cosiddetta vanità, ma è strettamente legata anche alla **sicurezza personale**. In una certa misura tutte le donne vivono con la consapevolezza della possibilità di essere vittime di aggressioni sessuali; perciò, si instaura in loro uno stato costante di allerta rispetto al rischio di subire danni fisici a sfondo sessuale (Beneke, 1982; Brownmiller, 1975; Griffin, 1979; Pollitt, 1985). Studi empirici dimostrano che questa preoccupazione è una fonte quotidiana e cronica di ansia per molte donne, influenzando sia la loro vita personale che professionale (Gordon

& Riger, 1989; Rozee, 1988). In sintesi, una cultura che oggettivizza il corpo femminile espone le donne a una costante serie di situazioni che generano ansia, costringendole a mantenere un livello quasi cronico di vigilanza sia per il proprio aspetto fisico sia per la propria sicurezza personale. Le persone transgender e *gender diverse* similamente, in quanto vittime di oggettivazione sessuale, potrebbero fare esperienza di entrambi questi tipi di ansia. Le minoranze di genere potrebbero essere più propense a interiorizzare gli ideali di apparenza centrati sulle persone cisgender per evitare discriminazioni e per "passare" come cisgender (Brewster et al., 2019). Nello studio qualitativo di Sevelius (2013) sulle donne transgender, quasi tutte le 22 partecipanti intervistate hanno parlato di un profondo desiderio di passare per cisgender, che si manifestava con un "intenso auto-monitoraggio del loro corpo e dei tratti del viso con un occhio critico verso ciò che li fa apparire più apparire più maschili o femminili". Tuttavia, mentre alcune donne transgender considerano che passare per donne cisgender sia spesso essenziale per la sicurezza lavorativa, il rifugio o la sicurezza fisica e quindi evitare esperienze discriminatorie; per alcune altre le esperienze dirette di oggettivazione sessuale possono paradossalmente essere vissute come affermative rispetto alla loro identità di genere (Brewster et al., 2019).

### **1.2.2.3 Lo stato di "flow"**

Quando una persona è immersa in un'attività impegnativa, sia mentalmente sia fisicamente, può provare una sensazione di profonda e intensa gratificazione e piacere. Questo stato è definito da Csikszentmihalyi (1982, 1990) "*flow*", inteso come quella condizione in cui mente e corpo vengono spinti ai loro limiti attraverso un impegno volontario per raggiungere un obiettivo complesso e significativo (Deci & Ryan, 1985). Secondo Csikszentmihalyi (1990), il *flow* rappresenta un'esperienza appagante durante la quale ci sentiamo completamente vivi, liberi dalle influenze esterne, creativi e felici. Egli sostiene che fare esperienza di questo stato frequentemente riporta una migliore qualità della vita. Tuttavia, per raggiungere questo stato è necessario essere capaci di distanziarsi dalla consapevolezza di sé. A dimostrazione di ciò, diversi studi hanno evidenziato che la motivazione intrinseca tende a ridursi quando una persona diventa più consapevole di sé,

come quando posta di fronte a uno specchio o a una videocamera (Plant & Ryan, 1985). Nel caso delle donne, è emerso come l'interiorizzazione dello sguardo altrui sul proprio corpo generi un senso di costante autoconsapevolezza, che limita l'accedere a stati motivazionali ottimali. In altre parole, una cultura che oggettivizza il corpo femminile porta le donne a rivolgere continua attenzione verso il proprio aspetto, ostacolando la possibilità di raggiungere e mantenere stati di *flow*, influenzando negativamente sulla loro qualità della vita. Allo stesso modo, si può ipotizzare che anche le persone transgender incontrino difficoltà nel raggiungere lo stato di flow. Infatti, la pressione sociale a conformarsi a standard estetici cissessisti può portarle a un monitoraggio costante del proprio corpo, con l'obiettivo di adattarlo a tali modelli (Brewster et al., 2019; Velez et al., 2016).

#### **1.2.2.4 La consapevolezza degli stati corporei interni**

Il modello dell'oggettivazione suggerisce che le donne sviluppino una visione esterna del proprio corpo, a cui si associa la tendenza e la capacità di osservarlo come farebbe un estraneo (Pennebaker & Roberts, 1992; Roberts & Pennebaker, 1995). Numerose ricerche dimostrano che le donne, in mancanza di segnali ambientali chiari, sono meno accurate degli uomini nel percepire le proprie sensazioni fisiologiche interne (ad esempio, battito cardiaco, contrazioni gastriche e livelli di glucosio nel sangue; Blascovich et al., 1992; Harver, Katkin, & Bloch, 1993; Katkin, 1985; Katkin et al., 1981), di conseguenza, le donne tendono ad affidarsi meno a tali segnali per comprendere il proprio stato emotivo. Una possibile spiegazione della minore attenzione femminile ai segnali corporei interni riguarda l'influenza della dieta e del controllo dell'alimentazione. Fin dall'adolescenza, per molte donne l'impegno nel mantenimento di un corpo magro diventa una priorità. In molti casi questo avviene attraverso il ricorso a diete restrittive (Dornbusch et al., 1987; Silberstein et al., 1987; Thornberry et al., 1986). In merito a tali dati, alcuni studiosi hanno ipotizzato che questa abitudine potesse determinare una riduzione più generale della sensibilità ai segnali corporei interni, perché il controllo del peso comporta la soppressione della fame (Heatherton et al., 1989; Polivy et al., 1990). Un'altra spiegazione che viene fornita riguarda il continuo monitoraggio del proprio aspetto fisico, fenomeno che risulta essere particolarmente presente nelle società che tendono a oggettivare il corpo

femminile. In questa prospettiva, i contesti in cui le donne sono particolarmente esposte allo sguardo e al giudizio altrui potrebbero favorire una minore consapevolezza delle proprie sensazioni corporee interne. Ripetute esperienze di questo tipo potrebbero portare, nel tempo, a una generale perdita della capacità di percepire i segnali del proprio corpo. Analogamente, come già evidenziato, le persone TGD manifestano spesso una forte preoccupazione per la propria immagine corporea (Strübel et al., 2020). Questa ansia può tradursi in comportamenti poco salutari finalizzati al controllo del peso e della forma fisica, come l'uso di pillole dimagranti, il vomito autoindotto o i lassativi (Diemer et al., 2015). Considerando le ricerche condotte sulle donne cisgender e il loro rapporto con la sessualizzazione del corpo, si può ipotizzare che anche le minoranze di genere potrebbero sperimentare una ridotta consapevolezza delle proprie sensazioni corporee. Tuttavia, ulteriori studi sono necessari per approfondire il fenomeno all'interno di queste popolazioni specifiche.

## **1.3 Teoria del Minority Stress e Discriminazione Antitransgender**

### **1.3.1 Teoria del Minority Stress (Meyer, 2003; Testa et al., 2015)**

Il modello di Stress delle Minoranze di Meyer (2003, 2008) nasce per concettualizzare come lo **stress sociale** affrontato dalle persone delle popolazioni minoritarie, in particolare le minoranze sessuali, intese come persone lesbiche, gay e bisessuali (LGB) abbia un impatto negativo sulla loro **salute mentale**. Meyer propone una distinzione dei fattori di stress affrontati dalle minoranze in due categorie: **fattori di stress distali** o esterni e **fattori di stress prossimali** o interni. Con i primi, facciamo riferimento ad esperienze dirette di discriminazione, rifiuto o violenza legate alla propria identità, le quali aumentano il vissuto di disagio dell'individuo appartenente alla minoranza e impattano conseguentemente la sua salute mentale. I secondi comprendono la paura di ulteriori vittimizzazioni e discriminazioni, sfiducia negli altri, convinzioni negative interiorizzate sulla propria identità e lo stress di nascondere la propria identità (Meyer, 1995). Successivamente Meyer approfondisce anche il ruolo di quelli che possono essere

i **fattori di resilienza** di queste popolazioni, ossia esperienze specifiche che hanno il potenziale di mitigare l'impatto sulla salute fisica e psicologica dei fattori di stress minoritario. Ad esempio, gli individui appartenenti a minoranze sessuali che interagiscono con altre persone appartenenti alla comunità LGB potrebbero ricevere supporto sociale ed emotivo da quest'ultimi, provare orgoglio identitario e una sensazione di appartenenza. Tali elementi rappresentano esperienze protettive contro alcuni fattori di stress tipici di questa popolazione. Il modello di Stress delle Minoranze è stato supportato dalla letteratura recente, in particolare per le **minoranze sessuali**, per cui sono state individuate associazioni tra tassi più elevati di problemi di salute mentale e livelli più elevati di stress (Meyer, 1995, 2003; Williamson, 2000). Tra i correlati dello stress delle minoranze che sono stati documentati possiamo citare livelli più elevati di disturbi psichiatrici, disagio psicologico, disturbi dell'umore, ansia sociale, ansia generalizzata, abuso di sostanze e assunzione di rischi sessuali (Bockting et al., 2013; Singh et al., 2011; Testa et al., 2012). Il modello di Meyer è stato testato per dimostrare che ogni aspetto dello stress delle minoranze sessuali è associato individualmente a **esiti negativi per la salute mentale**. Igartua e colleghi (2009), ad esempio, hanno dimostrato a tassi più elevati di omofobia interiorizzata hanno si associano tassi più elevati di sintomi depressivi e ansiosi. Mays e Cochran (2001) hanno verificato che individui appartenenti a minoranze sessuali che hanno segnalato di essere vittime di esperienze di discriminazione, erano più probabilmente diagnosticati anche con un disturbo dell'umore o un disturbo da abuso di sostanze. In seguito, numerosi studi sviluppati a partire dagli assunti teorici di Meyer (2003) hanno attestato come diversi elementi del modello di Stress delle Minoranze validi per le minoranze sessuali, fossero in larga parte applicabili anche alle **minoranze di genere**, intese come persone **transgender e gender diverse** (TGD; Bockting et al., 2013; Singh et al., 2011; Testa et al., 2012). Dunque, sebbene il modello di Meyer non sia stato specificamente progettato per le persone TGD, gli studi confermano che la comunità transgender e *gender diverse* fa esperienza di un alto tasso di fattori di stress delle minoranze, tra cui discriminazione, stigma, violenza fisica e sessuale, a causa della loro identità di genere (Clements-Nolle et al., 2006; Grant et al., 2010; Kenagy, 2005; Marcellin et al., 2013; Testa et al., 2012; Xavier et al., 2005). Numerosi studi recenti, di valutazione dei bisogni e sondaggi condotti tra le persone transgender, hanno costantemente dimostrato che i membri di questa popolazione riportano alti livelli di

violenza fisica e sessuale (Clements-Nolle et al., 2006; Kenagy & Bostwick, 2005; Lombardi et al, 2002). Testa e altri colleghi (2012) hanno descritto che il 50% dei 271 individui TGD partecipanti alla loro ricerca riportava almeno un evento discriminatorio legato alla propria identità e/o espressione di genere, il 38% dei partecipanti avevano una storia di violenza fisica, e il 27% una storia di violenza sessuale. Similmente, Clements-Nolle e altri (2006) hanno condotto uno studio con 515 individui appartenenti alla popolazione TGD di San Francisco, evidenziando come il 36% segnalava vittimizzazione fisica legata al genere e il 63% segnalava vittimizzazione verbale legata al genere. Le valutazioni dei bisogni e altri sondaggi che utilizzano metodi di campionamento comunitario, come nello studio di Xavier e colleghi (2005), tendono a coinvolgere in modo maggiore le fasce più vulnerabili delle popolazioni target. Di conseguenza, i partecipanti a tali ricerche appartengono spesso a più di un gruppo minoritario, affrontando quindi oppressioni su più fronti. Questo aspetto mette in evidenza chiaramente lo stress vissuto dalle minoranze, raggiungendo coloro che sperimentano tale stress in modo particolarmente forte. Tuttavia, l'utilizzo di campioni basati sulle comunità potrebbe portare a sovrarappresentare i problemi specifici delle popolazioni target. Per superare questa limitazione, alcuni autori hanno sviluppato un approccio basato sul campionamento di gruppi minoritari, come le persone transgender e *gender diverse*, senza indagare esplicitamente le esperienze di violenza o discriminazione. In tal modo Beemyn e Rankin (2011) hanno scoperto che il 27% dei 400 intervistati della loro ricerca riferiva di essere stato molestato a causa della propria identità di genere o espressione di genere nell'ultimo anno. Anche Xavier e colleghi (2007), utilizzando un approccio misto (su carta e online), hanno messo in evidenza come il 20% dei partecipanti è stato rifiutato per un posto di lavoro a causa del proprio status di persona transgender, mentre il 13% ha riferito di essere stato licenziato per lo stesso motivo e un quarto degli intervistati ha dichiarato di aver vissuto un periodo senza fissa dimora. Lombardi e colleghi (2002) affermano inoltre, su un campione di 402 partecipanti TGD con dati raccolti lungo il corso di 12 mesi, è emerso come questi avessero 3 volte più probabilità di subire discriminazioni economiche (ad esempio, rifiuto di un lavoro) rispetto agli individui cisgender.

### 1.3.2 Discriminazione antitransgender e impatto psicologico sulle persone transgender

Similmente alla popolazione generale, le minoranze di genere affrontano **fattori di stress della vita quotidiana** che possono spingerle a rivolgersi a delle figure professionali che possono offrire sostegno psicologico. Nonostante ciò, oltre a questi fattori di stress generali, le persone transgender sono vittime di esperienze di **discriminazione, violenza e rifiuto** legate alla loro identità o espressione di genere. Risulta dunque rilevante analizzare il singolo impatto di tali esperienze su questa comunità, poiché la maggiore prevalenza di disturbi mentali tra le persone transgender è riconducibile ad esse (Hendricks & Testa, 2012). La presente riflessione è coerente con il modello di Stress delle Minoranze di Meyer (2003) il quale ha individuato un'incidenza più elevata di disturbi mentali tra le persone LGB; con le quali le persone transgender e *gender diverse* condividono simili esperienze discriminatorie. Diversi studi hanno esaminato la connessione tra **fattori di stress distali** (ad esempio, discriminazione e minacce alla sicurezza o all'incolumità della persona), che Meyer (1995) definisce come "obiettivi" in quanto osservabili e verificabili, e problemi di salute mentale nella popolazione TGD. Bockting e colleghi (2013) affermano che subire pregiudizi e discriminazioni determini con maggiore probabilità tassi più alti di disagio psicologico. Non sorprende dunque che recentemente sia emerso come le persone TGD vittime di discriminazione, violenza fisica e sessuale avevano una probabilità quattro volte maggiore di tentare il suicidio (Clements-Nolle et al., 2006; Testa et al., 2012). La ricerca relativa all'associazione tra fattori di stress distali e peggiori esiti di salute mentale nella popolazione transgender si sta affermando. Allo stesso modo, è necessario incrementare la ricerca che riguarda i **fattori di stress prossimali**. Infatti, risulta fondamentale, al fine di una migliore comprensione del vissuto delle minoranze di genere, approfondire l'impatto psicologico di fattori come le aspettative di violenza e la transfobia interiorizzata. A tal proposito, Diamond e colleghi (2022) propongono che il tassello mancante nella relazione tra esperienze discriminatorie subite dalle popolazioni marginalizzate e problemi di salute di quest'ultime, potrebbe essere la sicurezza sociale (intesa come connessioni sociali affidabili, unite ad esperienze di inclusione e protezione). Questi ricercatori mettono in evidenza come l'assenza di sicurezza sociale possa essere altrettanto dannosa per la salute delle persone stigmatizzate quanto la presenza di fattori di stress di minoranza, proponendo la **Teoria della Sicurezza**

**sociale** o “*Social security*”. È stato dimostrato come, la mancanza di questa forma di supporto nella vita delle minoranze, abbia effetti deleteri a lungo termine sul funzionamento cognitivo, emotivo e immunologico di questa popolazione, anche quando l'esposizione allo stress delle minoranze è bassa. Ad esempio, dal sondaggio svolto da Beemyn e Rankin (2011) sulle persone transgender è emerso come oltre la metà dei partecipanti ha dichiarato di aver "intenzionalmente nascosto la propria identità di genere per evitare intimidazioni". Possiamo inferire che siano queste stesse aspettative di violenza e discriminazione a determinare bassi tassi di denuncia della violenza di genere alla polizia (Testa et al., 2012) e tassi ridotti di accesso ai servizi sanitari disponibili tra le popolazioni transgender (Simpson et al., 2013). La ricerca che valuta direttamente la transfobia interiorizzata ha cominciato a svilupparsi in larga parte negli ultimi anni. Bockting (2015), ad esempio, propone una differenziazione della transfobia interiorizzata in due categorie: la **transfobia interiorizzata “verticale”**, cioè l'espressione del pregiudizio verso sé stessi o vergogna verso la propria identità TGD; e la **transfobia interiorizzata “orizzontale”**, cioè i sentimenti di alienazione verso altre persone TGD. Sulla base di questa distinzione, Scandurra e colleghi (2018) hanno messo in evidenza come la transfobia interiorizzata è associata a una salute mentale peggiore nelle persone TGD. In particolare, gli stessi ricercatori hanno riscontrato che la transfobia interiorizzata orizzontale (cioè l'alienazione) era associata positivamente sia all'ansia sia alla depressione, mentre la transfobia interiorizzata verticale (cioè la vergogna) solo alla depressione. Questo risultato è interessante perché mostra il diverso impatto che la transfobia interiorizzata potrebbe avere sulla salute mentale sulla base della sua dimensionalità. Un'analisi basilare sugli effetti delle aspettative e delle cognizioni riguardo al sé suggerisce dunque che i fattori di stress prossimali potrebbero avere un impatto altrettanto significativo sulla salute mentale delle persone transgender (Hendricks & Testa, 2012). Tuttavia, Meyer (1995) ha anche sottolineato che non tutti gli effetti dello stress delle minoranze sono negativi. I membri dei gruppi minoritari sviluppano spesso **strategie di coping e resilienza** in risposta ai pregiudizi e ad altre forme di oppressione. I fattori che Meyer definisce come aventi un ruolo centrale, nel proteggere le persone TGD contro lo stress, sono i **legami con la comunità e l'orgoglio**. Infatti, la connessione di persone TGD con altri membri della comunità transgender è associata al benessere di questi ultimi (Mizock & Lewis, 2008; Singh et al., 2011). In particolare, creare un'identità

all'interno del gruppo, permette ai suoi membri di confrontarsi con individui con esperienze simili tra loro, *“piuttosto che ai membri della cultura dominante”* (Meyer, 2003). In questo processo, le persone appartenenti a gruppi minoritari possono accedere a "risorse importanti come la solidarietà e la coesione del gruppo" (Meyer, 2003). Generalmente, l'accesso a tali risorse è precluso invece alle persone TGD che non si presentano apertamente come parte della minoranza, poiché essere *“invisibili”* ad altri membri dell'gruppo rende difficile la creazione di legami, e quindi la possibilità di supporto, da parte di altri individui della comunità. Secondo la ricerca di Sánchez e Vilaín (2009), le minoranze di genere, in alcuni casi, possono essere tagliate fuori da tali fattori protettivi a causa di loro opinioni negative sulla comunità TGD stessa. Sembra infatti che, tra le 53 partecipanti del loro studio, quanto più fossero presenti opinioni negative rispetto alla comunità transgender e *gender diverse* (riassumibili con il termine *“transfobia interiorizzata”*), quanto maggiore fosse la probabilità che andassero incontro a disagio psicologico. Per contro, Testa e colleghi (2014) hanno dimostrato che, come membri della comunità TGD, essere a contatto con altre persone transgender e *gender diverse* nelle prime fasi di sviluppo dell'identità determina una minore incidenza di sintomatologia ansiosa e ideazione suicidaria. Deduciamo, dunque, che **i fattori di resilienza** individuati per le minoranze sessuali potrebbero assumere rilevanza anche nella vita delle persone TGD. Nel complesso, nonostante la letteratura in merito allo stress delle minoranze e i fattori protettivi siano importanti, è bene evidenziarne alcune **limitazioni**. In particolare, risulta essere ancora esiguo il numero di misure e ricerche che prendono in considerazione specificamente l'esperienza delle minoranze di genere; è necessario, dunque, che si presti attenzione maggiore alle specifiche esperienze di tale popolazione (Testa et al., 2015). Infatti, nonostante alcuni aspetti dal modello di Stress delle minoranze di Meyer funzionino in parallelo per le persone TGD e LGB (Hendricks & Testa, 2012), risulta imperativo tenere in considerazione specifiche modifiche per rappresentare in modo più preciso gli stressor specifici dell'esperienza di persone TGD. In tal senso, è evidente che, nonostante molti dei **fattori di stress distali** individuati da Meyer per le minoranze sessuali siano accomunabili a quelli subiti dalle minoranze di genere (come esperienze di violenza e rifiuto; Hendricks & Testa, 2012), alcuni altri siano unici alla comunità transgender e *gender diverse*. Tra questi sottolineiamo le esperienze di impossibilità di accedere a documenti legali o cure mediche a causa di differenze nei registri riguardanti

il loro sesso o nome, discriminazione nell'ottenimento di cure mediche e l'impossibilità di accedere a servizi igienici sicuri in luoghi pubblici (Bauer, 2012; Bauer et al., 2014; Budge et al., 2010; Grant et al., 2010; Scheim et al., 2014). Un ulteriore fattore di stress distale che assume rilevanza per le persone TGD può essere etichettato come “non affermazione”, intesa come la mancata conferma del senso interno della propria identità di genere da parte degli altri. Un esempio di questo stressor potrebbe verificarsi quando una donna transgender viene chiamata “signore” quando risponde al telefono, o essere chiamata con il nome maschile che le è stato assegnato alla nascita (noto anche come “*dead name*”). È un caso ancora diverso quello delle persone transgender aventi un'identità non binaria, cioè non rinchiudibile nel binario di genere femminile o maschile (ad esempio persone non-binarie o gender queer). Questi individui vanno incontro ad esperienze di non affermazione sulla base di come il contesto sociale in cui sono inseriti interpreta la loro espressione di genere in un dato momento (Beemyn & Rankin, 2011; Bockting & Coleman, 2016; Nuttbrock et al., 2002). I **fattori di stress prossimali** (ad esempio, la transfobia interiorizzata e il timore di esperienze di discriminazione) potrebbero essere interpretati come paralleli a quelli affrontati dalle popolazioni LGB (ad esempio, omofobia interiorizzata; Hendricks & Testa, 2012). Nonostante ciò, ci sono differenze nel vissuto della dissimulazione o non divulgazione dell'identità tra persone LGB e persone TGD. La comunicazione al mondo esterno del proprio genere avviene spesso attraverso caratteristiche e connotati fisico-estetici, piuttosto che tramite il comportamento o la comunicazione verbale; perciò, la divulgazione dell'identità di genere delle persone transgender dipende spesso da fattori quali genetica, accesso alle cure mediche, fase di transizione ed età al momento della transizione. Inoltre, in diverse culture e lingue, il genere è una caratteristica che viene utilizzata all'interno della comunicazione per riferirsi al proprio interlocutore, perciò anche se non indagato esplicitamente, viene comunque ipotizzato dal partner sociale con cui si interagisce. Infine, bisogna considerare che le persone TGD che affrontano un percorso di affermazione di tipo medico-ormonale dovranno divulgare la propria identità in modo diverso nel corso del tempo. Se, ad esempio, un uomo transgender inizialmente viene percepito dalle persone che lo circondano come donna, dovrà inizialmente fare coming out come uomo transgender. Tuttavia, nelle fasi successive del suo percorso di affermazione di genere potrebbe apparire a chi lo circonda come uomo cisgender; di

conseguenza, a sua discrezione, dovrà decidere se rivelare o no che il genere maschile non è quello che gli è stato assegnato alla nascita. Concludiamo dunque che, considerate le differenze illustrate che interessano tra i fattori di stress distali e prossimali delle minoranze sessuali e di genere, è essenziale ampliare la letteratura in modo che si disponga di **informazioni più complete relative al vissuto delle persone TGD** e alle conseguenze di questi stressor a livello fisico e psicologico.

## **Capitolo 2: Disturbi Alimentari e Fattori Protettivi nelle Persone Transgender**

### **2.1 Disturbi Alimentari: Definizione, Tipologie e Fattori di Rischio**

#### **2.1.1 Disturbi alimentari e criteri diagnostici**

La quinta edizione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5) è lo strumento di classificazione e assessment pubblicato nel 2013 dall'American Psychiatric Association (APA). Quest'ultimo fornisce i criteri diagnostici per i disturbi mentali, per assistere i clinici in valutazioni e diagnosi efficaci. Secondo la definizione del DSM-5, i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA) sono caratterizzati da una persistente alterazione del comportamento alimentare e dei comportamenti correlati all'alimentazione, che porta a cambiamenti nell'assunzione di cibo tali da influenzare in modo significativo la salute fisica o il funzionamento psicosociale. Tali disturbi si suddividono in pica, disturbo da ruminazione, disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo, anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbo da binge-eating. I criteri diagnostici per tali disturbi esistono in uno schema di classificazione reciprocamente esclusivo. Secondo questo approccio, nonostante un certo numero di caratteristiche comportamentali e psicologiche siano comuni ai disturbi, questi differiscono sostanzialmente per decorso clinico, esito e necessità di trattamento (American Psychiatric Association, 2013).

##### **2.1.1.1 Pica**

La pica si definisce come una condotta disfunzionale che prevede la persistente ingestione di sostanze senza contenuto alimentare, non commestibili (per un periodo di almeno 1 mese; **Criterio A**). La suddetta condotta è da considerarsi inappropriata rispetto allo stadio di sviluppo dell'individuo (**Criterio B**) e non deve far parte pratiche culturalmente sancite o socialmente normate (**Criterio C**). La diagnosi di tale disturbo può essere fatta in caso di comorbidità con un altro disturbo mentale (ad esempio,

disabilità intellettiva, disturbo dello spettro autistico o schizofrenia) o di una condizione medica (ad esempio, gravidanza), solo se la sintomatologia è sufficientemente grave da giustificare ulteriore attenzione clinica (**Criterio D**). Tra le sostanze ingerite alcuni esempi prevedono carta, sapone, stoffa, capelli, terra, vernice, gomma e metallo. In molti casi la pica giunge ad attenzione medica a seguito di varie complicazioni (per esempio, problemi meccanici all'intestino; infezioni; avvelenamento). Infatti, in base alle sostanze ingerite, il disturbo può essere potenzialmente fatale. **I tassi di prevalenza** della pica non sono chiari, sembra però che tra gli individui con disabilità intellettiva, la sua prevalenza sembra aumenti di pari passo con la gravità della condizione. La pica si riscontra sia in donne cisgender sia uomini cisgender e il suo **esordio** è più comune in età infantile; tuttavia, può nascere anche in adolescenza o in età adulta. La diagnosi risulta appropriata solo se tali desideri incontrollati portano all'ingestione di sostanze senza contenuto alimentare, non commestibili nella misura in cui l'ingestione di tali sostanze costituisce un potenziale rischio medico (American Psychiatric Association, 2013).

#### **2.1.1.2 Disturbo da ruminazione (DR)**

Il disturbo da ruminazione (DR) prevede quattro criteri diagnostici. In primis, il ripetuto rigurgito di cibo per un periodo di almeno 1 mese, che può essere rimasticato, ringoiato, o sputato (**Criterio A**). Esso si verifica senza apparente nausea, involontari conati di vomito o disgusto, dovrebbe essere frequente, verificandosi diverse volte a settimana. In secondo luogo, il rigurgito ripetuto non deve essere attribuibile a una condizione gastrointestinale associata o a un'altra condizione medica (ad esempio, reflusso gastroesofageo; **Criterio B**) e non deve manifestarsi esclusivamente durante il decorso di anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da binge-eating o disturbo evitante / restrittivo dell'assunzione di cibo (**Criterio C**). In conclusione, se i sintomi si manifestano nel contesto di un altro disturbo mentale (ad esempio, disabilità intellettiva), devono essere sufficientemente gravi da giustificare ulteriore attenzione clinica (**Criterio D**). L'**esordio** può verificarsi nella prima infanzia (più comunemente tra i 3 e i 12 mesi), ma anche in adolescenza ed età adulta. Nelle prime fasi della vita più comunemente può andare incontro a remissione spontanea, senza avere conseguenze

mediche gravi (per es., malnutrizione grave). Il DR può avere un **decorso** episodico oppure verificarsi in modo continuativo fino al trattamento. La condotta che caratterizza il disturbo sembra avere, in tutte le diverse fasi della vita in cui può insorgere, una funzione di autocalmante e di autostimolazione, simile a quella di altri comportamenti motori ripetitivi (ad esempio, lo sbattere la testa; American Psychiatric Association, 2013).

### **2.1.1.3 Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo (AFRID)**

Il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo o *Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder* (AFRID) si definisce come un disturbo della nutrizione o dell'alimentazione (ad esempio, apparente mancanza di interesse per il cibo; evitamento basato sulle caratteristiche sensoriali del cibo; preoccupazione relativa alle conseguenze negative del mangiare) che si manifesta attraverso la persistente incapacità di soddisfare le appropriate necessità nutrizionali e/o energetiche. Questo tipo di funzionamento è associato a uno (o più) dei seguenti aspetti: significativa perdita di peso (o mancato raggiungimento peso previsto nei bambini); deficit nutrizionale degno di nota; dipendenza dall'alimentazione parenterale oppure da supplementi nutrizionali orali; o marcata interferenza con il funzionamento psicosociale (ad esempio, incapacità di mangiare in pubblico; **Criterio A**). La condotta che caratterizza l'AFRID non può essere meglio spiegata da una mancata disponibilità di cibo o da pratiche culturalmente stabilite (**Criterio B**). Il disturbo non si verifica esclusivamente durante il decorso di anoressia nervosa o della bulimia nervosa, e non vi sono evidenze di un disturbo nel modo in cui vengono vissuti il peso o la forma del proprio corpo (**Criterio C**). Infine, le condotte caratteristiche del disturbo non devono essere attribuibili a una condizione medica concomitante o meglio spiegato da un altro disturbo mentale (**Criterio D**). L'AFRID si manifesta più comunemente nei bambini che negli adulti, e può esservi un lungo ritardo tra l'**insorgenza** e la manifestazione clinica. I fattori scatenanti la manifestazione variano considerevolmente e comprendono difficoltà fisiche, sociali ed emotive. Il disturbo presenta una **prevalenza** simile tra uomini cisgender e donne cisgender durante l'infanzia e la prima infanzia. Tuttavia, nei casi in cui il disturbo si

manifesta in comorbilità con un disturbo dello spettro dell'autismo, si osserva una maggiore incidenza nel sesso maschile (American Psychiatric Association, 2013).

#### **2.1.1.4 Anoressia nervosa (AN)**

L'anoressia nervosa (AN) è un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione caratterizzato dalla restrizione nell'assunzione di calorie in relazione alle necessità. Tale condotta determina un peso corporeo significativamente basso nel contesto di età, sesso, traiettoria di sviluppo e salute fisica dell'individuo. Il peso corporeo significativamente basso è definito come un peso inferiore al minimo normale oppure, per bambini e adolescenti, meno di quello minimo previsto (**Criterio A**). Secondariamente, il disturbo prevede un'intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, oppure un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche se significativamente basso (**Criterio B**). Infine, l'individuo vive in maniera alterata il peso e la forma del proprio corpo, oppure è eccessivamente influenzato da questi ultimi per determinare la sua autostima, oppure è incapace di riconoscere la gravità della sua condizione di sottopeso (**Criterio C**). L'AN si distingue in due principali sottocategorie: **tipo con restrizioni** e **tipo con abbuffate/condotte di eliminazione**. Nel primo sottotipo, l'individuo perde peso attraverso la dieta, il digiuno e/o l'attività fisica eccessiva; e non ha presentato negli ultimi tre mesi episodi di abbuffata o condotte di eliminazione (ad esempio, vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi). Il secondo sottotipo si caratterizza invece per una condotta che include, negli ultimi tre mesi, ricorrenti episodi di abbuffata o condotte di eliminazione. L'AN può determinare gravi **condizioni mediche** potenzialmente letali. Sebbene molte alterazioni fisiologiche siano reversibili con la riabilitazione nutrizionale, alcune – come la riduzione della densità minerale ossea – possono essere irreversibili. La **prevalenza** dell'AN tra giovani donne cisgender è approssimativamente dello 0,4%. Abbiamo invece minori informazioni uomini cisgender, laddove l'AN è molto meno comune. Il disturbo ha il suo esordio comunemente in adolescenza o prima età adulta, in seguito a un evento stressante. Alcuni individui che soffrono di AN si sentono globalmente sovrappeso, altri ammettono di essere magri, ma sono ancora convinti che alcune parti del corpo, siano "troppo grasse". La remissione e il decorso sono estremamente variabili

di caso in caso: la maggior parte degli individui va incontro a remissione entro 5 anni dalla sua prima manifestazione. Tuttavia, nei suoi casi più gravi, può portare alla morte per complicazioni mediche legate al disturbo o suicidio. Il **livello di gravità del disturbo** va da lieve (IMC > 17 kg/m<sup>2</sup>), moderato (IMC 16-16,99 kg/m<sup>2</sup>), grave (IMC 15-15,99 kg/m<sup>2</sup>), a estremo (IMC < 15 kg/m<sup>2</sup>; American Psychiatric Association, 2013).

#### **2.1.1.5 Bulimia Nervosa (BN)**

La diagnosi di bulimia nervosa (BN) può essere fatta in presenza di alcune caratteristiche principali. In primis, gli individui ricorrono a frequenti episodi di abbuffata, caratterizzati da entrambi i due aspetti: mangiare, in un determinato periodo di tempo, una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui assumerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili; insieme con la sensazione di perdere il controllo durante episodio di abbuffata (**Criterio A**). Seguono ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per limitare l'aumento di peso (ad esempio, vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno o attività fisica eccessiva; **Criterio B**). Inoltre, le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate devono verificarsi entrambe in media almeno una volta alla settimana per 3 mesi (**Criterio C**). L'individuo che soffre di BN presenta livelli di autostima fortemente influenzati dalla forma e dal peso del corpo (**Criterio D**). Infine, presenta le condotte di abbuffata o compensatorie non si devono manifestare esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa (**Criterio E**). Gli individui con bulimia nervosa tipicamente sono nei limiti di peso normale o leggermente sovrappeso, poiché solitamente tra un'abbuffata e l'altra, riducono il loro consumo calorico complessivo, preferendo cibi a basso contenuto calorico. La **prevalenza** del disturbo è più alta tra le donne cisgender giovani adulte, per cui la prevalenza rispetto agli uomini cisgender è 10:1. È stato riportato un rischio significativamente elevato di **mortalità** (per tutte le cause e suicidio) negli individui con BN. Il **livello di gravità del disturbo** va da lieve (una media di 1-3 episodi di condotte compensatorie inappropriate a settimana), moderato (una media di 4-7 episodi di condotte compensatorie inappropriate a settimana), grave (una media di 8-13 episodi di condotte compensatorie inappropriate

a settimana), ad estremo (una media di 14 o più episodi di condotte compensatorie inappropriate a settimana; American Psychiatric Association, 2013).

#### **2.1.1.6 Disturbo da binge-eating (BED)**

Il primo criterio diagnostico a definire il disturbo da binge-eating (BED) sono ricorrenti episodi di abbuffata, caratterizzati da mangiare, in un determinato periodo di tempo, una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili; accompagnati dalla sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (Criterio A). Tali episodi di abbuffata si associano solitamente a diversi aspetti quali, ad esempio, mangiare molto più rapidamente del normale; mangiare fino a sentirsi sgradevolmente pieni; mangiare grandi quantitativi di cibo anche se non ci si sente affamati; e/o mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando (Criterio B). Caratterizza il BED anche un intenso disagio relativo alle abbuffate (Criterio C), che si verificano in media almeno una volta ogni settimana per tre mesi (Criterio D). Tuttavia, l'abbuffata non è associata ad altre condotte compensatorie invece presenti nella BN, e non si verifica unicamente nel corso di una AN o BN in atto. Il disturbo da binge-eating si verifica in individui normopeso/sovrappeso e obesi; tuttavia, la maggior parte degli individui obesi non si abbandona a ricorrenti abbuffate. Inoltre, se confrontati con individui obesi di pari peso senza disturbo da binge-eating, gli individui con BED riportano una minore qualità di vita. La **prevalenza** del disturbo da binge-eating tra donne cisgender e uomini cisgender è rispettivamente di 1,6% e 0,8%. Il rapporto di genere nel disturbo da binge-eating è molto meno asimmetrico rispetto alla bulimia nervosa. Il disturbo da binge-eating ha il suo **esordio** tipicamente negli adolescenti o nella prima età adulta, ma può iniziare anche in tarda età adulta. Il **livello di gravità** si basa sulla frequenza degli episodi di abbuffata e si divide in lieve (da 1 a 3 episodi di abbuffata a settimana), moderata (da 4 a 7 episodi di abbuffata a settimana), grave (a 8 a 13 episodi di abbuffata a settimana) ed estrema (14 o più episodi di abbuffata a settimana; American Psychiatric Association, 2013).

### **2.1.1.7 Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione (OSFED)**

La categoria denominata “disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione” o *Other Specified Feeding or Eating Disorder (OSFED)* nasce per dare classificazione alle condizioni sintomatologiche tipiche dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o in altre aree importanti; ma non soddisfano pienamente i criteri per alcuno disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Alcuni esempi di manifestazioni che possono essere specificate dal clinico con la dicitura "con altra specificazione" comprendono anoressia nervosa atipica (il peso dell'individuo è all'interno o al di sopra del range di normalità); bulimia nervosa o disturbo da binge-eating a bassa frequenza e/o di durata limitata (le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano meno di una volta alla settimana per meno di 3 mesi; American Psychiatric Association, 2013).

### **2.1.1.8 Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza specificazione (UFED)**

La categoria diagnostica nota come “disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza specificazione” o *Unspecified Feeding or Eating Disorder (UFED)* comprende le manifestazioni di sintomi tipici di un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti; ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Il clinico ricorre a tale classificazione quando sceglie di non specificare i criteri per cui uno specifico disturbo della nutrizione e dell'alimentazione non sono soddisfatti e non ci sono informazioni insufficienti per porre una diagnosi più specifica (per es., in contesti di pronto soccorso).

### 2.1.2 Rischi specifici per la popolazione transgender

Un vissuto di insoddisfazione corporea e una bassa percezione della qualità di vita sono esperienze fortemente presenti sia nelle persone con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA) sia nella persone transgender e *gender diverse* (Bandini et al., 2013; De La Rie et al., 2005; Doll et al., 2005; Nobili et al., 2018; Stice & Shaw, 2002). Con la perifrasi “**insoddisfazione corporea**” si fa riferimento alla valutazione negativa che l'individuo può avere del proprio aspetto fisico o del proprio corpo (Stice & Shaw, 2002). Questo vissuto può portare a comportamenti dietetici restrittivi, ed è perciò considerato un importante fattore di rischio e di mantenimento della psicopatologia alimentare (McLean & Paxton, 2019; Stice & Shaw, 2002). La letteratura sui disturbi della nutrizione e dell'alimentazione ha rilevato come **donne** (presumibilmente) **cisgender con DNA** mostrano livelli significativamente più alti di insoddisfazione corporea rispetto a donne cisgender senza DNA (Coker & Abraham, 2014). Per le **persone TGD** invece, l'insoddisfazione corporea è probabile che si leghi a caratteristiche fisiche specifiche o all'aspetto esteriore, in relazione all'incongruenza percepita tra corpo e identità di genere (Bandini et al., 2013; Huisman et al., 2023; Jones et al., 2016; Mirabella et al., 2020). A tal proposito si è riscontrato che le persone transgender mostrano livelli di insoddisfazione corporea inferiori rispetto a persone con DNA, ma superiori rispetto a un gruppo di confronto composto da individui cisgender (Witcomb et al., 2015). Le persone *gender diverse* riportano livelli di insoddisfazione corporea più elevati rispetto a individui cisgender, tuttavia, la loro insoddisfazione tende a essere meno intensa e più focalizzata su parti del corpo visibili, rispetto ai soggetti transgender che riferiscono una più ampia insoddisfazione (Huisman et al., 2023; Jones et al., 2019). In entrambe le popolazioni, sia persone con DNA e persone TGD, l'insoddisfazione corporea è stata associata a una compromissione della qualità della vita, determinata da una **peggiore salute fisica, psicologica e sociale** (Lobera & Ríos, 2011; Simbar et al., 2018; WHOQOL Group, 1998). I DNA possono avere un impatto rilevante e determinare compromissioni significative in tutti questi domini (De La Rie et al., 2005). Un ampio studio su base comunitaria evidenzia l'impatto a lungo termine dei DNA sulla salute fisica, psicologica e sociale, anche dopo il recupero. Infatti, è stato riscontrato che non solo la qualità della vita nei **pazienti con DNA** è significativamente peggiore rispetto a un gruppo di controllo, ma che anche coloro che erano guariti da un DNA mostravano

una qualità della vita inferiore rispetto al gruppo di controllo (De La Rie et al., 2005). Inoltre, nelle persone con pregresse esperienze di DNA sembrano essere più comuni problematiche emotive e psicologiche, insieme con un'alta prevalenza di ideazione suicidaria, (Doll et al., 2005). In modo simile possiamo evincere da una revisione sistematica e metanalisi una peggiore qualità della vita delle **minoranze di genere** rispetto alla popolazione generale (Nobili et al., 2018). In tal senso è importante considerare l'elevata vulnerabilità sul piano della salute fisica e psicologica della popolazione TGD, a causa degli alti tassi di problematiche quali depressione, ansia, ideazione suicidaria, tentativi di suicidio e autolesionismo (Reisner et al., 2015). L'**eziologia dei DNA** è complessa e coinvolge l'intersezione di diversi fattori di origine biologica, psicologica e socioculturale (Culbert et al., 2015). Sono spesso accompagnati da gravi comorbidità somatiche e psichiatriche e un'elevata mortalità, dovuta sia a complicazioni somatiche sia al rischio di suicidio (American Psychiatric Association, 2013; Sullivan & Sullivan, 1995). Nello specifico, l'anoressia nervosa (AN) e la bulimia nervosa (BN) presentano alcuni tra i più **alti tassi di mortalità** dei disturbi psichiatrici (Giel et al., 2022; Sullivan & Sullivan, 1995; Van Eeden et al., 2021). Tra le **comorbidità psichiatriche** frequentemente riscontrate nelle persone con DNA si annoverano depressione, disturbi d'ansia, disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi di personalità (Rikani et al., 2013). Possono comportare anche **complicazioni mediche** come anemia, squilibri elettrolitici, disfunzioni del sistema endocrino e malattie cardiovascolari (Rikani et al., 2013; Sullivan & Sullivan, 1995). Secondo i risultati di una revisione sistematica e metanalisi, la **prevalenza** aggregata dei DNA nel corso della vita è stata stimata allo 0,91%, mentre le prevalenze nel corso della vita di AN, BN e BED sono risultate rispettivamente dello 0,16%, 0,63% e 1,53% (Qian et al., 2022). Nelle donne cisgender, le stime di prevalenza dei DNA nel corso della vita variano dal 2,58% all'8,4%, e dallo 0,74% al 2,2% negli uomini cisgender (Galmiche et al., 2019; Qian et al., 2022). Tradizionalmente, la letteratura scientifica sui DNA si è concentrata quasi esclusivamente sulle donne cisgender; negli ultimi anni, tuttavia, si è assistito a un'evoluzione significativa verso **l'inclusione di individui appartenenti a diverse identità di genere**, fasce d'età, orientamenti sessuali, gruppi etnici e contesti socioeconomici (Halbeisen et al., 2022). In particolare, tra le pubblicazioni orientate alla diversità, l'ultimo decennio ha visto una crescente attenzione nei confronti di persone transgender e con identità di genere

diverso: più del 50% degli articoli accademici focalizzati sulla diversità di genere è stato pubblicato dopo il 2010 (Matsuno & Budge, 2017; Thorne et al., 2019). Diversi studi hanno evidenziato una prevalenza significativamente più elevata di disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e di sintomi a essi associati tra le persone transgender e *gender diverse* rispetto alla popolazione cisgender (Diemer et al., 2015, 2018; Duffy et al., 2019; Lipson et al., 2019; Nagata et al., 2020a). In ampi studi di popolazione (N= 479), ad esempio, è stato osservato che una quota considerevole di soggetti transgender ha ricevuto una diagnosi di DNA nell'anno precedente allo studio, con tassi notevolmente superiori rispetto a quelli riscontrati tra le donne e gli uomini cisgender (Diemer et al., 2015; Duffy et al., 2019). Inoltre, una revisione sistematica del 2016 ha documentato livelli elevati di insoddisfazione corporea tra le persone transgender (N = 563), sottolineando come tale vissuto rappresenti un fattore di rischio centrale per lo sviluppo di comportamenti alimentari disfunzionali (Jones et al., 2016). Tra le ipotesi più accreditate per spiegare l'elevata incidenza della sintomatologia dei DNA nelle persone TGD, prendiamo in considerazione la volontà di modificare l'aspetto corporeo in funzione di una **maggiore congruenza con l'identità di genere** (Rasmussen, 2024). Tale dinamica è osservabile in modo trasversale tra persone TGD sia assegnate maschi alla nascita o *assigned male at birth* (AMAB), sia assegnate femmine alla nascita o *assigned female at birth* (AFAB). In tal senso, le condotte tipiche dei DNA (ad esempio, restrizione alimentare, esercizio fisico compulsivo e metodi compensatori) sono impiegate al fine di attenuare o enfatizzare tratti corporei ritenuti congruenti con la propria identità di genere (Ålgars et al., 2012, Avila et al., 2019; Coelho et al., 2019; Murray et al., 2013; Ristori et al., 2019; Romito et al., 2021). Per i **soggetti transgender maschili**, la riduzione della massa grassa e la soppressione della mestruazione rappresentano spesso motivazioni principali nell'adozione di comportamenti alimentari restrittivi (Avila et al., 2019). Parallelamente, nelle **donne transgender**, la ricerca di un corpo più esile e femminile può fungere da fattore motivante per lo sviluppo di tali comportamenti (Ålgars et al., 2012; Brewster et al., 2019; Hepp et al., 2004; Hepp & Milos, 2002). Le persone di **genere non conforme**, invece, tendono ad aspirare a un ideale corporeo androgino o svincolato dai modelli binari di genere. Il rapporto complesso con il proprio corpo, si configura dunque non solo come una semplice insoddisfazione rispetto al peso, ma anche come una difficoltà legata alla percezione sociale di mascolinità o femminilità (Cusack

& Galupo, 2021; Galupo et al., 2021). Alcuni casi estremi, incarnano l'ideale corporeo androgino in un corpo estremamente magro, poiché "privo" di forme sessualmente connotate (Cusack et al., 2022). Bisogna tenere conto, comunque, che le persone *gender diverse* riportano vissuti variegati ed eterogenei rispetto al proprio corpo, che spesso si distanziano dagli standard corporei normativi (Burstall et al., 2024). Mentre alcuni studi indicano una maggiore severità sintomatologica nelle persone lesbiche, gay, bisessuali e transgender (LGBTQI+) rispetto ai pazienti etero e cisgender (Coelho et al., 2021; Mensinger et al., 2020), altre ricerche non riportano differenze significative in termini di sintomi tra i diversi gruppi (Riddle et al., 2022, 2024). Le discrepanze descritte sono indicative della necessità di ulteriori ricerche volte a chiarire la prevalenza, le caratteristiche cliniche e gli esiti terapeutici dei DNA in queste popolazioni. Alcune evidenze disponibili, seppur attualmente ancora limitate, ci spingono a pensare che la **terapia ormonale di affermazione di genere (GAHT – Gender-Affirming Treatment)** potrebbe contribuire alla riduzione dei sintomi dei DNA nelle persone transgender (Jones et al., 2018; Nowaskie et al., 2021; Testa et al., 2017). In particolare, Jones e colleghi (2018) affermano, su un campione di 563 persone transgender, coloro che ricevono la GAHT riportano livelli significativamente inferiori di psicopatologia alimentare rispetto a coloro che non ricevono tale trattamento. Sembra infatti che la GAHT riduca i sintomi dei DNA attraverso la diminuzione dell'insoddisfazione corporea, confermando ancora come questa rappresenti un importante fattore di rischio per lo sviluppo della psicopatologia alimentare (Jones et al., 2018). Analogamente, uno studio qualitativo condotto da Ålgars e colleghi (2012) ha evidenziato che le persone transgender percepiscono la GAHT come un fattore che allevia i sintomi dei DNA. Possiamo ipotizzare che ciò si verifichi perché la GAHT è stata associata a un aumento del senso di congruenza di genere (Chakkour et al., 2024), il quale, a sua volta, è stato correlato a una minore incidenza di comportamenti alimentari disfunzionali sia nelle persone transgender sia in quelle *gender diverse* (Mitchell et al., 2021; Roberts et al., 2021; Uniacke et al., 2021). Con il termine "**congruenza di genere**" si fa riferimento al grado con cui un individuo si sente in armonia con la propria identità di genere e il proprio aspetto fisico (Kozee et al., 2012). In particolare, un'elevata congruenza di genere è stata associata a una minore probabilità di condotte legate ai DNA quali abbuffate, condotte di eliminazione, restrizione calorica e sviluppo muscolare eccessivo (Mitchell et al., 2021;

Roberts et al., 2021; Uniacke et al., 2021). Nowaskie e colleghi (2021) hanno proposto una differenziazione tra le persone transgender che hanno ricevuto GAHT e coloro che si trovano nelle fasi iniziali del GAHT, su un campione di 165 partecipanti tra uomini e donne TGD. I primi, si trovano solitamente in una fase più avanzata del processo di affermazione di genere, presentando quindi livelli inferiori di disforia di genere e condotte alimentari disfunzionali, al contrario dei secondi in cui entrambe le sintomatologie permangono. In conclusione, affermiamo che la ricerca attualmente disponibile sull'impatto del GAHT sulla sintomatologia dei DNA nelle popolazioni transgender e *gender diverse* risulta ancora essere scarsa. Dunque, è fondamentale includere nel corso del tempo misure più ampie del percorso di affermazione di genere, in modo da permettere una comprensione più esaustiva dell'impatto del percorso di affermazione di genere anche nelle persone *gender diverse*.

## **2.2 Relazione tra Deumanizzazione e Disturbi Alimentari**

### **2.2.1 Relazione tra deumanizzazione e interiorizzazione degli standard culturali di bellezza**

Le persone TGD fanno parte di una popolazione altamente stigmatizzata; perciò, potrebbero interiorizzare gli atteggiamenti normativi di genere della società e conseguentemente sviluppare esiti negativi per la salute mentale. Approfondire ulteriormente il **Modello Panteoretico della Deumanizzazione di Moradi** (2013) permette di far luce sui processi psicologici attraverso i quali la deumanizzazione, che si incarna nelle esperienze di discriminazione anti-transgender e oggettivazione sessuale, potrebbe influire sulla salute mentale delle persone TGD (Scandurra et al., 2018). Sembra infatti che l'esposizione ad esperienze di deumanizzazione possa promuovere sia l'internalizzazione della discriminazione nei propri valori e concetto di sé; sia la "consapevolezza", intesa come presa di coscienza o aspettativa, di potenziali future situazioni di stigmatizzazione (Bastian e Haslam, 2010; Moradi, 2013). In particolare, il quadro teorico su cui si fonda teoria dell'oggettivazione di Fredrickson e Roberts (1997), afferma che le esperienze di oggettivazione sessuale (ad esempio, molestie verbali attenzioni indesiderate nello spazio pubblico) favoriscono **l'interiorizzazione di rigidi**

**standard socioculturali di attrattiva fisica** (ad esempio, un corpo magro, ma al contempo prosperoso). Tale teoria ha dimostrato che l'assimilazione delle aspettative estetiche porta l'individuo a monitorare e sorvegliare costantemente il proprio corpo, nel tentativo di aderire a tali criteri estetici normativi. Questa sorveglianza corporea, la quale generalmente determina insoddisfazione o vergogna nei confronti del proprio corpo, può a sua volta, promuovere comportamenti disfunzionali finalizzati a compensare le presunte imperfezioni percepite (ad esempio, DNA). Pertanto, le esperienze di oggettivazione sessuale possono contribuire sia direttamente, sia indirettamente (attraverso l'internalizzazione degli standard di bellezza), allo sviluppo di comportamenti alimentari disfunzionali. È importante tenere in considerazione che la teoria di Fredrickson e Roberts (1997), in primis, si propose di cristallizzare le esperienze di oggettivazione sessuale vissute dalle donne cisgender all'interno del contesto socioculturale occidentale, e come queste potessero tradursi in rischi per la salute fisica e mentale. La suddetta teoria ha ricevuto un ampio sostegno empirico nell'arco di oltre vent'anni, dimostrandosi valida in primis per descrivere i vissuti di donne cisgender, e in seguito anche per una più vasta gamma di popolazioni (Moradi & Huang, 2008; Schaefer et al., 2018). Fredrickson e Roberts (1997) postularono che insieme allo sguardo oggettivato, le prescrizioni socioculturali relative alla bellezza rappresentavano una fonte primaria di oggettivazione per le donne. La teoria dell'oggettivazione sostiene che le ragazze e le donne sono socializzate e incoraggiate a legare il loro valore alla bellezza fisica. Infatti, i risultati economici e sociali che le donne attraenti ottengono, le incoraggiano a vivere secondo gli standard di bellezza prescritti dalla loro cultura. La conseguenza più importante e pervasiva di ciò è che le donne interiorizzano la prospettiva dell'osservatore su di sé, trattano sé stesse come oggetti da valutare e apprezzare da parte degli altri o si auto-oggettivizzano (Puvia, 2011). Gli studi che esplorano l'impatto di tali fenomeni tra le **persone transgender e gender diverse** sono ancora in numero esiguo, nonostante sia emerso che i costrutti elaborati nell'ambito della teoria dell'oggettivazione hanno una rilevanza degna di nota per questa popolazione (Sevelius, 2013). Ad esempio, a causa di stereotipi stigmatizzanti che le descrivono come non autenticamente donne, le **donne transgender** sono esposte a un rischio particolarmente elevato di interiorizzare gli standard estetici socioculturali. Questi ultimi implicano la necessità di interventi medici o cosmetici (ad esempio, protesi mammarie, epilazione, terapie ormonali, chirurgia di

femminilizzazione del volto, trucco, abbigliamento) per raggiungere un ideale corporeo femminile (MacKinnon, 2017). L'imposizione e quindi interiorizzazione del concetto canonico di bellezza, unita alla percezione di discrepanza tra il corpo reale e quello idealizzato, può condurre tale popolazione a vissuti problematici legati all'immagine corporea, come la sorveglianza corporea. Per quanto riguarda l'internalizzazione degli ideali di bellezza nella **popolazione transgender maschile**, analizziamo i risultati dello studio di Wehrmann e colleghi (2025). Questi ultimi hanno esplorato come la pressione mediatica influenzi la soddisfazione corporea negli adolescenti TGD, analizzando il ruolo mediatore dell'internalizzazione degli ideali corporei (ideale di magrezza e di muscolosità) e del confronto dell'aspetto fisico con gli altri. La ricerca ha messo in evidenza come su un campione di 188 adolescenti TGD, le persone AFAB (prevalentemente ragazzi trans) riportassero una maggiore internalizzazione dell'ideale muscolare rispetto alle persone AMAB. Similmente, utilizzando un campione rappresentativo a livello nazionale composto da 304 uomini transgender, lo studio di Velez e colleghi (2016) ha strutturato un modello panteorico di disumanizzazione (Moradi, 2013), integrando ipotesi derivate dalla teoria dell'oggettivazione (Fredrickson & Roberts, 1997), dalla teoria dello stress di minoranza (Meyer, 2003) e da evidenze empiriche relative all'immagine corporea maschile. Tramite tale ricerca è emerso come l'interiorizzazione degli standard socioculturali di bellezza avesse un effetto diretto statisticamente significativo sul comportamento di esercizio compulsivo degli uomini transgender. Per quanto riguarda gli individui **gender diverse**, attualmente non disponiamo di ricerche che abbiano tentato di ampliare il modello panteoretico della disumanizzazione a questa popolazione, allo stesso modo degli individui transgender binari. Questo spazio mancante nella letteratura attuale può essere spiegato con l'ampia varietà del vissuto corporeo delle persone *gender diverse*, le quali a seconda delle singolari esperienze che li interessano possono mettere in atto condotte alimentari disfunzionali per apparire più maschili, femminili e/o androgini (Zamantakis e Lackey 2022). Nel complesso è necessario evidenziare che l'interiorizzazione degli standard estetici potrebbe assumere specificità peculiari nel caso delle donne transgender, perché potenzialmente rafforzata dal timore di essere "smascherate" per la loro identità transgender (o "outed") e delle conseguenti forme di oppressione transfobica. Nonostante ciò, è necessario tenere in considerazione le singolari esperienze delle diverse popolazioni

incluse nella comunità TGD, tra cui i soggetti *gender diverse*, le cui esperienze sono spesso escluse dai modelli di oggettivazione, ma ugualmente vulnerabili a dinamiche di oggettivazione e deumanizzazione (Pecini et al., 2023).

### **2.2.2 Meccanismi di insorgenza dei disturbi alimentari nelle persone transgender**

Tradizionalmente le donne giovani e cisgender erano ritenute la popolazione con la più alta prevalenza di disturbi alimentari; tuttavia, sempre più spesso i dati suggeriscono che le persone TGD possono essere esposte a un rischio ancora maggiore (Connolly et al., 2016; Diemer et al., 2015; Nowaskie et al., 2021). I dati emergenti mostrano che gli individui TGD sono a rischio particolarmente elevato di condotte alimentari disfunzionali (Riddle & Safer, 2022). L'indagine condotta da Diemer e colleghi (2015) su studenti universitari degli Stati Uniti ha evidenziato che il 15,82% degli studenti transgender (N= 479) aveva ricevuto una diagnosi di DNA nell'ultimo anno, rispetto all'1,85% delle donne eterosessuali cisgender (N= 176,467). Un altro studio ha dimostrato che su una persona TGD su cinque (N = 678) ha ricevuto una diagnosi di DNA nell'anno precedente, rispetto a meno del 2% dei giovani cisgender (N = 365111; McGregor et al., 2023). In un ampio campione di individui TGD negli Stati Uniti, il 13,8% degli individui *gender diverse* (N= 988), il 10,6% degli uomini transgender (N=312) e l'8,1% delle donne transgender (N=172) era stato diagnosticato un disturbo alimentare da un operatore sanitario o medico (Nagata et al., 2020a; Nagata et al., 2020b). Tra i pazienti che entrano in cura presso un grande centro di trattamento DNA con sede negli Stati Uniti, il 6% dei pazienti adulti si è identificato come TGD al momento del ricovero (Riddle et al., 2022), un dato notevolmente superiore alla prevalenza di individui transgender nella popolazione generale degli popolazione statunitense, pari allo 0,6% nel 2019 (Safer & Tangpricha, 2019). Alla luce di questi dati, sono state postulate diverse ipotesi in merito all'incrementato rischio di sviluppare i disturbi alimentari a cui è esposta la popolazione TGD (Hartman-Munick et al., 2021; Riddle & Safer, 2022). In primis, è stato ipotizzato che i comportamenti di disturbo alimentare servano ad alterare le caratteristiche fisiche in modo da **allinearsi con l'identità di genere dell'individuo** (Connolly et al., 2016; Jones et al., 2016; Coelho et al., 2019); sembra infatti che l'insoddisfazione corporea in

termini di disforia di genere rappresenti un fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi in questa popolazione (Jones et al., 2018, Avila et al., 2019; Diemer et al., 2018; McGuire et al., 2016). In secondo luogo, i soggetti TGD sono anche vittime di **livelli significativi di stress** dovuto alla loro appartenenza ad una popolazione minoritaria. In tal senso si fa riferimento al Modello dello stress minoritario o Minority Stress, il quale sostiene che gli individui TGD, in quanto parte di una minoranza, affrontano continui fattori di stress cronico dovuti all'appartenenza a un gruppo storicamente escluso. I giovani adulti transgender e *gender diverse* (TGD) devono affrontare svariati fattori di stress significativi, tra cui la discriminazione, le barriere all'accesso all'assistenza sanitaria, la vittimizzazione da parte dei coetanei, il rifiuto e il maltrattamento da parte della famiglia (Delozier et al., 2020). Far parte di tale popolazione determina un aumento della probabilità dello sviluppo di problemi di salute fisica e mentale, compresi i disturbi alimentari. Questa ipotesi è sostenuta da Watson R.J. e colleghi (2017), i quali hanno riscontrato una maggiore incidenza di disturbi alimentari tra giovani persone transgender (N = 923) che avevano sperimentato tassi più elevati di molestie e discriminazione all'interno della comunità TGD. Tra i fattori di stress potenzialmente affrontati dalle persone appartenenti alla comunità LGBTQI+, data la nota relazione tra il rapporto povertà/reddito e la mancanza di accesso a un'adeguata quantità di cibo nutriente ed economico, si può ipotizzare una maggiore prevalenza di **insicurezza alimentare** tra le persone LGBTQI+. Per insicurezza alimentare s'intende una condizione di difficoltà, che può essere moderata o grave, a reperire e assumere cibo di qualità, sicuro e accessibile. La Fondazione Diabete e Ricerca sottolinea che in questa fascia della popolazione, le probabilità di sviluppare il diabete sono da 2 a 3 volte più alte; più frequenti anche sovrappeso e obesità, che interessano rispettivamente il 32% e il 19,9%. Le conoscenze riguardo all'insicurezza alimentare tra le persone TGD risultano ancora limitate; tuttavia, è plausibile ipotizzare che tale prevalenza sia più elevata in questa popolazione, considerate le disuguaglianze sanitarie e problematiche sociali documentate per questa popolazione (Macapagal et al., 2016). Sembra infatti che gli individui TGD debbano affrontare alti tassi di insicurezza alimentare, la quale può contribuire allo sviluppo di condotte alimentari disfunzionali (Arikawa et al., 2021; Linsenmeyer et al, 2021). Infine, nonostante nel corso degli ultimi decenni sia incrementata la consapevolezza rispetto all'elevato rischio di sviluppare DNA tra le persone transgender e *gender diverse*; i

**professionisti sanitari** risultano ancora avere conoscenze limitate rispetto alle problematiche di salute che interessano le persone TGD, inclusi coloro che si occupano del trattamento dei disturbi alimentari. Le persone TGD riportano di incontrare spesso clinici specializzati nel trattamento di DNA che non hanno le conoscenze e le competenze necessarie per prendere in carico i pazienti con identità TGD, il che può a sua volta ostacolare nel trattamento di questi disturbi (Testa et al., 2017). Il 50% dei rispondenti al *National Transgender Discrimination Survey* (N = 27715), ha riferito di aver dovuto istruire personalmente i propri operatori sanitari in merito alla salute delle persone transgender (James et al., 2019). È necessario che un professionista sanitario sia informato e competente in merito alle problematiche di salute che interessano le minoranze di genere, in modo da garantire esperienze di accesso ai servizi sanitari positive e un migliore accesso alle cure (Lerner et al., 2022). Diversi individui TGD hanno messo in evidenza come durante percorsi di trattamento per disturbi alimentari percepivano di essere vittime di esperienze di “*misgendering*”, cioè riferimento alla loro persona con il genere assegnato alla nascita, da parte del medico curante (Duffy et al., 2016). In uno studio di Hartman-Munick e colleghi (2021) il 62% dei partecipanti TGD (N = 66) ha riportato come gli operatori di servizi volti al trattamento dei disturbi alimentari non avessero una formazione adeguata in ambito TGD (Hartman-Munick et al., 2021). Il mancato approfondimento di competenze specifiche da parte dei professionisti rispetto alla salute delle persone transgender e *gender diverse* può rappresentare un ulteriore ostacolo per l’accesso a cure appropriate e compromettere l’efficacia del trattamento dei disturbi alimentari (Duffy et al., 2016). Infatti, nonostante in passato diversi ricercatori avessero espresso il timore che l’identità transgender o *gender diverse* potesse essere transitoria, limitando quindi l’accesso alle cure di affermazione di genere; studi recenti hanno riportato che i tassi di detransizione di genere (cioè di ritorno al sesso assegnato alla nascita) sono molto bassi (Olson et al., 2022). Sembra infatti coloro che scelgono di andare incontro all’esperienza di detransizione di genere riportino di agire in tal senso a causa di fattori esterni (ad esempio, pressione dei familiari, ambienti di lavoro o scolastici non rassicuranti), piuttosto che per volontà individuale (Turban et al., 2021). Per questo motivo, è clinicamente appropriato sostenere i pazienti transgender e *gender diverse* nell’esplorazione e nell’affermazione del loro genere, attraverso un’assistenza informata e supportiva.

## 2.3 Fattori Protettivi e Resilienza: il Transgender Resilience Intervention Model (TRIM)

### 2.3.1 Descrizione del TRIM (Matsuno & Israel, 2018)

Il **modello del Minority Stress** (Meyer, 2003) è sempre più utilizzato per valutare e comprendere al meglio la salute mentale delle minoranze. Sebbene le minoranze di genere vivano molti fattori di stress comuni alle altre minoranze (ad esempio, discriminazione e rifiuto), le persone TGD potrebbero non sperimentare lo stress di minoranza allo stesso modo delle minoranze sessuali cisgender e andare incontro a fattori di stress ulteriori e specifici per questa popolazione. Il modello del *Minority Stress* di Meyer (2003) differenzia due tipi di stressor di minoranza (distali e prossimali) i quali sembrano essere associati ad esiti negativi per la salute mentale minoranze sessuali e di genere (Newcomb & Mustanski, 2010). Gli **stressor distali** o esterni si definiscono come esperienze negative quali discriminazione, rifiuto o violenza operate in vari contesti (ad esempio, luogo di lavoro, scuole, all'interno delle famiglie; James et al., 2016) e subite dagli individui a causa della loro appartenenza a una minoranza. L'impatto psicologico di queste esperienze è riportato dai risultati di svariate ricerche, tra cui ad esempio il *U.S. Transgender Survey* (2015) che ha dimostrato come il 40% degli adulti transgender ha compiuto uno o più tentativi di suicidio nella loro vita (James et al., 2016); valore che risulta essere significativamente maggiore rispetto al 12-19% degli adulti cisgender di minoranze sessuali (Haas et al., 2010) e lo 0,6% nella popolazione adulta generale (Lipari et al., 2015). Esperienze di questo tipo sono paragonabili a quelle delle minoranze sessuali cisgender; tuttavia, stanno emergendo *stressor* distali unici alla popolazione TGD. Tra questi, assumono particolare rilevanza le discriminazioni legate al **limitato accesso a documenti legali, cure mediche e bagni sicuri in luoghi pubblici** (Testa et al., 2015). Il 70% degli individui TGD (N = 93) che hanno partecipato a uno studio di Herman (2013), ha riportato di aver subito negazioni di accesso a strutture pubbliche, molestie verbali o aggressioni fisiche nei bagni pubblici segregati per genere (Herman, 2013). Un ulteriore esempio di stressor distale di cui fanno esperienza le persone TGD è legato alla risposta degli altri alla loro identità di genere (Sevelius, 2013). La **mancata**

**affermazione dell'identità di genere**, si verifica quando le persone valutano i vissuti delle persone TGD come invalidi o patologici: ad esempio, quando una donna transgender viene chiamata "signore" (Nadal et al., 2012). L'esperienza delle persone *gender diverse* inoltre è ancora più complessa, soprattutto nei casi in cui si devono confrontare con ambienti organizzati intorno al genere inteso come binario (ad esempio, bagni, camerini dei negozi), nonché da persone che si riferiscono a loro utilizzando pronomi inadeguati (Matsuno & Budge, 2017). Gli **stressor prossimali** sono invece fattori di stress che insorgono come conseguenza rispetto agli *stressor distali*. Secondo quanto riportato nel Modello di Meyer (1995), i principali stressor che interessano l'esperienza delle minoranze sessuali cisgender sono i seguenti: paura di ulteriore vittimizzazione o discriminazione (nota come "aspettativa di rifiuto" o "consapevolezza dello stigma"), convinzioni negative interiorizzate sulla propria identità (anche note come "omonegatività internalizzata") e stress di nascondere la propria identità (inteso come "dissimulazione"; Meyer, 1995). Gli stressor prossimali identificati per la popolazione TGD sono simili, ma presentano alcune caratteristiche peculiari della loro singolare esperienza all'interno della comunità LGBTQI+. L'**aspettativa di rifiuto o consapevolezza dello stigma**, sviluppata dai membri della comunità LGBTQI+ a causa degli alti tassi di discriminazione, è stata associata a significativo distress psicologico (Bockting et al., 2013; Breslow et al., 2015; Rood et al., 2016). Le persone TGD, in particolare, sviluppano aspettative di discriminazione o rifiuto nelle occasioni in cui si confrontano con spazi pubblici suddivisi per genere, sul lavoro, quando incontrano qualcuno di nuovo e in alcuni casi con i membri della famiglia. Tali esperienze possono essere vissute con sentimenti di paura, ansia, stress, ipervigilanza, esaurimento mentale e fisico e preoccupazione per la propria sicurezza (Rood et al., 2016). In alcune occasioni le minoranze di genere, a causa del timore di subire ulteriori vittimizzazioni, riportano di evitare spazi e situazioni in cui potrebbero andare incontro ad esperienze di rifiuto (Rood et al., 2016). Similmente all'omonegatività internalizzata, le persone transgender e *gender diverse* comunemente vanno incontro ad un fenomeno simile, cioè la **transnegatività internalizzata**. Con questo termine si fa riferimento all'esperienza di mantenimento e assimilazione di credenze negative sulla propria identità e su coloro che condividono questa identità, a causa dello stigma sociale associato all'identità transgender (Rood et al., 2017). Infine, la **dissimulazione** è uno stressor prossimale, le cui caratteristiche

variano nel corso del percorso di affermazione di genere delle persone TGD. Ad esempio, un individuo AMAB che si identifica come donna potrebbe non avere scelta se rivelare o meno la propria identità transgender nelle prime fasi del percorso medico o ormonale (Testa et al., 2015). Infatti, in alcuni casi, un'identità transgender potrebbe essere visibile per alcuni, eliminando la possibilità di scelta di non divulgazione. Tuttavia, nelle fasi successive del suo percorso di affermazione di genere, potrebbe trovarsi in situazioni in cui ha la possibilità di decidere se, quando e come rivelare il proprio sesso assegnato alla nascita. Dunque, per coloro che scelgono di affrontare un percorso di affermazione di genere medico o ormonale, la dissimulazione potrebbe ridurre i casi di stigma, molestie e violenza. In questi casi la non divulgazione della propria identità transgender, può essere correlata al raggiungimento di un obiettivo positivo nel processo di attuazione della propria identità di genere (Gagné et al., 1997). Nonostante ciò, non è ben chiaro quali siano gli esiti di una condotta di dissimulazione, in quanto tale scelta in altri casi si accompagna a vissuti di ansia e ipervigilanza legati al timore che la propria identità possa comunque in qualche modo essere “scoperta”, in contesti ed ambienti non sicuri (Matsuno & Israel, 2018). Meyer suggerisce dunque che l'impatto negativo dei fattori di stress distali e prossimali di cui sono vittima le minoranze possa essere modulato dalla presenza fattori di resilienza o protettivi nella vita degli individui appartenenti a quest'ultime. La **resilienza** è definita come la capacità di un individuo di sopravvivere e svilupparsi positivamente nonostante l'esposizione a condizioni avverse. Essa comprende un insieme di fattori che facilitano un adattamento più efficace allo stress da minoranza, contribuendo così a ridurre gli effetti negativi sulla salute psicofisica (Meyer, 2015). Sebbene la resilienza presenti similitudini concettuali con il *coping*, in quanto entrambi i costrutti si riferiscono a processi che modulano l'impatto dello stress sulla salute, esiste una distinzione cruciale tra i due. Infatti, nonostante il concetto di *coping* faccia riferimento alle strategie cognitive e comportamentali volte a fronteggiare eventi stressanti, questo non implica necessariamente il successo dell'adattamento (Meyer, 2015). Al contrario, la resilienza presuppone un esito adattivo positivo e può essere considerata un costrutto inferenziale, in quanto la si può identificare sulla base dell'osservazione del funzionamento adattivo in presenza di fattori di rischio o avversità. In questo senso, la resilienza si configura come un indicatore del superamento efficace dello stress, piuttosto che come una mera risposta ad esso (Masten, 2007). Tuttavia, il

modello di stress delle minoranze di Meyer non teorizza come specifici fattori di resilienza influenzino vari stressor di minoranza. Approfondire le **relazioni tra fattori di resilienza e fattori di stress** per la popolazione TGD potrebbe favorire lo sviluppo di interventi psicologici mirati a sostegno delle minoranze di genere. Meyer (2015) ha osservato che la ricerca attuale riporta un numero esiguo di interventi basati su prove scientifiche per sviluppare la resilienza tra le persone transgender. Alla luce di questa riflessione, Matsuno & Israel (2018) si servono della letteratura scientifica relativa allo stress da minoranza e i fattori di resilienza delle minoranze di genere, inquadrandola all'interno di un nuovo modello chiamato "**Transgender Resilience Intervention Model**" (TRIM). Il TRIM nasce ampliando i contenuti proposti da Meyer (2003) nel modello di stress delle minoranze, al fine di aiutare gli psicologi a sviluppare interventi efficaci basati sulla resilienza. Si propone, dunque, di focalizzare l'operato dei professionisti non solo sulla riduzione degli esiti negativi degli stressor di minoranza; ma anche sull'aumento della resilienza della popolazione TGD, considerando ulteriori fattori protettivi non precedentemente affrontati nel modello di stress delle minoranze (Meyer, 2003; Testa et al., 2015). Dunque, il modello proposto da Matsuno e Israel (2018) può rappresentare un punto di partenza nel guidare gli psicologi a sviluppare percorsi di trattamento orientati al benessere delle minoranze di genere.

### **2.3.2 Fattori protettivi individuali e di gruppo**

Il termine **resilienza** usato in senso ampio col significato di "superare le avversità" ha un ruolo rilevante nella previsione del benessere psicologico delle persone TGD e la programmazione di interventi pratici volti al suo mantenimento (Meyer, 2015). Definiamo dunque i **fattori di resilienza o protettivi** come esperienze che possono promuovere la resilienza, intesa come superamento delle avversità, nella vita delle minoranze (Meyer, 2015). Il modello TRIM sceglie quindi di focalizzare lo studio del benessere delle persone transgender a partire da fattori modificabili, come quelli di resilienza, piuttosto che fissi, come le variabili demografiche. Riconoscere i fattori ambientali che influenzano la salute mentale delle persone TGD ha la funzione di spostare la responsabilità dall'individuo emarginato, evidenziando *la responsabilità sociale* che si ha nell'affrontare i propri pregiudizi personali e la propria volontà di proteggere le

comunità marginalizzate (Meyer, 2015). I fattori di resilienza proposti dal modello, inclusi sulla base della letteratura sulle popolazioni transgender, sono categorizzati in **gruppali e individuali** (Matsuno & Israel, 2018). I **fattori di resilienza individuali** sono *qualità personali* che aiutano a promuovere la resilienza delle minoranze di fronte ad eventi stressanti (Kleiman et al., 2017). I fattori di resilienza a livello di **gruppo o comunità** si riferiscono ai modi in cui *gruppi di persone forniscono risorse che aiutano gli individui a far fronte allo stress*, sottolineando le influenze sociali ed ambientali sulla salute (Fergus & Zimmerman, 2005). Si ipotizza che i fattori di resilienza di gruppo riducano gli effetti dei fattori di stress distali perché questi cambiano l'ambiente di vita della persona, diminuendo la loro influenza sulla salute mentale e prevenendo l'incidenza degli stressor prossimali. I fattori di resilienza individuali sembrano invece avere gli effetti di maggiore portata sui fattori di stress prossimali (Matsuno & Israel, 2018).

### **2.3.2.1 Fattori di Resilienza di Gruppo**

I costrutti gruppali che influenzano la resilienza includono: supporto sociale, accettazione familiare, appartenenza alla comunità, coinvolgimento nell'attivismo TGD, avere ed essere dei modelli di riferimento all'interno della comunità TGD. Per **supporto sociale** s'intende come il sostegno ricevuto da amici, famiglia e figure significative, il quale è stato dimostrato rafforzare la resilienza di varie popolazioni marginalizzate (Cohen & Wills, 1985). In riferimento all'esperienza delle persone TGD, l'accettazione e il supporto sociale sembrano essere tra le forme più potenti di protezione per questa minoranza, oltre che direttamente correlati a livelli più bassi di disagio psicologico (Bockting et al., 2013; Budge, 2013; Budge et al., 2013; Moody et al., 2015; Singh et al., 2011). Un altro costrutto rilevante per lo sviluppo della resilienza delle persone TGD è la sensazione di **appartenenza alla comunità** (Barr et al., 2016; Singh, 2013; Singh et al., 2011). Il concetto di "famiglia scelta" o *chosen family*, inteso come la ricerca di un senso di supporto e comunione in persone esterne alla famiglia biologica è comune tra le minoranze sessuali e di genere, le quali sono spesso respinte dalle proprie famiglie di origine a causa della loro sessualità e identità (Hull & Ortyl, 2019; Lev, 2004). La protezione data dalle esperienze di connessione delle persone TGD con coloro che condividono lo stesso vissuto identitario può determinare per questi individui minori

occasioni di discriminazione e rifiuto. Tale vissuto è stato associato a una ridotta sintomatologia depressiva e ansiosa e un aumento del benessere (Barr et al., 2016; Pflum et al., 2015). Questo fattore protettivo viene meno nei casi in cui gli individui non siano disposti a divulgare la loro identità transgender, di conseguenza non avranno a disposizione le risorse della comunità transgender, rispetto a coloro che invece ricercano legami con quest'ultima (Hendricks & Testa, 2012). Si è ipotizzato dunque che non siano solo i legami con la comunità TGD a rafforzare la resilienza dei membri di quest'ultima, ma anche la partecipazione e il coinvolgimento nell'**attivismo transgender e gender diverse** (Singh, 2013; Singh & McKleroy, 2011). Diverse persone TGD di colore riportano in uno studio qualitativo che creare legami con comunità attiviste ha permesso loro di entrare in contatto con risorse fondamentali quali cure mediche adeguate e assistenza legale (Singh & McKleroy, 2011). Nonostante il coinvolgimento nell'attivismo abbia conferito a questi partecipanti transgender un senso di agency in lavori orientati a creare un cambiamento sociale positivo, non è chiaro se e in quali circostanze il coinvolgimento nell'attivismo transgender sia utile nella costruzione della resilienza (Singh & McKleroy, 2011; Breslow et al., 2015). Un altro fattore dimostratosi essere costantemente significativo nell'attenuare le conseguenze negative degli stressor delle minoranze è l'**accettazione familiare** (Koken, Bimbi, & Parsons, 2009; Singh & McKleroy, 2011) specialmente dei giovani transgender (Torres et al., 2015). In uno studio recente è stato dimostrato come il sostegno sociale familiare moderasse significativamente l'effetto dello stigma subito dalle minoranze TGD sulla depressione. Tuttavia, il sostegno fornito dagli amici o appartenenza alla comunità non si sono dimostrati egualmente significativi come fattori protettivi, indicando l'impatto superiore dell'accettazione familiare sulla resilienza rispetto ad altre forme di supporto sociale per le persone transgender (Puckett, Newcomb, & Mustanski, 2016). In tal senso è esemplificativo lo studio di Travers e colleghi (2012) che riportano come i giovani transgender che percepivano il sostegno dei loro genitori, rispetto a coloro che non lo percepivano, riportavano una maggiore soddisfazione nella vita e autostima, nonché livelli più bassi di depressione e tentativi di suicidio (Travers et al., 2012). Infine, ricordiamo che **avere modelli di riferimento positivi ed essere modelli di riferimento positivi** possono essere elementi di supporto nella vita delle persone TGD. I giovani LGBTQI+ hanno riportato meno disagio psicologico rispetto ai membri della comunità

senza modelli di riferimento (Bird et al., 2012). Questo può essere particolarmente vero per le persone TGD, per cui l'uso dei media che rappresentano positivamente la loro comunità potrebbe offrire loro una rappresentazione delle loro esperienze di vita (Craig et al., 2015). In particolare, i modelli di riferimento visibili offerti dai media, sia offline (ad esempio, televisione, film, musica) sia online (ad esempio, social media, blog, video online), sembrano facilitarne la resilienza (Craig et al., 2015; Singh, 2013). Inoltre, **essere un modello di riferimento per gli altri** può essere altrettanto significativo nel confrontarsi con eventi stressanti per le persone TGD (Moody et al., 2015; Singh et al., 2011). Moody e colleghi (2015) nello studio da loro condotto hanno raccolto le esperienze di alcune persone TGD le quali riportavano di essere state fermate dal tentare il suicidio grazie al loro ruolo di figura di riferimento per altri membri della comunità. Esperire una responsabilità nei confronti di altre persone TGD può essere responsabilizzante e promuovere una gestione sana del confronto con gli stressor a cui possono andare incontro.

### 2.3.2.2 Fattori protettivi individuali

La letteratura è concorde nell'identificare come fattori di resilienza individuali per le persone TGD le seguenti condizioni: la speranza per il futuro, l'autostima, un'identità positiva ed autodefinita, e infine il percorso di affermazione di genere. È noto che un senso di **autostima** positivo e stabile abbia effetti benefici per la vita di tutti gli individui, che siano cisgender o transgender (Singh et al., 2011). Non è però scontato che questa sia raggiunta così facilmente dai membri delle minoranze, le quali a causa dello stigma subito devono confrontarsi costantemente con idee negative relative al loro gruppo di identità. Possiamo dunque dedurre che, almeno in parte, vadano di pari passo una visione positiva del gruppo condiviso (ad esempio, riconoscere la validità dell'identità transgender) e una visione positiva della propria persona (Testa et al., 2015). Entrambe queste componenti sono costitutive di un concetto denominato come "orgoglio identitario", dimostratosi essere negativamente associato al disagio psicologico (Testa et al., 2015, Bockting et al., 2013; Singh, 2013). Secondariamente, un **senso di speranza** e quindi una visione ottimistica del futuro può aiutare a gestire lo stress e le avversità legate alle discriminazioni subite delle persone TGD (Singh et al., 2011). Sembra infatti che questo

fattore di resilienza sia protettivo rispetto all'insorgenza di ideazione suicidaria nelle minoranze di genere (Moody et al., 2015). La **capacità di definire la propria identità** è invece classificabile come un fattore di resilienza specifico della popolazione TGD. Lo studio qualitativo di Singh e colleghi (2014) ha dimostrato come “avere una definizione autogenerata di sé” espressa con termini e parole proprie, contrastando attivamente le restrizioni binarie, ha aiutato gli adulti transgender a far fronte alla discriminazione. Infine, il **percorso di affermazione di genere** sia esso sociale o medico, è associato a un netto miglioramento nella salute mentale di individui TGD, in particolare una minore ideazione suicidaria (De Vries et al., 2014; Vance et al., 2014; Moody et al., 2015). Infatti, è curioso rilevare come la mera speranza di poter iniziare tale percorso risulta essere esso stesso un fattore protettivo per questa minoranza (Moody et al., 2015). Una metanalisi di 28 studi riguardanti la terapia ormonale di affermazione di genere e le chirurgie affermative di genere ha rilevato che, in seguito all'attuazione di quest'ultimi, l'80% dei partecipanti segnalava un miglioramento significativo della disforia di genere e della qualità della vita; mentre il 78% ha segnalato un miglioramento dei sintomi psicologici (Murad et al., 2010).

### **2.3.3 Ruolo dei fattori protettivi nel moderare l'insorgenza dei disturbi alimentari**

I disturbi alimentari e l'adozione di pratiche insalubri per il controllo del peso hanno raggiunto proporzioni che, in particolar modo tra le giovani adolescenti, sono definibili epidemiche (Peters et al., 1996; French et al., 1997). Come abbiamo accennato in precedenza, sebbene la ricerca relativa ai DA nasce focalizzandosi su questo target di genere ed età, oggi sappiamo che questi disturbi non sono ascrivibili a una sola identità di genere, etnia o orientamento sessuale (French et al., 1996; French et al., 1997; Gard et al., 1996; Neumark-Sztainer et al., 1999). La letteratura scientifica, vista la loro crescente diffusione si è dedicata all'esplorazione e definizione di fattori associati ai disturbi alimentari, sia di rischio, sia protettivi. In particolare, la ricerca più recente ha iniziato a esplorare i fattori protettivi associati ai comportamenti a rischio per la salute (Neumark-Sztainer et al., 1996; Neumark-Sztainer et al., 1997; Borowsky et al., 1999; Saewyc et al., 1998). Nello specifico, approfondiamo l'analisi dei **fattori protettivi per i DNA** (French,

1997), al fine di individuare gli elementi su cui è possibile intervenire a livello preventivo e terapeutico (Resnick et al., 1993). Storicamente la prevenzione si è sistematicamente focalizzata su evitare e ritardare l'insorgenza dei DA attraverso il controllo e la limitazione dei fattori di rischio (Levine & Smolak, 2015). Secondo quanto dimostrato dai dati empirici, uno spostamento del *focus* della prevenzione verso i punti di forza, piuttosto che gli elementi di criticità, potrebbe migliorare l'efficacia della prevenzione universale (Neumark-Sztainer et al., 2002). I **fattori protettivi individuali** sembrano comprendere l'apprezzamento del corpo; la cura di sé in risposta a segnali interni (ad esempio, fame, desiderio sessuale); l'esperienza della funzionalità del corpo; la percezione positiva di sé; l'autocompassione; e le esperienze percepite di autonomia e libertà (compresa la libertà di non amare e rifiutare apertamente l'ideale di bellezza del corpo magro; Smolak, 2012). Inoltre, elementi che favoriscono la costruzione di un'immagine corporea positiva sono la positività e vitalità interiore, l'apprezzamento di diverse forme e caratteristiche del corpo come belle (Tylka & Wood-Barcalow, 2015), la capacità di praticare un discorso positivo e razionale sul proprio corpo e una cura compassionevole di sé (Webb et al., 2015). I **fattori protettivi a livello grupale**, inteso come socioculturale, includono relazioni familiari supportive e affettuose, l'alfabetizzazione mediatica e le influenze femministe (Tylka & Kroon Van Diest, 2015). Nell'ultimo decennio si è sviluppata progressivamente la ricerca che dimostra una prevalenza dei DA nella popolazione TGD; tuttavia, la letteratura in materia risulta ancora essere limitata, come anche quella che riguarda lo studio dei fattori di rischio e protettivi legati a questa minoranza. Gli individui appartenenti alla comunità LGBTQI+ sono sottoposti a discriminazioni sistematiche relative alla loro sessualità e identità di genere sin dalla giovane età (Russell, 2005). Le suddette esperienze prendono il nome di “**stigma agito**”, inteso come meccanismo attraverso cui la vittimizzazione influisce sulla salute mentale e fisica delle minoranze sessuali e di genere (Saewyc et al., 2008). Questa popolazione affronta lo stigma agito attraverso risposte sintomatologiche e comportamentali quali depressione, pensieri suicidari, autostima bassa e, nel caso specifico di questo studio, comportamenti legati al controllo del peso o pratiche alimentari restrittive (Watson et al., 2017). Attualmente, come accennato in precedenza, la ricerca sui fattori protettivi che possono prevenire esiti negativi per la salute dei giovani TGD è ancora scarsa, in particolar modo per quanto riguarda i disturbi alimentari. Di

conseguenza, risulta necessario incrementare la letteratura relativa a tali tematiche, soprattutto per quanto riguarda le minoranze di genere, poiché le questioni specifiche relative all'identità di genere giustificano studi separati su questa popolazione. In tal senso emerge lo studio esplorativo condotto da Watson e colleghi (2017), che ha esaminato come diverse combinazioni di fattori di rischio e di protezione diminuiscano la probabilità che i giovani transgender sviluppino disturbi dell'alimentazione. I fattori protettivi presi in considerazione riguardavano il **supporto sociale** ed erano suddivisi in: connessione familiare, connessione scolastica, percezione di supporto amicale, supporto sociale generale. La ricerca ha messo in evidenza come tra i giovani di 14 e 18 anni, quelli con alti livelli di stigma e nessun fattore protettivo avevano una probabilità del 71% di abbuffate, mentre quelli con due fattori protettivi scendevano al 40%. La connessione familiare è risultata particolarmente efficace nel ridurre la probabilità di condotte alimentari disfunzionali, più di altri tipi di supporto. Infine, più fattori protettivi erano presenti nella vita dei giovani TGD, minore era la probabilità di abbuffate, digiuni, vomito, uso di pillole o lassativi per perdere peso. Alla luce delle riflessioni fatte sulla base dei dati empirici riguardanti l'impattante incidenza dei DA nella popolazione TGD, concludiamo che ampliare la ricerca sui fattori protettivi che interessano questa popolazione permetterà di sviluppare interventi di prevenzione e trattamento più mirati e selettivamente efficaci per le peculiari difficoltà di questa minoranza.

## Capitolo 3: Metodologia

### 3.1 Ipotesi di ricerca e obiettivi

La presente ricerca si pone l'obiettivo di esplorare la relazione tra la deumanizzazione e disturbi alimentari nelle persone TGD, in particolare, come questa relazione possa essere moderata dalla presenza di fattori protettivi di resilienza. Sebbene la letteratura su questi temi sia ancora limitata, gli studi disponibili dimostrano un'elevata percentuale di problemi di immagine corporea e di disturbi alimentari nelle minoranze di genere (Haycraft, Murjan, & Arcelus, 2016). Secondo il Modello panteoretico della Deumanizzazione sviluppato da Moradi (2013), basato su la Teoria dell'Oggettivazione (Fredrickson e Roberts, 1997) e la Teoria del Minority Stress (Meyer, 2003; Testa, Habarth, Peta, Balsam, & Bockting, 2015) il tentativo di separare le esperienze di oggettivazione sessuale dalle esperienze di discriminazione sulle persone TGD, piuttosto che considerare il loro impatto concomitante, può essere riduttivo. In linea con tale modello, è stato dimostrato che l'impatto delle esperienze disumanizzanti influenza l'incidenza di disturbi alimentari. Infatti, sebbene la letteratura su questi temi sia ancora limitata, è emerso come la deumanizzazione causi una maggiore internalizzazione degli standard culturali di bellezza (Brewster et al., 2019), i quali aumentano la probabilità di insorgenza dei disturbi alimentari. Il presente studio vuole indagare come i fattori di resilienza di gruppo e individuali, tra cui quelli proposti dal Transgender Resilience Intervention Model, interagiscano con fattori di stress delle minoranze aumentando la resilienza delle persone transgender. Alla luce di questo, appare rilevante approfondire se e in quale misura i fattori protettivi individuati nel TRIM proteggano da esperienze deumanizzanti, dall'interiorizzazione degli standard culturali di bellezza e conseguentemente dai disturbi alimentari nelle persone TGD (Matsuno & Israel, 2018). Dunque, l'obiettivo che questa ricerca si pone è quello di capire se fattori protettivi di gruppo e individuali selezionati nel TRIM possano diminuire l'impatto di stressor distali (come esperienze di deumanizzazione) e anche di stressor prossimali (come l'internalizzazione degli standard socioculturali di bellezza), coerentemente con quanto affermato nella teoria del Minority Stress e dal TRIM. Sulla base di quest'obiettivo, sono state sviluppate le seguenti domande di ricerca.

- 1) **Ipotesi 1:** In primis, ci si è chiesti se la deumanizzazione può avere un impatto diretto sull'internalizzazione degli standard di bellezza nelle minoranze di genere su un campione di uomini transgender, donne transgender e persone *gender diverse*. Ipotizziamo che la presenza di esperienze deumanizzanti nella vita delle persone TGD acuisca in questa popolazione l'internalizzazione degli standard culturalmente condivisi di bellezza.
- 2) **Ipotesi 2:** La seconda domanda di ricerca indaga se l'internalizzazione degli standard di bellezza possa avere un impatto diretto sulle condotte e preoccupazioni alimentari di un campione di uomini transgender, donne transgender e persone *gender diverse*. Ipotizziamo che la presenza di esperienze deumanizzanti nella vita delle persone TGD favorisca la presenza condotte e preoccupazioni alimentari disfunzionali.
- 3) **Ipotesi 3:** La terza domanda di ricerca indaga se la deumanizzazione possa avere un impatto diretto sulle condotte e preoccupazioni alimentari di un campione di uomini transgender, donne transgender e persone *gender diverse*. Ipotizziamo che la presenza di esperienze deumanizzanti nella vita delle persone TGD favorisca la presenza di condotte e preoccupazioni alimentari disfunzionali.
- 4) **Ipotesi 4:** La quarta domanda di ricerca indaga se l'internalizzazione degli standard di bellezza possa mediare l'impatto della deumanizzazione, un costrutto composto da oggettivazione sessuale e discriminazione antitransgender, su condotte e preoccupazioni alimentari di un campione di uomini transgender, donne transgender e persone *gender diverse*, come ipotizzato dal modello di Moradi (2013). Ipotizziamo che una maggiore internalizzazione degli standard di bellezza possa aumentare la significatività della relazione tra deumanizzazione e condotte e preoccupazioni alimentari disfunzionali.
- 5) **Ipotesi 5:** La quinta domanda di ricerca indaga se i fattori protettivi presi in analisi singolarmente (Orgoglio TGD, Autostima, Fiducia, Spiritualità, Realizzazione di sé, Accettazione della propria identità TGD, Accettazione della propria espressione TGD, Connessione alla comunità TGD, Sostegno di una persona importante, Sostegno familiare, Sostegno amicale, Supporto sociale e relazionale, Legami con la comunità) siano capaci di moderare la relazione tra deumanizzazione e internalizzazione degli standard di bellezza in un campione di uomini transgender,

donne transgender e persone *gender diverse*. Ipotizziamo la presenza di fattori protettivi nella vita delle persone TGD diminuirà la significatività della relazione tra deumanizzazione e interiorizzazione di standard di bellezza internalizzati.

- 6) **Ipotesi 6:** La sesta domanda di ricerca indaga se i fattori protettivi presi in analisi singolarmente (Orgoglio TGD, Autostima, Fiducia, Spiritualità, Realizzazione di sé, Accettazione della propria identità TGD, Accettazione della propria espressione TGD, Connessione alla comunità TGD, Sostegno di una persona importante, Sostegno familiare, Sostegno amicale, Supporto sociale e relazionale, Legami con la comunità) possano agire da moderatori nella relazione tra internalizzazione degli standard di bellezza e condotte e attitudini alimentari disfunzionali di un campione di uomini transgender, donne transgender e persone *gender diverse*. Ipotizziamo che la presenza di fattori protettivi nella vita delle persone TGD diminuirà la significatività della relazione tra internalizzazione degli standard di bellezza degli standard di bellezza e conseguenti condotte e preoccupazioni alimentari.
- 7) **Ipotesi 7:** Infine, ci chiediamo se i fattori protettivi presi in analisi singolarmente (Orgoglio TGD, Autostima, Fiducia, Spiritualità, Realizzazione di sé, Accettazione della propria identità TGD, Accettazione della propria espressione TGD, Connessione alla comunità TGD, Sostegno di una persona importante, Sostegno familiare, Sostegno amicale, Supporto sociale e relazionale, Legami con la comunità) possano agire da moderatori nella relazione diretta tra deumanizzazione e condotte e preoccupazioni alimentari disfunzionali di un campione di uomini transgender, donne transgender e persone *gender diverse*. Ipotizziamo che la presenza di fattori protettivi individuali nella vita delle persone TGD diminuirà l'effetto della deumanizzazione su condotte e preoccupazioni alimentari.

### **3.2 Campione e criteri di selezione dei partecipanti**

Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico della Ricerca Psicologica dell'università degli studi di Padova – Area 17 (n.794-a del 26.07.2024) e la sua raccolta dati si è svolta tra 27 novembre 2024 e 31 maggio 2025. In totale i partecipanti allo studio sono stati 136. Tuttavia, sono stati esclusi dalle analisi 14 partecipanti che non hanno completato il questionario in tutte le parti. Il campione finale è quindi composto da 122 partecipanti

con un'età compresa tra i 18 ed i 60 anni ( $M = 25.9$ ;  $DS = 7.59$ ;  $Mdn = 24$ ), composto da 25 donne transgender, 55 uomini transgender e 42 persone *gender diverse*. Gli individui idonei allo studio dovevano autoidentificarsi come persone TGD, avere 18 anni o più, aver iniziato un percorso di affermazione di genere (sociale, medico o psicologico). I partecipanti sono stati reclutati secondo diverse modalità: (1) In presenza presso il Centro di Riferimento Regionale per l'Incongruenza di Genere (CRRIG); (2) online attraverso piattaforme social (messaggi diretti e condivisione tramite storie di Instagram e video su Tik tok); (3) mediante *snowball sampling*; (4) tramite l'affissione di flyers informativi nei principali ritrovi della comunità TGD e negli ambienti universitari. Il Centro di Riferimento Regionale Incongruenza di Genere (CRRIG) di Padova ha provveduto condividere con i suoi pazienti le informazioni sulla presente ricerca. Solo in caso di potenziale interesse, le persone venivano condotte in una stanza separata in cui la ricercatrice spiegava loro in dettaglio gli obiettivi e le modalità dello studio. In caso di consenso alla partecipazione, veniva fornito loro un QR-code o un link attraverso il quale potevano rispondere alle domande presentate in un questionario a risposta multipla sulla piattaforma online *Qualtrics*, attraverso il proprio telefono cellulare o attraverso il computer della ricercatrice. In caso di eventuali perplessità e domande, la ricercatrice rimaneva nella stanza, a disposizione dei partecipanti. Per quanto riguarda il reclutamento online, ci siamo rivolti a persone TGD attive all'interno di pagine social dedicate a temi TGD, e a chiunque loro riuscissero a reclutare attraverso il loro seguito che soddisfacesse l'idoneità dei partecipanti allo studio. In secondo luogo, la condivisione online tramite i social è stata possibile attraverso messaggi diretti rivolti a pagine che trattassero tematiche relative alla comunità LGBTQI+ e attivisti transgender, affinché condividessero gli obiettivi della ricerca e un link diretto al modulo di partecipazione in cui i partecipanti avrebbero potuto fornire il consenso informato e quindi rispondere alle domande del questionario online. Infine, flyers informativi della ricerca sono stati affissi in svariate sedi dell'Università di Padova e luoghi diversi con legami alla comunità TGD, ad esempio il Centro Antidiscriminazione Maria Silvia Spolato e la sede di Arcigay Padova.

### 3.3 Strumenti adottati

Il questionario somministrato comprendeva dati relativi ad esperienze di discriminazione, vissuti corporei, condotte alimentari e fattori di resilienza. I partecipanti accedevano al questionario sulla piattaforma online *Qualtrics*, e lo compilavano per una durata media complessiva di 35 minuti.

#### *Struttura del questionario*

Il questionario ha indagato le seguenti variabili: variabili sociodemografiche (15 domande); esperienze di discriminazione (GMSR sottoscala D, R, V, NA, IT, NE, ND – 43 domande; SATAQ-SM sottoscala *Pressure* – 7 domande); esperienze di oggettivazione sessuale (ISOS – 42 domande); internalizzazione degli standard socioculturali di bellezza (SATAQ-SM – 30 domande); condotte alimentari disfunzionali (EDE-Q – 28 domande); appartenenza alla comunità transgender (GMSR sottoscala C – 8 domande); speranza per il futuro (GMSR sottoscala NE – 9 domande; CHS-S – 37 domande); sostegno sociale percepito (MSPSS-2 – 12 domande; CHS-S sottoscala *Relationships and social support* – 12 domande; TIS sottoscala *Alienation* – 3 domande); autostima (RSES – 10 domande); orgoglio transgender (TIS – 24 domande).

Gli strumenti utilizzati sono stati i seguenti:

- 1) Alcune variabili sociodemografiche relative alla vita partecipanti sono state indagate attraverso 15 domande con risposta a scelta multipla. Le prime 6 domande hanno indagato età, identità di genere, *background* etnico, livello di istruzione, stato occupazionale, stato civile attraverso quesiti a scelta multipla di cui potevano selezionare un'opzione di risposta o potenzialmente inserire una risposta che risultasse essere più adeguata, ma non era stata inclusa dagli sperimentatori. Le seguenti 9 domande richiedevano informazioni relative al percorso di affermazione di genere intrapreso fino ad ora dai partecipanti, presentando delle opzioni di risposta a scelta multipla, con la possibilità di selezionare più risposte. Le domande si susseguono in tal modo: “*A quale età hai iniziato a esplorare la tua identità di genere?*”; “*Sei interessato alla Terapia Ormonale di Affermazione di Genere?*”, “*Da quanto tempo sei nel tuo percorso di affermazione di genere?*”; “*Ti è capitato di sentire pressione a conformarti a specifiche norme o espressioni di genere?*”; “*Se*

*hai sentito pressione, da dove è venuta principalmente?”; “Come la pressione di conformarti a certe norme di genere ha influenzato il tuo percorso di affermazione di genere?”; “Cosa ti ha motivato principalmente ad iniziare il percorso di affermazione di genere?”; “La prospettiva di una migliore accettazione sociale ha giocato un ruolo nella tua decisione?”; “Quanto è stato importante iniziare il tuo percorso di affermazione di genere per il tuo benessere generale?”.*

- 2) La valutazione delle esperienze di discriminazione antitransgender vissute dai partecipanti si è svolta attraverso la versione italiana del questionario **Gender Minority Stress and Resilience Measure (GMSR)**; Scandurra et al., 2020), la quale mantiene la struttura originale a 9 fattori, composta da 7 sottoscale relative agli stressori (43 item) e 2 sottoscale relative ai fattori di resilienza (13 item), per un totale di 56 item. Il questionario prevede per le prime tre sottoscale Discriminazione (D o *Discrimination*), Rifiuto (R o *Rejection*) e Vittimizzazione (V o *Victimization*) una risposta su una scala Likert a 4 punti in laddove 1 = “Mai”; 2 = “Sì, prima dei 18 anni”; 3 = “Sì, dopo i 18 anni”; 4 = “Sì, nell’ultimo anno”. Le seguenti 6 sottoscale sono Non affermazione (NA o *Non affirmation*), Transfobia interiorizzata (IT o *Internalized Transphobia*), Orgoglio TGD (P o *Pride*), Aspettative negative per gli eventi futuri (NE o *Negative expectation of future events*), Non disvelamento (ND o *Non disclosure*) e Connessione alla comunità (CC o *Community connectedness*). Queste prevedono una risposta su scala una scala Likert a 5 punti, laddove 1 = “Fortemente in disaccordo”; 2 = “Abbastanza in disaccordo”; 3 = “Né in accordo né in disaccordo”; 4 = “Abbastanza in accordo”; 5 = “Fortemente in accordo”. Per il calcolo del punteggio dei primi 17 item (D, R, e V) bisogna trasformare “Mai” in 0 e tutte le altre opzioni (“Sì, prima dei 18 anni”, “Sì, dopo i 18 anni” e “Sì, nell’ultimo anno”) in 1; poi sommare i singoli punteggi per ottenere un punteggio totale. Per calcolare il punteggio di tutti i restanti item del GMSR, bisogna sommare i singole risposte ad ognuno di essi per ottenere un punteggio totale. Per gli ultimi due item della sottoscala CC è necessario invertire i punteggi in modo che 0 = 4; 1 = 3; 2 = 2; 3 = 1; 4 = 0. Nelle sottoscale relative agli stressori un punteggio più alto corrisponde a maggiore stress o discriminazione percepita; mentre nelle sottoscale di resilienza punteggi più alti corrispondono a una maggiore protezione percepita da parte dell’individuo TGD.

- 3) Il vissuto di esperienze di oggettivazione sessuale nella vita dei partecipanti è stato sondato attraverso il questionario self-report ***Interpersonal Sexual Objectification scale (ISOS)*** (Kozee et al., 2007). Non esistendo attualmente una versione italiana della scala, abbiamo deciso di adoperare il metodo della Traduzione-Retrotraduzione per ottenere un adattamento italiano affidabile dello strumento. Questo metodo rappresenta uno degli standard più utilizzati per l'adattamento linguistico e culturale di strumenti psicometrici, che parte delle linee guida internazionali per la validazione cross-culturale di test psicologici (Beaton et al, 2000). L'ISOS si basa sulla teoria dell'oggettivazione di Fredrickson e Roberts (1997) e include la sottoscala Valutazione corporea implicita o *Body Evaluation* (item 1, 2, 3, 5, 8, 9, 13, 14, 15, 18, 19), e la sottoscala *Avances* sessuali esplicite indesiderate o *Unwanted Explicit Sexual Advances* (item 11, 12, 20, 21). Le domande del questionario in totale sono 30 perché si tratta di 15 quesiti riportati due volte: la prima in riferimento alle esperienze di oggettivazione sessuale vissute nell'ultimo anno (*Recent*); la seconda volta in riferimento alle esperienze di oggettivazione sessuale vissute nell'arco di tutta la vita (*Lifetime*). Ogni item dell'ISOS viene valutato su una scala Likert a 5 punti, dove 1 = "Mai", 2 = "Raramente", 3 = "A volte", 4 = "Spesso", 5 = "Quasi sempre". Per ciascuna sottoscala, si calcola la media dei punteggi degli item corrispondenti ad ognuna di esse, una volta per le domande riferite all'arco di tutta la vita (*Lifetime*), una volta per le domande relative all'ultimo anno (*Recent*) per ciascuna delle due scale *Body evaluation* e *Unwanted Explicit Sexual Advances*. Il punteggio totale dell'ISOS può essere ottenuto calcolando la media di tutti gli item, tenendo in considerazione che punteggi più alti indicano una maggiore frequenza di esperienze di oggettivazione sessuale interpersonale.
- 4) L'internalizzazione degli standard socioculturali di bellezza è stata valutata attraverso l'adattamento italiano del questionario self-report ***Sociocultural Attitudes Toward Appearance Questionnaire - Social Media (SATAQ-SM)*** (Riccardo et al. 2024), progettato per valutare l'influenza dei social media sugli atteggiamenti verso l'immagine corporea. Il questionario si compone di 30 item, suddivisi nelle sottoscale *Informazione* o *Information* (item 1, 5, 9, 13, 17, 21, 25, 28, 29) con un range di punteggio da 9 a 45; *Pressione* o *Pressure* (item 2, 6, 10, 14, 18, 22, 26) con

un range di punteggio da 7 a 35; Internalizzazione generale o *Internalization general* (item 3, 4, 7, 8, 11, 12, 15, 16, 16, 27) con un range di punteggio da 9 a 45; Internalizzazione dell'ideale dell'atleta o *Internalization athlete* (item 19, 20, 23, 24, 30) con un range di punteggio da 5 a 25. Ogni item è valutato su una scala Likert a 5 punti, da 1 ("*Fortemente in disaccordo*") a 5 ("*Fortemente d'accordo*"), eccetto per otto item i cui punteggi vanno calcolati in maniera inversa, per cui 1 = "*Fortemente d'accordo*", 5 = "*Fortemente in disaccordo*" e così via (item 3, 6, 9, 12, 13, 19, 27, 28). Si è deciso di tenere nel questionario somministrato ai partecipanti solamente le ultime tre scale (*Pressure, Internalization General, Internalization Athlete*), che ci sono parse più pertinenti al fine di indagare il nostro obiettivo di ricerca. Per ciascuna sottoscala, si calcola la somma dei punteggi degli item corrispondenti. Il punteggio totale del SATAQ-SM può essere ottenuto calcolando la somma di tutti i 30 item, laddove punteggi più alti indicheranno una maggiore interiorizzazione degli ideali estetici e una maggiore percezione della pressione esercitata dai social media sull'aspetto fisico.

- 5) La condotta alimentare dei partecipanti allo studio è stata calcolata tramite la versione italiana del questionario self report *Eating Questionnaire (EDE-Q)*; Calugi et al., 2017), valido per la valutazione della psicopatologia dei disturbi dell'alimentazione nella popolazione italiana. Il questionario self-report si articola in quattro sottoscale chiamate Restrizione alimentare o *Restraint* (item 1, 2, 3, 4, 5); Preoccupazione alimentare o *Eating Concern* (item 7, 9, 19, 21, 20); Preoccupazione per la forma corporea o *Shape concern* (item 6, 8, 23, 10, 26, 27, 28, 11); Preoccupazione per il peso o *Weight Concern* (item 22, 24, 8, 25, 12). I 28 item di cui si compone l'EDE-Q indagano la condotta alimentare del partecipante nelle ultime 4 settimane (28 giorni). Le domande da 1–12 e 19 prevedono una risposta su scala Likert da 0 a 6, laddove 0 = "*Mai*" e 6 = "*Quasi sempre*". Le domande da 13–18 prevedono che il partecipante indichi il numero di giorni in 4 settimane (cioè 28 giorni) in cui ritiene di aver messo in atto la condotta indagata in ognuno degli item. La domanda 20 prevede una risposta su scala Likert da 0 a 6 laddove 0 = "*Nessuna volta*" e 6 = "*Ogni volta*". Le domande da 21–28 prevedono una risposta su scala Likert da 0 a 6 laddove 0 = "*Per niente*" e 6 = "*Notevolmente*". Dunque, ogni item viene valutato su una scala Likert da 0 a 6, dove 0 indica

l'assenza di quel comportamento o pensiero, e 6 la frequenza o gravità massima nell'ultimo mese. Il punteggio di ogni sottoscala si ottiene calcolando la media dei punteggi degli item che la compongono; mentre il punteggio globale è la media dei quattro punteggi delle sottoscale. Sebbene punteggi più alti stiano a indicare una maggiore gravità e frequenza dei sintomi legati ai disturbi alimentari; non esistono cut-off universali rigorosi per la diagnosi clinica. Ottenere dei valori elevati nelle varie sottoscale o nel punteggio globale suggeriscono dunque la necessità di approfondimenti clinici.

- 6) Si è valutato il sostegno sociale percepito dai partecipanti attraverso la versione adattata al contesto italiano della Scala multidimensionale del sostegno sociale percepito o *Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)* (Di Fabio et al., 2015). Il questionario self-report presenta 12 item e tre sottoscale chiamate Supporto da parte di una persona significativa o *Significant Other subscale* (item 1, 2, 3, 10); Supporto da parte della Famiglia o *Family subscale* (item 3, 4, 8, 11); Supporto da parte degli amici o *Friends subscale* (item 6, 7, 9, 12). Le risposte sono date su una scala Likert da 1 a 7, in cui 1 corrisponde a “*Completamente in disaccordo*” e 7 corrisponde a “*Completamente d'accordo*”. I punteggi delle sottoscale e il punteggio globale sono calcolati sommando rispettivamente i valori rilevati per ogni item della sottoscala e i valori rilevati per ogni item del questionario; per cui valori più elevati corrisponderanno a una maggiore percezione di supporto sociale.
- 7) La scala integrata della Speranza o *Comprehensive Hope State Scale (CHS-S)* (Scioli et al., 2011; Magnano et al., 2019) nel suo adattamento al contesto italiano è stato lo strumento utilizzato per calcolare la speranza per il futuro provata dai partecipanti. Si tratta della “versione di stato” di questa scala, in quanto richiede ai partecipanti di valutare come si sentono oggi e come si sono sentiti nelle ultime due settimane rispetto ad una serie di affermazioni. Lo strumento presenta 37 item valutati su una scala Likert a 5 punti dove 0 = “*Per nulla*” e 5 = “*Moltissimo*”. Le affermazioni che strutturano il questionario sono suddivisibili nelle quattro seguenti sottoscale: Spiritualità o *Spirituality* (item 37, 22, 30, 34, 35, 26, 16, 18, 14, 10, 6, 2); Supporto Sociale e relazionale o *Relationships and social support* (item 32, 2, 3, 23, 12, 8, 33, 24, 13, 4, 28, 20); Fiducia o *Trust* (17, 29, 36, 25, 31, 9, 11, 5);

Autorealizzazione o *Self-realization* (item 7, 19, 21, 27, 15, 1). Si calcolerà dunque il punteggio per sottoscala attraverso la somma dei punteggi degli item appartenenti a ciascuna sottoscala; mentre si otterrà il punteggio totale attraverso la somma di tutti i punteggi degli item. Risulteranno punteggi elevati nei partecipanti che presentano un alto livello di speranza percepita nello stato attuale, associata a una maggiore resilienza, ottimismo e autoefficacia. È necessario tenere in considerazione che gli item della scala Fiducia o *Trust* sono *reverse*, perciò il loro valore va invertito, in modo che 0 = 5; 1 = 4; 2 = 3; 3 = 2; 4 = 1; 5 = 0.

- 8) Si è misurata l'autostima dei partecipanti attraverso l'adattamento italiano della **Scala dell'autostima di Rosenberg** o **Rosenberg Self-Esteem Scale** (RSES; Prezza et al., 1994). Il test non presenta sottoscale, ma si compone di 10 affermazioni globali verso cui i partecipanti hanno indicato il loro livello di accordo su una scala Likert a 4 punti, dove 1 = "*Fortemente in disaccordo*"; 2 = "*In disaccordo*"; 3 = "*D'accordo*"; 4 = "*Fortemente d'accordo*". Gli item negativi (item 3, 5, 8, 9, 10) sono stati valutati all'inverso, per cui 1 = "*Fortemente in disaccordo*"; 2 = "*In disaccordo*"; 3 = "*d'accordo*"; 4 = "*Fortemente d'accordo*". Per ottenere i punteggi totali è stato sommato il valore delle risposte a tutti i 10 gli item, che può variare da 10 a 40. Secondo le linee guida italiane un autostima nella norma corrisponderà a un valore tra i 16–25 punti.
- 9) Infine, è stato possibile valutare l'orgoglio legato all'essere parte della comunità TGD attraverso la versione italiana del **Transgender Identity Survey** (TIS; Scandurra et al., 2016). Le sottoscale del TIS sono quattro e si dividono in Orgoglio o *Pride* (item 1, 2, 6, 7, 12, 19, 25, 26), Vergogna o *Shame* (item 3, 4, 8, 14, 15, 16, 18, 23), *Passing* (item 9, 10, 11, 13, 17, 20, 21), Alienazione o *Alienation* (item 5, 22, 24). Il questionario presenta 26 affermazioni per cui viene richiesto ai partecipanti di indicare il loro livello di accordo su una scala Likert a 7 punti, i cui valori vanno da 1 = "*fortemente in disaccordo*" a 7 = "*fortemente d'accordo*". I risultati per ciascuna sottoscala si ottengono attraverso la media delle risposte agli item corrispondenti, tenendo in considerazione che sarà necessario invertire i punteggi per le sottoscale *Shame*, *Passing* e *Alienation* (ad esempio, 1 = "*Fortemente d'accordo*", 2 = "*D'accordo*" e così via). Punteggi elevati nella sottoscala *Pride* possono essere interpretati come una forte accettazione e orgoglio

per la propria identità transgender. Tuttavia, si è deciso di non tenere questa scala nella somministrazione del nostro questionario, a causa della ridondanza dei quesiti indagati, se confrontata con la sottoscala *Pride* del GMSR, precedentemente descritta. Punteggi elevati nelle ultime tre sottoscale, per le quali viene indicato di invertire i punteggi, suggeriscono maggiore accettazione dell'identità TGD (*Shame*), maggiore accettazione della propria espressione come persona TGD (*Passing*) e maggiori legami con la comunità (*Alienation*).

## Capitolo 4: Risultati

### 4.1 Presentazione dei dati ottenuti

#### 4.1.1 Statistiche descrittive

##### 4.1.1.1 Variabili demografiche

L'analisi dei dati è iniziata con la costruzione di un dataset contenente le variabili demografiche e le sottoscale relative a ciascun questionario somministrato (*Tab.1*). Successivamente, si è adottata una procedura di imputazione basata sulla media. Nello specifico è stato sostituito un valore nelle scale del questionario ISOS, 5 valori nella sottoscala Preoccupazioni per il peso (WEIGHT\_CONCERN\_DEDEQ) e 2 valori nella sottoscala Preoccupazioni per la forma corporea (SHAPE\_CONCERN\_EDEQ) del questionario EDEQ, 1 valore per le sottoscale del questionario CHS e 10 valori nelle sottoscale del questionario TIS. Tale procedura è stata possibile in quanto i valori mancanti non superavano il 5% dei valori totali nelle sottoscale ISOS, EDEQ e CHS ed il 10% nelle sottoscale TIS. Successivamente, sono state svolte delle statistiche descrittive su tutte le variabili del dataset, di seguito presentate. Il campione è composto da 122 partecipanti, di cui si autodichiarano 25 donne transgender, 55 uomini transgender e 42 persone *gender diverse* di cui 25 non binarie, 12 genderqueer o gender non-conforming, e 5 che hanno preferito non specificare. Tra i partecipanti, 116 dichiarano di provenire da un background etnico bianco-caucasico, 3 ispanico o latino, 1 asiatico e 2 hanno preferito non specificare. L'8% dei partecipanti ha dichiarato di aver raggiunto un livello di istruzione corrispondente alla scuola secondaria, il 50% ha concluso la scuola superiore, il 30% ha indicato di aver conseguito una laurea di primo livello (triennale) e il 12% ha conseguito una laurea di secondo livello (magistrale). Lo stato occupazionale dei partecipanti si è suddiviso in 9% di disoccupati, 32% di studenti, 19% di studenti lavoratori, 17% di impiegati part time e 21% di impiegati a tempo pieno, mentre il restante 2% ha preferito non esprimersi in merito. Nella compilazione del questionario 8 partecipanti hanno preferito non esprimersi rispetto al loro stato civile, 4 hanno dichiarato di essere sposati o in un'unione civile mentre 110 hanno dichiarato di essere celibi o nubili, ma in alcuni casi di avere un partner stabile e/o di convivere con quest'ultimo. Buona parte dei rispondenti ha iniziato ad esplorare

la propria identità di genere prima dei 12 anni (18%) o tra i 13 e i 17 anni (47%). Molti tra i restanti partecipanti ha iniziato questa esplorazione tra i 18 e i 24 anni (27%), alcuni hanno dichiarato che tale esplorazione si è verificata tra i 25 e i 34 anni (6%) o tra i 35 e 44 anni (2%); mentre solo un partecipante non si è espresso in merito. Più della metà del campione era composto da individui TGD che avevano iniziato la terapia ormonale (56%) o avrebbero voluto iniziarla ma non hanno ancora avuto la possibilità (32%). Pochi altri hanno dichiarato di non desiderare la terapia ormonale (7%), di essere incerti se iniziarla o meno (10%) e solo un partecipante ha preferito non esprimersi in merito. Abbiamo inoltre indagato da quanto tempo i partecipanti avessero iniziato il loro percorso di affermazione di genere (sia esso sociale, medico e/o psicologico): 16 partecipanti da meno di un anno, 21 partecipanti da un periodo compreso tra 1 e 2 anni, 56 partecipanti tra 3 e 5 anni, 18 partecipanti tra 6 e 10 anni, 5 partecipanti da più di 10 anni, e nuovamente solo un partecipante non si è espresso in merito. Tutti i partecipanti, meno uno che non si è espresso (99,18%), hanno dichiarato di aver subito spesso la pressione a conformarsi a specifiche norme di genere. La maggior parte dei partecipanti riportano che la pressione venga dalla società più ampia (n = 63), dalla famiglia (n = 35) o dall'ambiente scolastico / lavorativo (n = 33); d'altra parte si segnalano come ulteriori fonti di pressione i social media (n = 11), la comunità LGBTQI+ stessa (n = 7), gli amici (n = 4), il personale sanitario (n = 1) o loro stessi (n = 3). Più della metà dei partecipanti (62%) sentono che tale pressione abbia causato confusione e incertezza nel loro percorso di affermazione di genere. Quest'ultimo è stato iniziato dai partecipanti soprattutto con l'obiettivo di alleviare la disforia di genere (n = 77), per affermare la propria identità di genere (n = 67) e migliorare la propria salute mentale o benessere (n = 68). Tra le altre motivazioni indicate in ordine di importanza è stato segnalato il comfort fisico (n = 36), la soddisfazione personale (n = 35), l'aumento dell'accettazione sociale (n = 14), la soddisfazione relazionale (n = 13), la pressione di conformarsi alle norme di genere della società (n = 6), l'accettazione sociale generale (n = 14); mentre solo una persona riporta di non aver ancora iniziato questo percorso (n = 1). Su 122 partecipanti, 102 riportano che il percorso di affermazione di genere sia stato molto importante per il loro benessere generale, 13 lo hanno ritenuto abbastanza importante e solo 4 hanno dichiarato di essere neutrali o non si sono espressi in merito.

				<b>N</b>	<b>Missing</b>	<b>Mean</b>	<b>Median</b>	<b>SD</b>	<b>W</b>	<b>p</b>
<b>Age</b>				122	0	25.89	24.00	7.58	0.78	<.001
<b>Age_range</b>	<b>Counts</b>	<b>% of Total</b>		122	0					
1	65	53.3%								
2	45	36.9%								
3	8	6.6%								
4	2	1.6%								
5	2	1.6%								
<b>Gender_Identity</b>	<b>Counts</b>	<b>% of Total</b>		122	0					
Genderqueer	12	9.8%								
Man	55	45.1%								
Non-binary	25	20.5%								
Prefer not to say	5	4.1%								
Woman	25	20.5%								
<b>Ethnic_Background</b>	<b>Counts</b>	<b>% of Total</b>		122	0					
Asian / Pacific Islander	1	0.8%								
Hispanic or Latino	4	3.3%								
Other	2	1.6%								
White	114	93.4%								
White, American Indian or Alaska Native	1	0.8%								
<b>BMI</b>				122	0	24.28	22.83	5.94	0.82	<.001
<b>BMI_range</b>	<b>Counts</b>	<b>% of Total</b>		122	0					
15,1-23,2	67	54.9%								
23,3-31,4	42	34.4%								
31,5-39,6	10	8.2%								
39,7-47,8	2	1.6%								
47,9-56,1	1	0.8%								
<b>BMI_range_number</b>	<b>Counts</b>	<b>% of Total</b>		122	0					
1	67	54.9%								
2	42	34.4%								
3	10	8.2%								
4	2	1.6%								
5	1	0.8%								
<b>Education</b>	<b>Counts</b>	<b>% of Total</b>		122	0					
Bachelor Degree	36	29.5%								
High school	61	50.0%								
Master Degree	15	12.3%								

<b>Middle school</b>	10	8.2%		
<b>Employment_status</b>	<b>Counts</b>	<b>% of Total</b>	122	0
Full-time employee	25	20.5%		
Part-time employee	21	17.2%		
Prefer not to say	3	2.5%		
Student	39	32.0%		
Student worker	23	18.9%		
Unemployed	11	9.0%		
<b>Marital_status</b>	<b>Counts</b>	<b>% of Total</b>	122	0
Married or in a civil union	4	3.3%		
Not married	109	89.3%		
Other	1	0.8%		
Prefer not to say	8	6.6%		
<b>Age_of_gender_identity_exploration</b>	<b>Counts</b>	<b>% of Total</b>	121	1
13-17 years	57	47.1%		
18-24 years	33	27.3%		
25-34 years	7	5.8%		
35-44 years	2	1.7%		
Before age 12	21	17.4%		
Prefer not to say	1	0.8%		
<b>Interest_in_GAHT</b>	<b>Counts</b>	<b>% of Total</b>	122	0
I am not sure if I want to start GAHT	12	9.8%		
I do not wish to start GAHT	9	7.4%		
I have started GAHT	68	55.7%		
I prefer not to say	1	0.8%		
I would like to start GAHT, but I have not yet had the opportunity	32	26.2%		
<b>Duration_of_gender_affirmation_path</b>	<b>Counts</b>	<b>% of Total</b>	120	2
1-2 years	21	17.5%		
3-5 years	56	46.7%		
6-10 years	18	15.0%		
Less than 1 year	16	13.3%		
More than 10 years	5	4.2%		
Prefer not to say	4	3.3%		
<b>Gender_affirmation_duration_range</b>	<b>Counts</b>	<b>% of Total</b>	122	0
1	16	13.1%		
2	21	17.2%		

3	62	50.8%		
4	18	14.8%		
5	5	4.1%		
<b>Pressure_to_Conform_Gender_Norms</b>	<b>Counts</b>	<b>% of Total</b>	121	1
Never	1	0.8%		
Often	44	36.4%		
Rarely	8	6.6%		
Sometimes	31	25.6%		
Very often	37	30.6%		
<b>Source_of_Gender_Pressure</b>	<b>Counts</b>	<b>% of Total</b>	121	1
Pressure_family	35	28.9%		
Pressure_school_work	33	27.3%		
Pressure_society	63	52.1%		
Pressure_social_media	11	9.1%		
Pressure_LGBTQ+_community	7	5.8%		
Pressure_friends	5	4.1%		
Pressure_self	3	2.5%		
Pressure_healthcare	1	0.8%		
<b>Impact_of_gender_norm_pressure</b>	<b>Counts</b>	<b>% of Total</b>	121	1
It caused confusion or uncertainty	76	62.8%		
It had no impact on my decisions	26	21.5%		
It negatively influenced my decisions	12	9.9%		
It positively influenced my decisions	7	5.8%		
<b>Primary_motivation_gender_affirmation</b>	<b>Counts</b>	<b>% of Total</b>	120	2
To alleviate gender dysphoria	77	64.2%		
To affirm my gender identity	67	55.8%		
To improve my mental health and well-being	68	56.7%		
For personal satisfaction	35	29.2%		
For relational satisfaction	13	10.8%		
For physical comfort	36	30.0%		
To increase social acceptance	14	11.7%		
Pressure to conform to societal gender norms	6	5.0%		
I have not started yet	1	0.8%		
Other	1	0.8%		

Role_social_acceptance	Counts	% of Total	121	1
No	44	36.4%		
Yes, a major role	34	28.1%		
Yes, a minor role	43	35.5%		
Importance_affirmation_for_wellbeing	Counts	% of Total	120	2
Moderately important	13	10.8%		
Neutral	2	1.7%		
Prefer not to say	3	2.5%		
Very important	102	85.0%		

**Tab. 1:** Tabella illustrativa delle statistiche descrittive relative ai principali dati demografici.

Le analisi descrittive sono state svolte anche sulle sottoscale incluse del questionario somministrato ai partecipanti (*Tab. 2*).

#### 4.1.1.2 Gender Minority Stress and Resilience

Tra i costrutti analizzati dal **GMSR**, i fattori di Discriminazione ( $D\_GMSR$ ;  $M = 2.43$ ,  $DS = 1.36$ ,  $R = 0-6$ ), Non affermazione ( $NA\_GMSR$ ;  $M = 14.30$ ,  $DS = 7.44$ ) presentano differenze altamente significative rispetto al campione di riferimento non clinico del paper di Scandurra e colleghi (2020), indicando valori più elevati ( $z = 2.76$ ,  $p < .01$  per *Discrimination*;  $z = 3.71$ ,  $p < .001$  per *Non affirmation*). Similmente anche i fattori Aspettative Negative per gli Eventi Futuri ( $NE\_GMSR$ ;  $M = 19.18$ ,  $DS = 7.63$ ) e Non disvelamento ( $ND\_GMSR$ ;  $M = 9.96$ ,  $DS = 5.19$ ) presentano differenze altamente significative rispetto al campione di riferimento non clinico del paper di Scandurra e colleghi (2020), con valori più elevati ( $z = 3.27$ ,  $p < .01$  per *Negative expectation of future events*;  $z = 4.47$ ,  $p < .001$  per *Non disclosure*). I fattori di Orgoglio TGD ( $P\_GMSR$ ;  $M = 18.49$ ,  $DS = 6.48$ ) e Connessione alla comunità ( $CC\_GMSR$ ;  $M = 12.86$ ,  $DS = 4.51$ ) mostrano punteggi leggermente più alti rispetto al campione di riferimento, ma non raggiungono la soglia di significatività ( $z = 1.81$ ,  $p = .07$  per *Pride*;  $z = 1.54$ ,  $p = .12$  per *Community Connectedness*). Infine, i punteggi relativi a Rifiuto ( $R\_GMSR$ ;  $M = 2.21$ ,  $DS = 1.52$ ), Vittimizzazione ( $V\_GMSR$ ;  $M = 1.76$ ,  $DS = 1.47$ ), e Transfobia interiorizzata ( $IT\_GMSR$ ;  $M = 11.54$ ,  $DS = 8.26$ ) non differiscono in modo

significativo dal campione del paper di riferimento ( $z = -0.80$ , *n.s.* per *Rejection*;  $z = -1.58$ , *n.s.* per *Victimization*;  $z = -0.80$ , *n.s.* per *Internalized transphobia*).

#### 4.1.1.3 ISOS – Interpersonal Sexual Objectification Scale

In fase preliminare rispetto alle analisi descrittive, al fine di valutare le proprietà psicometriche della scala **ISOS** in lingua italiana, sono state condotte analisi di affidabilità interna e di validità strutturale, attraverso l'applicazione congiunta di analisi fattoriale esplorativa (EFA) e confermativa (CFA). Come accennato in precedenza, le due versioni dello strumento, che indicizzano Esperienze di oggettivazione sessuale nell'ultimo anno (PAST\_YEAR) ed Esperienze di oggettivazione sessuale nell'arco di tutta la vita (LIFETIME), sono state preliminarmente sottoposte a un processo di traduzione e back-translation, non essendo disponibili versioni validate in italiano. L'analisi dell'affidabilità, condotta mediante il coefficiente  $\alpha$  di Cronbach, ha restituito valori elevati per entrambe le scale (PAST\_YEAR,  $\alpha = .917$ ; LIFETIME,  $\alpha = .946$  per), indicando un'eccellente coerenza interna. I valori “*if item dropped*” non hanno suggerito benefici significativi derivanti dalla rimozione di singoli item. L'EFA, condotta con metodo di estrazione *Principal Axis Factoring* e rotazione obliqua, ha mostrato adeguate condizioni preliminari (PAST\_YEAR,  $KMO = .868$ ; LIFETIME,  $KMO = .917$ ; test di Bartlett significativo per entrambe,  $p < .001$ ). I risultati hanno evidenziato una struttura a tre fattori per entrambe le versioni, con una varianza spiegata pari al 52.5% per PAST\_YEAR e al 58.2% per LIFETIME. I carichi fattoriali sono risultati coerenti con la struttura teorica, con la maggior parte superiori a .50. La CFA ha confermato la plausibilità del modello a tre fattori, sebbene con risultati differenziati. Per il fattore PAST\_YEAR, i carichi fattoriali (da .426 a 1.165) erano significativi, ma gli indici di adattamento ( $CFI = .786$ ;  $TLI = .754$ ;  $RMSEA = .100$ ) non hanno raggiunto livelli soddisfacenti. Tuttavia, il modello si è dimostrato superiore alla soluzione monofattoriale. Al contrario, la scala LIFETIME ha evidenziato una struttura più stabile, con carichi significativi (.494 – .974) e indici di adattamento accettabili ( $CFI = .877$ ;  $TLI = .859$ ;  $RMSEA = .098$ ). Le covarianze tra i fattori erano significative e moderate, supportando l'ipotesi di dimensioni distinte, ma correlate. In conclusione, i risultati offrono evidenze preliminari a supporto della validità strutturale delle due versioni della

scala ISOS. In particolare, la scala LIFETIME presenta una maggiore solidità psicometrica, mentre la versione PAST YEAR richiede ulteriori verifiche e possibili revisioni. Le analisi suggeriscono la potenziale utilità dello strumento, pur sottolineando la necessità di ulteriori studi di conferma su campioni più ampi e diversificati. Il questionario ISOS somministrato ai partecipanti di questa ricerca ha incluso entrambe le sue versioni, che indicizzano rispettivamente Esperienze di oggettivazione sessuale nell'ultimo anno (PAST\_YEAR) ed Esperienze di oggettivazione sessuale nell'arco di tutta la vita (LIFETIME). La letteratura propone dei valori medi di riferimento solo per le sottoscale relative alla versione PAST YEAR dello strumento, mentre non propone un riferimento per la versione LIFETIME (Kozee et al., 2007). Sono stati confrontati Valutazione corporea implicita nell'ultimo anno (BE\_PASTYEAR\_ISOS;  $M = 2.06$ ,  $DS = .83$ ), e Avances sessuali indesiderate esplicite nell'ultimo anno (UESA\_PASTYEAR\_ISOS,  $M = 1.38$ ,  $DS = 0.61$ ) ai valori di riferimento proposti da Kozee e colleghi (2007), testati solo su un campione non clinico di donne cisgender. Dalle suddette analisi è emerso che entrambe le sottoscale mostrano punteggi significativamente più bassi rispetto al gruppo di riferimento del paper ( $z = -11.00$ ,  $p < .001$  per *Body evaluation Past Year*;  $z = -7.22$ ,  $p < .001$  per *Unwanted Explicit Sexual Advances Past Year*). Un'interpretazione di tale differenza può essere ritrovata nella consistente presenza di uomini transgender ( $n=55$ ) e persone gender diverse ( $n=42$ ) che compongono il campione: vedremo infatti delle differenze significative per questi fattori nel paragrafo che segue relativo all'Analisi dei gruppi. Confrontiamo invece Valutazione corporea implicita nell'arco della vita (BE\_LIFETIME\_ISOS;  $M = 2.53$ ,  $DS = 0.89$ ) e Avances sessuali indesiderate esplicite nell'arco della vita (UESA\_LIFETIME\_ISOS;  $M = 1.98$ ,  $DS = 0.85$ ) con i range teorici possibili della versione LIFETIME del questionario ISOS, in assenza delle medie di un gruppo di riferimento. Considerato il range teorico di punteggio da 1-5, la Valutazione corporea implicita nell'arco della vita ( $M = 2.53$ ) è una componente presente e non sporadica nel nostro campione, mentre Avances sessuali indesiderate nell'arco della vita risultano presenti solo occasionalmente ( $M = 1.98$ ).

#### 4.1.1.4 Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire – Social Media version

Il questionario **SATAQ-SM** similmente non riporta nel paper relativo alla sua validazione nel contesto italiano, essendo ancora relativamente nuovo nella sua versione dedicata ai social media, dei valori medi di riferimento per ognuna delle sottoscale (Riccardo et al., 2024). Tuttavia, confrontando i valori medi relativi al nostro campione al range di ognuna delle sottoscale, è stato possibile proporre un'interpretazione dei punteggi ottenuti. Nella sottoscala Pressione (**PRESSURE\_SATAQ**;  $M = 21.21$ ,  $DS = 7.56$ ) considerato un range da 7 a 35, il punteggio si colloca attorno al valore medio teorico (21), indicando che il campione percepisce una pressione moderata dai social media rispetto agli standard estetici. La sottoscala Internalizzazione generale (**INTERNALIZATION\_GENERAL\_SATAQ**,  $M = 24.40$ ,  $DS = 9.15$ ) presenta rispetto al range compreso tra 9 e 45 un punteggio inferiore rispetto al valore medio teorico (27), suggerendo una limitata adesione agli ideali estetici proposti. Infine, la sottoscala relativa all'Internalizzazione dell'ideale dell'atleta (**INTERNALIZATION\_ATHLETE\_SATAQ**;  $M = 13.53$ ,  $DS = 4.98$ ) presenta un punteggio medio tendente lievemente verso il basso rispetto al range di punteggio da 5 a 25, indicando meno internalizzazione dell'ideale atletico rispetto alle altre dimensioni prese in analisi del **SATAQ-SM**.

#### 4.1.1.5 EDE-Q – Eating Disorder Examination Questionnaire

Le medie dei punteggi relativi alle sottoscale del questionario **EDE-Q** sono state confrontate con i valori medi di un gruppo comunitario non clinico donne transgender e uomini transgender (Nagata et al., 2020b). È emerso dai risultati che Preoccupazione per il peso (**WEIGHT\_CONCERN\_EDEQ**;  $M = 3.18$ ,  $DS = 2.80$ ), Preoccupazione per la forma corporea (**SHAPE\_CONCERN\_EDEQ**;  $M = 3.23$ ,  $DS = 1.75$ ), Preoccupazione alimentare (**EATING\_CONCERN\_EDEQ**,  $M = 1.77$ ,  $DS = 1.69$ ) e Restrizione alimentare (**RESTRAINT\_EDEQ**,  $M = 1.68$ ,  $DS = 1.84$ ) hanno tutti punteggi di riferimento significativamente più alti rispetto ai valori normativo di un campione di uomini transgender ( $z = 3.67$ ,  $p < .001$  per *Weight concern*;  $z = 3.67$ ;  $p < .001$  per *Shape concern*;  $z = 5.89$ ,  $p < .001$  per *Eating concern*;  $z = 2.10$ ,  $p < .05$  per *Restraint*).

Diversamente, nel caso di un confronto dei dati ottenuti dalla ricerca presente con i valori normativi di un campione di donne transgender, emerge che Restrizione alimentare e Preoccupazione per la forma corporea non presentano punteggi significativamente diversi ( $z = 1.45$ ; *n.s.* per *Shape concern*;  $z = -0.42$ , *n.s.* per *Restraint*). Tuttavia, sono emersi valori significativamente più alti del campione di riferimento per Preoccupazione alimentare e Preoccupazione per il peso ( $z = 1.45$ ; *n.s.* per *Eating concern*;  $z = 5.89$ ,  $p < .001$  per *Weight concern*). Infine, le medie dei punteggi relativi alle sottoscale del questionario EDE-Q sono state confrontate con i valori medi di un gruppo non clinico di persone *gender diverse* (Nagata et al., 2020a). Il campione di questo studio ha punteggi significativamente più alti in tutte le sottoscale dell'EDE-Q rispetto al paper di riferimento, con differenze particolarmente marcate per le dimensioni Preoccupazioni alimentari, Preoccupazioni per la forma corporea e Preoccupazioni per il peso, suggerendo un livello più elevato di condotte e preoccupazioni alimentari disfunzionali ( $z = 3.94$ ,  $p < .001$  per *Weight concern*;  $z = 4.11$ ;  $p < .001$  per *Shape concern*;  $z = 4.91$ ,  $p < .001$  per *Eating concern*;  $z = 2.64$ ,  $p < .01$  per *Restraint*). È necessario considerare, nel tenere conto di tali dati, che le DS elevate rispetto alla media segnalano una forte eterogeneità nei livelli di preoccupazione per il peso.

#### **4.1.1.6 MSPSS – Multidimensional Scale of Perceived Social Support**

Sono stati confrontati i punteggi medi delle sottoscale del questionario **MSPSS** con punteggi medi del campione di una popolazione generale di individui presumibilmente cisgender (Eker & Arkar 1995). Il nostro campione riporta una maggiore percezione di Supporto di una persona significativa (SIGNIFICANT\_OTHER\_MSPSS;  $M = 5.83$ ,  $DS = 1.47$ ) e Supporto amicale (FRIENDS\_MSPSS;  $M = 5.84$ ,  $DS = 1.27$ ). rispetto al campione "normale" ( $z = 3.96$ ,  $p < .001$  per *Significant other*;  $z = 5.90$ ,  $p < .001$  per *Friends*); tuttavia, riporta significativamente meno Supporto familiare (FAMILY\_MSPSS;  $M = 4.05$ ,  $DS = 1.89$ ) rispetto al campione di riferimento ( $z = -8.52$ ,  $p < .001$  per *Family*). Questo pattern è coerente con molte ricerche, che hanno dimostrato il maggiore affidamento fatto da persone TGD su reti di supporto elettive (partner e amici) piuttosto che familiari (Levin et al., 2020).

#### 4.1.1.7 CHS – Comprehensive Hope Scale

I costrutti analizzati attraverso il **CHS** sono stati confrontati con i punteggi medi di ogni sottoscala, validati sulla popolazione italiana con individui presumibilmente cisgender (Magnano et al., 2019). Il campione della presente ricerca mostra livelli molto più elevati nelle sottoscale di Fiducia (TRUST\_CHS;  $M = 18.93$ ,  $DS = 6.30$ ), Realizzazione di sé (SELFREALIZATION\_CHS;  $M = 10.20$ ,  $DS = 4.90$ ) e Supporto sociale e relazionale (RELATIONSHIP\_AND\_SOCIALSUPPORT\_CHS;  $M = 24.40$ ,  $DS = 8.75$ ) rispetto alla popolazione generale italiana ( $z = 11.73$ ,  $p < .001$  per *Trust*;  $z = 8.86$ ,  $p < .001$  per *Self realization*;  $z = 18.21$ ,  $p < .001$  per *Relationship and social support*). Al contrario, il punteggio medio per la sottoscala Spiritualità (SPIRITUALITY\_CHS;  $M = 4.62$ ,  $DS = 6.99$ ) è marcatamente più basso rispetto al campione di riferimento ( $z = -13.83$ ,  $p < .001$  per *Spirituality*), evidenziando una componente spirituale poco rilevante o distante nella speranza nel presente campione.

#### 4.1.1.8 RSES – Rosenberg Self-Esteem Scale

Il questionario **RSES** (Mannarini, 2010) riporta invece punteggi di Autostima (ROSENBERG;  $M = 15.60$ ,  $DS = 6.80$ ) che si collocano al di sotto della norma clinica italiana di 16 punti, anche se non differiscono significativamente da essa ( $z = -0.65$ , n.s.).

#### 4.1.1.9 TIS – Transgender Identity Survey

Infine, come abbiamo accennato in precedenza, il **TIS** presenta tre sottoscale per le quali viene indicato di invertire i punteggi. In tal senso, la scala *Shame* misura l'Accettazione dell'identità TGD (SHAME\_TIS), la scala *Passing* misura l'Accettazione dell'espressione TGD (PASSING\_TIS) e la scala *Alienation* misura maggiori Legami con la comunità (ALIENATION\_TIS). I risultati del confronto tra i punteggi medi del TIS e quelli riportati nel paper di riferimento (Scandurra et al., 2016) mettono in evidenza come le sottoscale Accettazione della propria identità TGD

(SHAME\_TIS;  $M = 4.66$ ,  $D = 1.63$ ) e Legami con la comunità TGD (ALIENATION\_TIS;  $M = 4.49$ ,  $D = 1.40$ ) presentino valori significativamente più alti ( $z = 8.60$ ,  $p < .001$  per *Shame*,  $z = 8.45$ ,  $p < .001$  per *Passing*). La sottoscala Accettazione della loro espressione di genere (PASSING\_TIS;  $M = 3.86$ ,  $D = 1.47$ ) non riporta valori significativamente differenti ( $z = -0.6$ , n.s. per *Passing*). Questi dati sono verosimilmente interpretabili con la cognizione che la maggior parte del nostro campione (82% di  $N = 122$ ) ha iniziato il proprio percorso di affermazione di genere da almeno un anno: questo potrebbe spiegare la maggiore accettazione dell'identità, dell'espressione e del vissuto comunitario TGD.

	N	Mancanti	Media	SD	Shapiro-Wilk	
					W	p
D_GMSR	122	0	2.43	1.356	0.939	<.001
R_GMSR	122	0	2.21	1.521	0.930	<.001
V_GMSR	122	0	1.76	1.466	0.894	<.001
NA_GMSR	122	0	14.30	7.446	0.917	<.001
IT_GMSR	122	0	11.54	8.262	0.945	<.001
P_GMSR	122	0	18.49	6.483	0.981	0.076
NE_GMSR	122	0	19.18	7.626	0.963	0.002
ND_GMSR	122	0	9.96	5.187	0.977	0.036
CC_GMSR	122	0	12.86	4.511	0.976	0.028
BE_LIFETIME_ISOS	122	0	2.53	0.888	0.975	0.021
UESA_LIFETIME_ISOS	122	0	1.98	0.853	0.914	<.001
BE_PASTYEAR_ISOS	122	0	2.06	0.803	0.934	<.001
UESA_PASTYEAR_ISOS	122	0	1.38	0.612	0.696	<.001
PRESSURE_SATAQ	122	0	21.21	7.562	0.966	0.004
INTERNALIZATION_GENERAL_SATAQ	122	0	24.40	9.147	0.962	0.002
INTERNALIZATION_ATHLETE_SATAQ	122	0	13.53	4.986	0.973	0.016
WEIGHT_CONCERN_EDEQ	122	0	3.18	2.80	0.990	<.001
SHAPE_CONCERN_EDEQ	122	0	3.23	1.747	0.958	<.001
EATING_CONCERN_EDEQ	122	0	1.77	1.688	0.888	<.001
RESTRAINT_EDEQ	122	0	1.68	1.843	0.836	<.001
SIGNIFICANT_OTHER_MSPSS	122	0	5.83	1.466	0.780	<.001
FAMILY_MSPSS	122	0	4.05	1.887	0.924	<.001
FRIENDS_MSPSS	122	0	5.84	1.274	0.808	<.001
ROSENBERG	122	0	15.60	6.803	0.977	0.037

	N	Mancanti	Media	SD	Shapiro-Wilk	
					W	p
TRUST_CHS	122	0	18.93	6.299	0.957	<.001
SPIRITUALITY_CHS	122	0	4.62	6.994	0.704	<.001
SELFREALIZATION_CHS	122	0	10.20	4.898	0.985	0.215
RELATIONSHIP_AND_SOCIAL_SUPPORT_CHS	122	0	24.40	8.757	0.987	0.277
SHAME_TIS	122	0	4.66	1.632	0.955	<.001
PASSING_TIS	122	0	3.86	1.469	0.987	0.284
ALLIENATION_TIS	122	0	4.49	1.402	0.973	0.015

*Tab. 2:* Tabella illustrativa delle statistiche descrittive relative alle sottoscale del questionario.

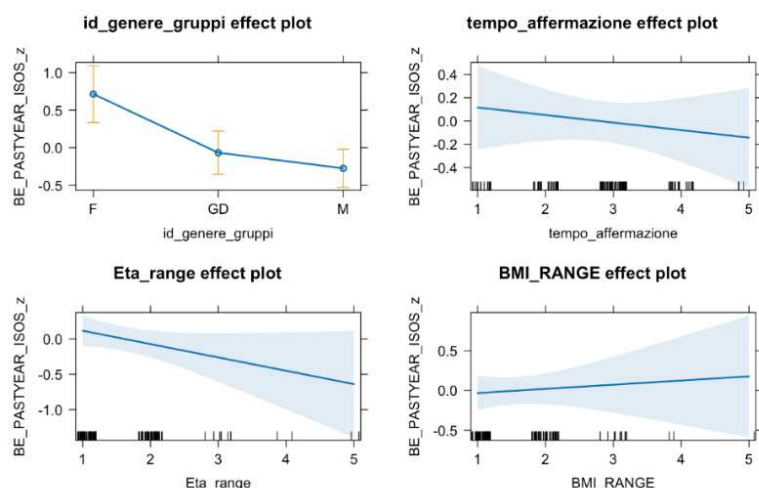
#### 4.1.2 Analisi dei gruppi

I punteggi delle sottoscale sono stati standardizzati trasformandoli in punti z, in modo da rendere confrontabili valori eterogenei e facilitare l'interpretazione statistica. La ricerca è proceduta poi con l'analisi dei gruppi, così da indagare se esistessero differenze significative nella distribuzione dei dati per specifici sottogruppi. Abbiamo quindi tenuto conto di eventuali differenze significative sulla base del genere del campione (donne transgender, uomini transgender e persone *gender diverse*); il tempo di affermazione, inteso come il periodo di tempo in cui i partecipanti riportano di aver iniziato il percorso di affermazione di genere; infine, il BMI e l'età dei partecipanti, in modo analogo rispetto alle analisi svolte da Brewster e colleghi (2019). Il tempo di affermazione di genere è stato suddiviso tra le risposte a scelta multipla fornite dal questionario in 5 possibili range di tempo, accompagnati dalla possibilità di non esprimersi in merito (“*Meno di 1 anno*”, “*1-2 anni*”, “*3-5 anni*”, “*6-10 anni*”, “*Più di 10 anni*”, “*Preferisco non dire*”). Il BMI è stato invece utilizzato come misura indicativa del peso corporeo in rapporto all'altezza, pur consapevoli dei limiti di questa metrica nella popolazione TGD. In particolare, la classificazione standard dell'OMS è stata adottata solo come riferimento descrittivo, senza considerarla misura assoluta di salute corporea, in linea con quanto indicato da Linsenmeyer e Garwood (2023), che sottolineano l'importanza di un approccio individualizzato nei contesti clinici e di ricerca con soggetti transgender e non binari. Tale indagine si è svolta attraverso

Modelli di Regressione lineare multipla, utilizzati per approfondire l'effetto simultaneo di più variabili indipendenti; laddove le variabili dipendenti risultavano essere rispettivamente le varie sottoscale del dataset, analizzate una per volta, mentre le variabili indipendenti erano il genere dei gruppi, il tempo di affermazione, il BMI e l'età dei partecipanti. La statistica applicata al campione ha riportato che le sottoscale di Aspettative negative per gli eventi futuri (NE\_GMSR;  $\beta = -.482, p = .047$ ) e Orgoglio TGD (P\_GMSR;  $\beta = -.611, p = .011$ ) risultano avere una significatività maggiore per il gruppo di riferimento delle **donne transgender** se confrontate con i valori riportati dagli uomini transgender; mentre la sottoscala di Valutazione corporea implicita nell'anno passato (BE\_PASTYEAR\_ISOS) sembra essere significativa per il gruppo delle donne sia a confronto con gli uomini transgender ( $\beta = -.991, p < .001$ ), sia a confronto con le persone GD ( $\beta = -.782, p = .001$ ). Quest'ultimo dato risulta particolarmente degno di nota e coerente con la letteratura (Brewster et al., 2019; Comiskey et al., 2020). Infatti, l'82% del nostro campione ( $n = 100$ ) ha iniziato il proprio percorso di affermazione di genere da almeno un anno; perciò, è verosimile pensare che le donne transgender ( $n = 25$ ), socializzate come maschi tutta la vita, abbiano iniziato più recentemente ad essere sottoposte a sguardi sessualizzanti a causa del loro aspetto sempre più femminile (Fig. 3). Al contrario gli uomini transgender, i quali rappresentano il 45% dei partecipanti al presente studio ( $n = 55$ ), presumibilmente hanno vissuto gli anni di vita precedenti al percorso di affermazione di genere socializzati come donne e quindi maggiormente sessualizzati; per poi potenzialmente vivere minori esperienze sessualizzanti una volta iniziato un processo di mascolinizzazione del loro aspetto. Gli **uomini transgender** riportano invece una significatività maggiore nella percezione di Supporto da parte di una figura importante nella loro vita (SIGNIFICANT\_OTHER\_MSPSS;  $\beta = .625, p = .01$ ), rispetto al gruppo femminile. Ritroviamo invece che il gruppo delle **persone GD** ha livelli significativamente più alti rispetto al gruppo femminile di Non affermazione della propria identità TGD (NA\_GMSR;  $\beta = .578, p = .01$ ), Valutazione corporea implicita nell'arco della vita (BE\_LIFETIME  $\beta = .591, p = .022$ ), Avances sessuali esplicite nel corso della vita (UESA\_LIFETIME;  $\beta = .676, p = .008$ ), ma anche di Accettazione della propria espressione TGD (PASSING\_TIS;  $\beta = .921, p < .001$ ). Coerentemente con queste evidenze osserviamo nella letteratura che, nonostante gli individui *gender*

*diverse* riferiscano di essere significativamente meno preoccupati di “passare” per il genere in cui si identificano rispetto alle persone transgender binarie (Guimaoutdinov & Tram, 2021); presentano spesso tassi più elevati di depressione e ansia, più probabilmente a causa di una forte discriminazione esterna, piuttosto che delle lotte identitarie interiorizzate (Romani et al., 2021). Sono state individuate anche diverse sottoscale significative per il **tempo di affermazione**. Al crescere del Tempo di affermazione, si riduce la difficoltà dei partecipanti ad essere percepiti nel proprio genere o Non affermazione (NA\_GMSR;  $\beta = .578, p = .01$ ), la Transfobia interiorizzata (IT\_GMSR;  $\beta = -.291, p = .002$ ), il desiderio di Non disvelamento della propria identità TGD (ND\_GMSR,  $\beta = -.220, p = .$ ). Inoltre, quanto maggiore è il tempo di affermazione, quanto più cresce l’Autostima (ROSENBERG;  $\beta = .265, p = .004$ ), la fiducia (TRUST\_CHS;  $\beta = .212, p = .023$ ) e il senso di Realizzazione di sé dei partecipanti (SELFREALIZATION\_CHS;  $\beta = .218, p = .021$ ). Tali evidenze sono coerenti con lo studio di Glynn e colleghi (2016), i quali hanno dimostrato che su 573 donne transgender, l’accesso a forme psicologiche, mediche e sociali di affermazione ha predetto significativamente una maggiore autostima. Similmente, Fontanari e colleghi (2020) hanno dimostrato che l’accesso a più fasi dell'affermazione di genere (sociale, legale e medica) per diversi individui TGD aventi identità di genere diverse (N = 350) fosse stato associato a un senso di orgoglio e positività nei confronti della propria identità di genere e la sensazione di essere socialmente accettati. Per contro, quanto minore è il Tempo di affermazione, quanto più sono evidenti gli effetti dell’Internalizzazione generalizzata degli standard di bellezza (INTERNALIZATION\_GENERAL\_SATAQ;  $\beta = -.236, p = .001$ ), dell’Internalizzazione dell’ideale corporeo dell’atleta (INTERNALIZATION\_ATHLETE\_SATAQ;  $\beta = -.297, p = .001$ ), delle Preoccupazioni per la forma corporea (SHAPE\_CONCERN\_EDEQ;  $\beta = -.238, p = .008$ ), delle Preoccupazioni per il peso (WEIGHT\_CONCERN\_EDEQ;  $\beta = -.249, p = .01$ ). Similmente alle evidenze mostrate dalla ricerca, uno studio longitudinale (N = 200) ha mostrato che una maggiore internalizzazione degli ideali corporei normativi (sia generali, sia atletici) si osserva maggiormente in individui transgender con minor tempo di affermazione (Castellini et al., 2023). Nuovamente a supporto delle evidenze riscontrate, Nowaskie e colleghi (2021) affermano che le persone transgender (N = 166)

che hanno intrapreso una terapia ormonale e chirurgie affermative hanno riportato punteggi di DNA significativamente più bassi, soprattutto per quanto riguarda le preoccupazioni relative alla forma e al peso. Proseguiamo menzionando le sottoscale che sono risultate essere significativamente differenti sulla base del **BMI**. In particolare, sembra che al crescere del BMI siano presenti maggiori Aspettative negative per gli eventi futuri (NE\_GMSR;  $\beta = .252, p = .029$ ), un vissuto di Non affermazione della propria identità di genere da parte del mondo esterno (NA\_GMSR;  $\beta = .295, p = .004$ ), percezione di Pressione relativa al proprio aspetto proveniente dai social media (PRESSURE\_SATAQ;  $\beta = .243, p = .035$ ) e maggiori Preoccupazioni per la forma corporea (SHAPE\_CONCERN\_EDEQ;  $\beta = .357, p = .001$ ). Al contrario, al diminuire del BMI c'è una percezione di inferiore Supporto di una persona importante nella vita dei partecipanti (SIGNIFICANTOTHER\_MSPSS;  $\beta = -.300, p = .009$ ) e minore Autostima (ROSENBERG;  $\beta = -.262, p = .023$ ). La letteratura suggerisce che i cambiamenti indotti dalla GAHT (come aumento di massa grassa, più comune nelle donne transgender) possono alimentare preoccupazioni corporee, specialmente se il corpo risultante non rispecchia ancora l'identità di genere vissuta dall'individuo TGD (Ford et al., 2022). Inoltre, lo stress da minoranza di genere, la discriminazione e le barriere all'accesso alla chirurgia affermativa, spesso legate a criteri rigidi sul BMI, possono aumentare vissuti di sconforto, scarsa speranza e disforia corporea persistente, favorendo in alcuni casi l'aumento del peso (Castle et al., 2022). Per quanto riguarda invece individui TGD con un basso BMI, attualmente non ci sono evidenze dirette che colleghino un BMI più basso a bassa autostima e minore connessione alle persone significative nella popolazione transgender e gender diverse. Tuttavia, più studi indicano che l'insoddisfazione corporea, piuttosto che il BMI in sé, è fortemente legata alla bassa autostima in questo gruppo (Alberse et al., 2019). Infine, nessun fattore mostra una distribuzione dei dati significativamente differente in relazione all'età dei partecipanti.



**Fig.3:** Effetti marginali dei predittori Genere, Tempo di affermazione, Età e BMI sulla variabile dipendente Valutazioni corporee implicite nell'ultimo anno (BE\_PASTYEAR\_ISOS) nel modello di regressione lineare.

### 4.1.3 Correlazioni

Al fine di verificare l'assunzione di normalità delle variabili impiegate nelle analisi successive, è stato condotto il test di Shapiro-Wilk su ciascuna scala. I risultati mostrano che la maggior parte delle variabili non segue una distribuzione normale, in quanto il valore di  $W$  è significativamente diverso da 1 ( $p < .05$ ). Fanno eccezione alcune variabili, per le quali il test non ha rilevato deviazioni significative, tra cui quella di Orgoglio TGD (P\_GMSR;  $W = 0.981$ ,  $p = .076$ ), Supporto sociale e relazionale (RELATIONSHIP\_AND\_SOCIAL\_SUPPORT\_CHS;  $W = 0.987$ ,  $p = .277$ ), e Accettazione della propria espressione TGD (PASSING\_TIS,  $W = 0.987$ ,  $p = .284$ ), suggerendo una distribuzione più vicina alla normalità. Nel complesso, la violazione dell'assunzione di normalità per molte delle variabili in analisi ci ha portato a condurre analisi di correlazione bivariate di Spearman su tutte le variabili del dataset. L'analisi della correlazione è presentata tramite la *heatmap*, strumento di rappresentazione grafica in cui ogni cella della mappa mostra la forza e la direzione della relazione tra due variabili, calcolata attraverso il coefficiente di correlazione di rango di Spearman ( $\rho$ ). Tale procedimento statistico ha avuto lo scopo di identificare i legami più significativi tra i costrutti teorici di cui è composto il dataset. Ai fattori precedentemente presi in considerazione per l'analisi dei gruppi si è aggiunto un fattore di deumanizzazione, pensato sulla base del costrutto teorico proposto nel modello di

Moradi e colleghi (2013). È stato calcolato un indice composito z-standardizzato della disumanizzazione come media tra Valutazioni corporee implicite nell'ultimo anno (BE\_PASTYEAR\_ISOS) e di Discriminazione antitransgender (D\_GMSR). Si è scelto di selezionare questa sottoscala del questionario ISOS, poiché si è valutato potesse essere maggiormente rappresentativa delle esperienze di oggettivazione sessuale anche più sottili vissute dai partecipanti da quando hanno iniziato il percorso di affermazione di genere. Approfondiamo quindi le correlazioni di Spearman emerse tra le sottoscale del dataset in analisi aventi un coefficiente  $\rho \geq 0.40$ , correlate dunque con maggiore forza (Fig.4).

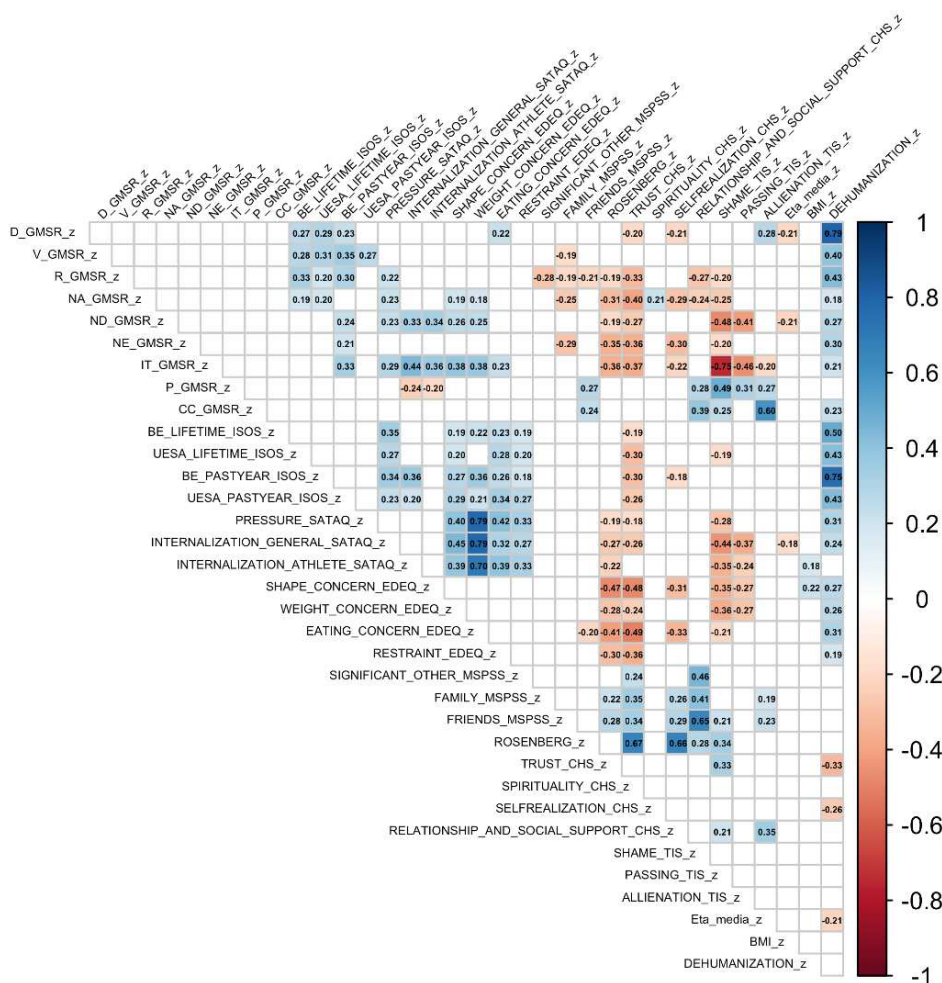


Fig. 4: Matrice delle correlazioni di Spearman tra tutte le variabili psicometriche standardizzate.

#### **4.1.3.1 Disumanizzazione: discriminazione e oggettivazione sessuale**

I risultati indicano una forte associazione tra il vissuto di Disumanizzazione e la Discriminazione antitransgender (D\_GMSR;  $\rho = .79$ ), come anche tra il vissuto di Disumanizzazione e la Valutazione corporea implicita nell'ultimo anno (BE\_PASTYEAR\_ISOS;  $\rho = .75$ ). Questo dato è facilmente interpretabile visto che questa scala risulta essere un indice composito delle prime due. Inoltre, la Deumanizzazione è correlata positivamente anche a Valutazione corporea implicita vissute nell'arco della vita (BE\_LIFETIME\_ISOS;  $\rho = .50$ ); Avances sessuali esplicite nell'ultimo anno (UESA\_PASTYEAR\_ISOS;  $\rho = .43$ ); Avances sessuali esplicite nell'arco di tutta la vita (UESA\_LIFETIME\_ISOS;  $\rho = .43$ ); e Vittimizzazione, indicate esperienze di ulteriore discriminazione (V\_GMSR;  $\rho = .40$ ). Questi dati sono coerenti con la letteratura, che ha identificato la disumanizzazione come un'esperienza comune tra le persone TGD, legata a discriminazione sistemica e micro-aggressioni oggettivanti (Kteily et al., 2015).

#### **4.1.3.2 Internalizzazione degli standard di bellezza e condotte alimentari disfunzionali**

Le pressioni estetiche socioculturali mostrano forti correlazioni con l'insoddisfazione corporea. In particolare, è emerso che la Pressione percepita dai social media (PRESSURE\_SATAQ;  $\rho = .79$ ), l'Interiorizzazione generale degli ideali di bellezza (INTERNALIZATION\_GENERAL\_SATAQ;  $\rho = .79$ ) e Interiorizzazione dell'ideale dell'atleta (INTERNALIZATION\_ATHLETE\_SATAQ;  $\rho = .70$ ) siano tutte fortemente associate alla Preoccupazione per il peso (WEIGHT\_CONCERN\_EDEQ). In secondo luogo, la Pressione percepita dai social media (PRESSURE\_SATAQ;  $\rho = .40$ ), all'Interiorizzazione generale degli ideali di bellezza (INTERNALIZATION\_GENERAL\_SATAQ;  $\rho = .45$ ) sono fortemente correlate alle Preoccupazioni per la forma corporea (SHAPE\_CONCERN\_EDEQ). Infine, è stata individuata una buona correlazione tra e la Pressione percepita dai social media (PRESSURE\_SATAQ;  $\rho = .42$ ) e le Preoccupazioni alimentare (EATING\_CONCERNS\_EDEQ). Questi risultati confermano gli studi secondo cui la

pressione dei media e degli standard socialmente istituiti contribuisce all'insoddisfazione corporea, soprattutto tra le persone TGD (Jones et al., 2016).

#### **4.1.3.3 Condotte e preoccupazioni alimentari disfunzionali e fattori protettivi**

Sono risultate alcune correlazioni rilevanti tra le sottoscale che indagano condotte e preoccupazioni alimentari disfunzionali e alcuni fattori protettivi. Dai dati è emerso che al crescere delle Preoccupazioni per la forma corporea (SHAPE\_CONCERN\_EDEQ) calano sia la Fiducia (TRUST\_CHS;  $\rho = -.48$ ), sia l'Autostima dei partecipanti (ROSENBERG;  $\rho = -.47$ ). Analogamente, al crescere delle Preoccupazioni alimentare (EATING\_CONCERN\_EDEQ), calano nuovamente sia la Fiducia (TRUST\_CHS;  $\rho = -.49$ ), sia l'Autostima dei partecipanti (ROSENBERG;  $\rho = -.41$ ).

#### **4.1.3.4 Costrutti simili misurati da scale diverse**

Il questionario attraverso scale diverse ha misurato costrutti simili, quindi tra loro correlati. Le scale del MSPSS che indagano la percezione di Supporto amicale (FRIENDS\_MSPSS,  $\rho = .65$ ), Supporto familiare (FAMILY\_MSPSS,  $\rho = .65$ ) e Supporto di una persona importante (SIGNIFICANTOTHER\_MSPSS,  $\rho = .41$ ), risultano essere correlate individualmente alla sottoscalascala del CHS che indaga la percezione di Supporto sociale e relazionale da parte del partecipante (RELATIONSHIP\_AND\_SOCIAL\_SUPPORT\_CHS). La scala di connessione comunitaria del GMSR (CC\_GMSR) indaga gli stessi costrutti della scala di Legami con la comunità del TIS (ALIENTATION\_TIS;  $\rho = .60$ ), a seguito dell'inversione dei punteggi (come accennato precedentemente). Sono invece correlate inversamente la scala di Transfobia interiorizzata del GMSR (IT\_GMSR) e la scala di Accettazione dell'identità TGD del TIS (SHAME\_TIS;  $\rho = -.75$ ), a causa dell'inversione dei punteggi; allo stesso modo della scala di Non disvelamento del GMSR (ND\_GMSR) e la scala di percezione delle esperienze di Accettazione dell'espressione TGD del TIS (PASSING\_TIS;  $\rho = -.41$ ).

## 4.2 Analisi statistica dei risultati

### 4.2.1 Modelli base SEM

È stata testata l'efficacia dell'adattamento del Modello panteorico della Deumanizzazione creato da Moradi (2013), dimostrato essere valido per donne transgender e uomini transgender (Brewster et al., 2019; Velez et al., 2016), anche sul nostro campione di studio. Abbiamo utilizzato la modellizzazione a equazioni strutturali (SEM) con variabili latenti, condotta in R-studio, per validare l'ipotesi che l'internalizzazione degli standard di bellezza possano mediare l'impatto della deumanizzazione, un costrutto composto da oggettivazione sessuale e discriminazione antitransgender, sulle abitudini alimentari delle minoranze di genere (Ipotesi 1). Abbiamo utilizzato le quattro sottoscale dell'EDEQ di Preoccupazione per il peso (WEIGHT\_CONCERNS\_EDEQ), Preoccupazione per la forma corporea (SHAPE\_CONCERNS\_EDEQ), Preoccupazione alimentare (EATING\_CONCERNS\_EDEQ), Restrizione alimentare (RESTRAINT\_EDEQ) come indicatori manifesti della variabile latente dipendente "condotte e preoccupazioni alimentari disfunzionali". Abbiamo anche utilizzato la sottoscala Internalizzazione generale degli standard di bellezza (INTERNALIZATION\_GENERAL\_SATAQ) del SATAQ come indicatore della variabile osservata mediatrice. Inoltre, come è stato precedentemente accennato, l'oggettivazione sessuale (Valutazioni corporee implicite nell'ultimo anno dell'ISOS) e la discriminazione antitransgender (Discriminazione del GMSR) sono state valutate come manifestazioni di un processo di disumanizzazione; quindi, abbiamo stimato una variabile latente predittiva di secondo ordine di "Deumanizzazione".

Il modello di mediazione SEM, ripetuto per ognuna delle quattro sottoscale del questionario EDEQ, si propone di indagare le seguenti relazioni:

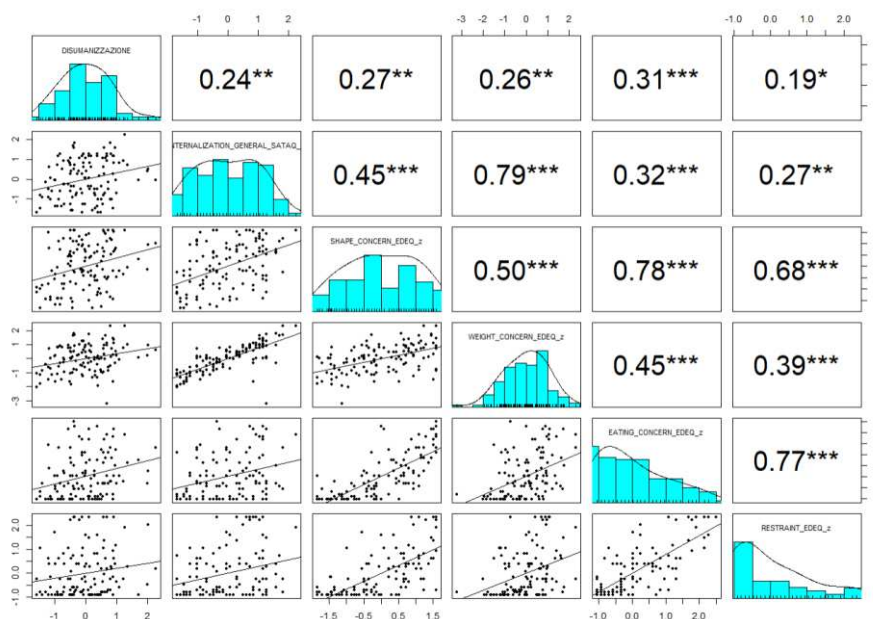
- 1) **Ipotesi 1:** L'effetto della disumanizzazione (DEHUMANIZATION) sull'internalizzazione degli standard di bellezza (INTERNALIZATION\_GENERAL\_SATAQ);
- 2) **Ipotesi 2:** L'effetto dell'internalizzazione degli standard di bellezza (INTERNALIZATION\_GENERAL\_SATAQ) su condotte e preoccupazioni alimentari disfunzionali (WEIGHT\_CONCERNS\_EDEQ,

SHAPE\_CONCERNS\_EDEQ, EATING\_CONCERNS\_EDEQ,  
RESTRAINT\_EDEQ);

- 3) **Ipotesi 3:** L'effetto diretto della disumanizzazione (DEHUMANIZATION) su condotte e preoccupazioni alimentari disfunzionali (WEIGHT\_CONCERNS\_EDEQ, SHAPE\_CONCERNS\_EDEQ, EATING\_CONCERNS\_EDEQ, RESTRAINT\_EDEQ);
- 4) **Ipotesi 4:** Il ruolo di mediatore dell'internalizzazione degli standard di bellezza (INTERNALIZATION\_GENERAL\_SATAQ) nella relazione tra deumanizzazione (DEHUMANIZATION) e condotte e preoccupazioni alimentari disfunzionali (WEIGHT\_CONCERNS\_EDEQ, SHAPE\_CONCERNS\_EDEQ, EATING\_CONCERNS\_EDEQ, RESTRAINT\_EDEQ).

Si è quindi deciso di procedere preliminarmente indagando le **correlazioni** di Spearman tra i fattori appartenenti al modello base, sempre sulla base dell'assunto che i dati in analisi non rispettano l'assunzione di normalità (Fig. 5). L'ampiezza delle correlazioni è descritta utilizzando i criteri di Cohen (1992) per piccole ( $r = .10$ ), medie ( $r = .30$ ) e grandi ( $r = .50$ ) correlazioni. Le correlazioni emerse dall'analisi risultano essere pienamente coerenti con le direzioni specificate nell'Ipotesi 1. In altre parole, la Deumanizzazione ha mostrato correlazioni significative positive con Interiorizzazione generale ( $\rho = .24, p < .01$ ), Preoccupazione per il peso ( $\rho = .26, p < .01$ ), Preoccupazione per la forma corporea ( $\rho = .27, p < .01$ ), Preoccupazione alimentare ( $\rho = .31, p < .001$ ) e Restrizione dell'alimentazione ( $\rho = .19, p < .05$ ). L'associazione tra Deumanizzazione e Preoccupazione alimentare risulta la più elevata tra le quattro ( $\rho = .31$ ). Questo risultato suggerisce che esperienze di oggettivazione e discriminazione possono aumentare il grado di preoccupazione alimentare. Troviamo correlazioni più deboli, ma comunque significative con Preoccupazione per la forma corporea, Preoccupazione per il peso e Restrizione alimentare. Inoltre, l'Interiorizzazione ha mostrato correlazioni significative positive con Preoccupazione per il peso ( $\rho = .32, p < .001$ ), Preoccupazione per la forma corporea ( $\rho = .79, p < .001$ ), Preoccupazione alimentare ( $\rho = .27, p < .01$ ) e Restrizione alimentare ( $\rho = .45, p < .001$ ). Le suddette correlazioni sono dunque altamente significative e coerenti con l'ipotesi, ma la correlazione maggiormente elevata risulta essere tra Internalizzazione generale e Preoccupazione per la forma corporea ( $\rho = .79$ ). Infine, tutte le sottoscale dell'EDE-Q

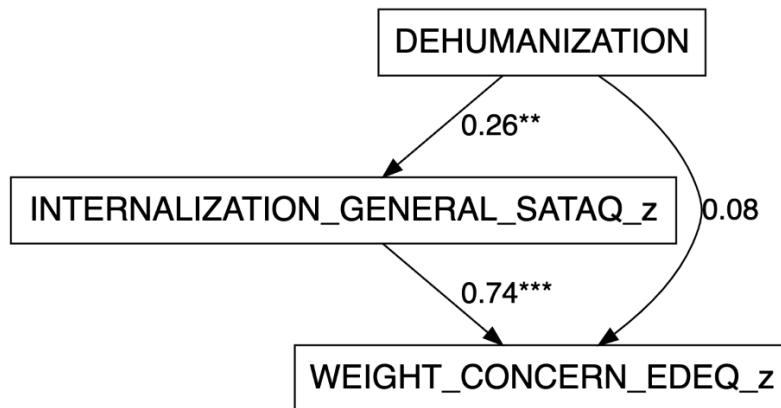
mostrano forti intercorrelazioni, confermando la struttura multidimensionale, ma coesa del costrutto di condotte e preoccupazioni alimentari disfunzionali.



**Fig 5:** Matrice di correlazione di Spearman tra i fattori di deumanizzazione percepita, internalizzazione degli standard di bellezza e condotte e preoccupazioni alimentari.

I risultati hanno giustificato un ulteriore approfondimento dei dati tramite un'analisi di mediazione attraverso il modello SEM, tecnica statistica multivariata che permette di analizzare relazioni complesse tra variabili, sia osservate sia latenti, valutando effetti diretti e indiretti tra le variabili. L'analisi (Fig. 6) ha dimostrato che la Deumanizzazione predice in modo positivo e significativo l'Internalizzazione generale ( $\beta = 0.261$ ,  $p = .003$ ), indicando che livelli più elevati di disumanizzazione sono associati a una maggiore adesione agli ideali socioculturali di bellezza. A sua volta, l'Internalizzazione predice fortemente e significativamente la Preoccupazione per il peso corporeo ( $\beta = 0.736$ ,  $p < .001$ ), suggerendo un potente legame tra interiorizzazione degli standard estetici e insoddisfazione corporea legata al peso (Ipotesi 1). L'**effetto diretto** della Disumanizzazione sulla Preoccupazione per il peso, invece, non risulta statisticamente significativo ( $\beta = 0.084$ ,  $p = .168$ ), suggerendo che il legame tra i due è completamente mediato dall'Internalizzazione (Ipotesi 2). L'**effetto indiretto** è significativo ( $\beta = 0.192$ ,  $p = .004$ ), così come l'**effetto totale** ( $\beta = 0.276$ ,  $p = .002$ ), confermando che l'Internalizzazione media in modo significativo la relazione tra Disumanizzazione e Preoccupazione per il peso corporeo. In conclusione, l' $R^2$  indica che il modello spiega il

6.8% della varianza nell'internalizzazione e il 58.1% della varianza nella preoccupazione per il peso corporeo. I risultati supportano un modello di **mediazione completa**, nel quale la disumanizzazione percepita aumenta la preoccupazione per il peso corporeo esclusivamente attraverso l'aumento dell'internalizzazione degli ideali socioculturali di magrezza.



*Fig 6:* Modello di mediazione SEM dell'internalizzazione degli standard di bellezza nella relazione tra deumanizzazione e preoccupazioni per il peso corporeo.

Secondariamente, è stato testato un modello di mediazione semplice (*Fig. 7*) in cui l'effetto della Disumanizzazione (DEHUMANIZATION) sulla Preoccupazione per la forma corporea (SHAPE\_CONCERN\_EDEQ) è mediato dall'Internalizzazione degli standard di bellezza (INTERNALIZATION\_GENERAL\_SATAQ). La Disumanizzazione predice in modo positivo e significativo l'Internalizzazione ( $\beta = 0.261, p = .003$ ). Ciò indica che livelli più alti di disumanizzazione sono associati a una maggiore internalizzazione degli ideali estetici. L'Internalizzazione predice in modo positivo e significativo la Preoccupazione per la forma corporea ( $\beta = 0.420, p < .001$ ). Questo suggerisce che l'adozione degli ideali di bellezza è associata a maggiori preoccupazioni legate alla forma del corpo. La Disumanizzazione ha un **effetto diretto** significativo sulla Preoccupazione per la forma del corpo, anche controllando per l'Internalizzazione ( $\beta = 0.179, p = .028$ ). Inoltre, l'**effetto indiretto** è significativo ( $\beta = 0.110, p = .010$ ), come anche l'**effetto totale** (somma di diretto e indiretto) della Disumanizzazione sulla Preoccupazione per la forma corporea ( $\beta = 0.289, p = .001$ ), indicando una **mediazione parziale** dell'Internalizzazione tra Disumanizzazione e Preoccupazione per la forma corporea. Infine, dalla statistica  $R^2$  deduciamo che il

modello spiega il 6.8% della varianza nell'Internalizzazione e il 24.8% della varianza nella Preoccupazione per il peso corporeo. Alla luce di questi risultati, confermiamo l'ipotesi che la disumanizzazione contribuisca alle problematiche legate all'immagine corporea, in parte attraverso l'adozione degli ideali estetici socioculturali.

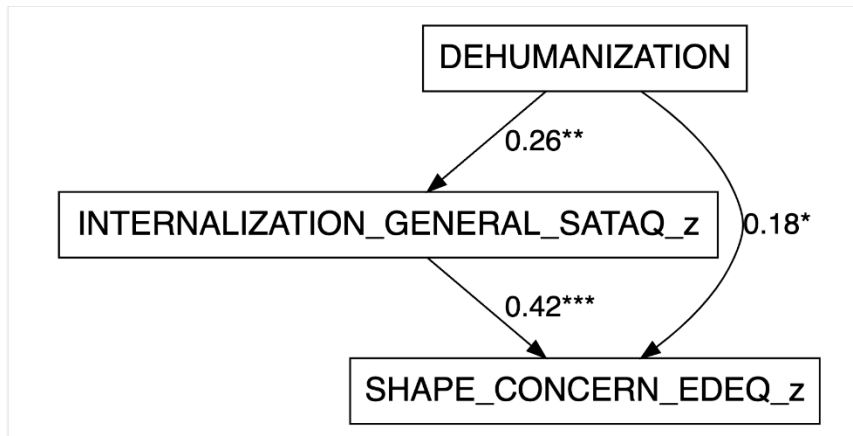
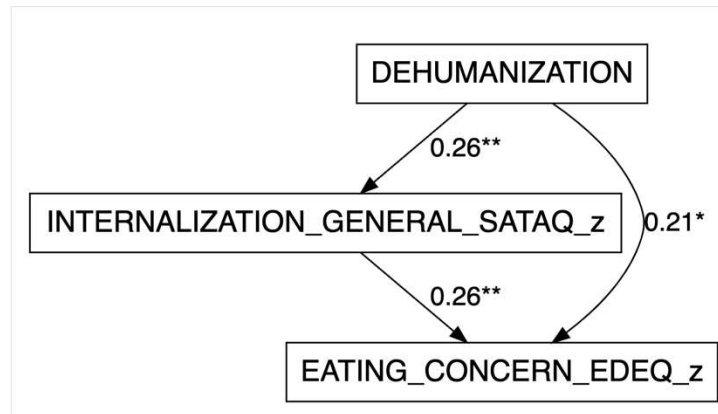


Fig 7: Modello di mediazione SEM dell'internalizzazione degli standard di bellezza nella relazione tra deumanizzazione e preoccupazioni per la forma corporea.

A seguire, si è adottato un modello di mediazione (Fig. 8) che ipotizzava che l'effetto della Disumanizzazione percepita (DEHUMANIZATION) sulla Preoccupazione alimentare (EATING\_CONCERN\_EDEQ) fosse mediato dall'Internalizzazione degli ideali di magrezza (INTERNALIZATION\_GENERAL\_SATAQ). Dai risultati emerge che la Disumanizzazione è un predittore significativo dell'Internalizzazione ( $\beta = 0.261$ ,  $p = .003$ ), confermando che l'esperienza di disumanizzazione è associata ancora una volta a una maggiore interiorizzazione degli ideali socioculturali di bellezza. A sua volta, l'Internalizzazione predice in modo significativo la Preoccupazione alimentare ( $\beta = 0.261$ ,  $p = .003$ ), evidenziando che tale processo influisce nella manifestazione di condotte e preoccupazioni disfunzionali legate all'alimentazione. L'effetto indiretto è statisticamente significativo ( $\beta = 0.068$ ,  $p = .034$ ), così come l'effetto diretto della disumanizzazione sulla preoccupazione alimentare risulta significativo ( $\beta = 0.213$ ,  $p = .014$ ). Infine, anche l'effetto totale risulta significativo ( $\beta = 0.281$ ,  $p = .001$ ), suggerendo una **mediazione parziale**. Nel presente modello, l' $R^2$  suggerisce che il modello spiega il 6.8% della varianza dell'Internalizzazione e il 14.2% della varianza nella Preoccupazione alimentare. Concludiamo dunque che l'internalizzazione degli

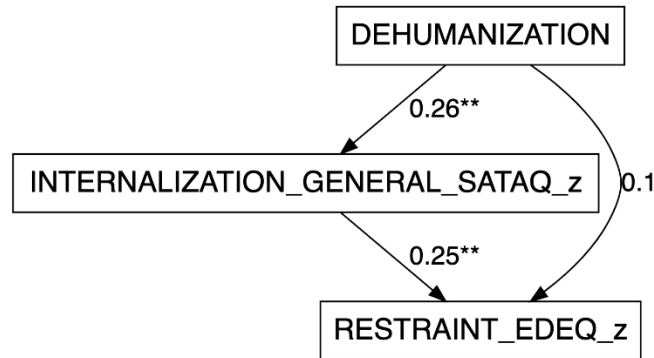
standard socioculturali di bellezza media parzialmente il legame tra disumanizzazione e preoccupazione alimentare.



**Fig 8:** Modello di mediazione SEM dell'internalizzazione degli standard di bellezza nella relazione tra deumanizzazione e preoccupazioni per la forma corporea.

L'ultimo modello SEM testato esamina nuovamente il ruolo mediatore dell'Internalizzazione degli ideali di bellezza (INTERNALIZATION\_GENERAL\_SATAQ), stavolta nella relazione tra Disumanizzazione percepita (DEHUMANIZATION) e Restrizione alimentare (RESTRAINT\_EDEQ). Emerge dalla suddetta analisi che la Disumanizzazione predice significativamente l'Internalizzazione ( $\beta = 0.261, p = .003$ ), suggerendo che esperienze di disumanizzazione sono associate a un maggiore assorbimento degli standard estetici socioculturali; e l'Internalizzazione predice in modo significativo la Restrizione alimentare ( $\beta = 0.254, p = .005$ ). Tuttavia, in questo caso, l'**effetto diretto** della Disumanizzazione sulla Restrizione alimentare non risulta significativo ( $\beta = 0.097, p = .278$ ); mentre l'**effetto indiretto** emerge come significativo ( $\beta = 0.066, p = .040$ ), suggerendo un possibile effetto di **mediazione completa**. L'**effetto totale** risulta marginalmente significativo ( $\beta = 0.164, p = .067$ ), indicando che il legame complessivo tra disumanizzazione e restrizione è debole, ma confermando che l'internalizzazione media significativamente l'effetto della disumanizzazione sul comportamento restrittivo. Tramite la statistica dell' $R^2$  riportiamo che il modello spiega il 6.8% della varianza nell'Internalizzazione e l'8.7% della varianza nella Restrizione alimentare. Concludiamo dunque affermando che l'assenza di un effetto diretto significativo indica una mediazione completa, sebbene l'effetto totale sia solo marginalmente significativo;

perciò, la disumanizzazione ha un impatto limitato, ma rilevabile sulla restrizione alimentare, principalmente attraverso la mediazione dell'internalizzazione.



**Fig 8:** Modello di mediazione SEM dell'internalizzazione degli standard di bellezza nella relazione tra deumanizzazione e preoccupazioni per la forma corporea.

Le analisi dei modelli di equazioni strutturali presentate finora hanno permesso di verificare l'applicabilità del modello della Deumanizzazione proposto da Moradi (2013), adattato da Brewster (2019) per lo studio dei disturbi alimentari nelle donne transgender, al presente campione composto da uomini transgender, donne transgender e persone gender diverse. I risultati hanno evidenziato una mediazione significativa dell'Internalizzazione degli standard socioculturali di bellezza nella relazione tra Deumanizzazione e condotte e preoccupazioni alimentari disfunzionali, quali: Preoccupazione per il peso, Preoccupazione la forma corporea, Preoccupazione alimentare e Restrizione alimentare. In particolare, nei modelli riferiti a Preoccupazione per il peso (*Weight concerns*) e Restrizioni alimentari (*Restraint*) è emersa una mediazione completa, suggerendo che l'influenza della deumanizzazione su tali dimensioni alimentari agisce esclusivamente attraverso l'internalizzazione. Al contrario, nei modelli relativi a Preoccupazione per la forma corporea (*Shape concerns*) e Preoccupazione per il cibo (*Eating concerns*), l'effetto dell'Internalizzazione si configura come parzialmente mediatore, in quanto persiste un effetto diretto significativo della Deumanizzazione su queste variabili. Alla luce di tali evidenze, si è ritenuto opportuno approfondire il potenziale ruolo moderatore o protettivo delle variabili psicosociali precedentemente menzionate, esplorandone l'effetto specifico lungo 3 assi di relazione: (1) tra deumanizzazione e internalizzazione; (2) tra

internalizzazione e condotte e preoccupazioni alimentari disfunzionali; (3) tra deumanizzazione e condotte e preoccupazioni alimentari disfunzionali. Tali esplorazioni sono state condotte mediante modelli di regressione lineare, al fine di verificare se e in quale misura questi fattori protettivi potessero attenuare il passaggio da esperienze marginalizzanti a manifestazioni psicopatologiche, attraverso l'identificazione precisa dei punti di intervento lungo il modello ipotizzato. In tal senso, sono risultati utili i modelli di regressione lineare, che costituiscono uno strumento statistico fondamentale per analizzare la relazione tra una variabile dipendente e una o più variabili indipendenti, permettendo non solo di stimare l'effetto di ciascun predittore sul risultato, ma anche di valutare la presenza di eventuali effetti moderatori o mediatori all'interno di un quadro teorico predefinito. La dimensione campionaria minima è stata stimata a priori mediante il software G\*Power 3.1 per un'analisi di regressione lineare multipla, con effetto moderato ( $f^2 = 0.15$ ),  $\alpha = .05$ , potenza ( $1-\beta$ ) = .80 e 10 predittori, risultando in un campione minimo richiesto di 118 partecipanti.

#### 4.2.2 Modelli di regressione lineare con fattori protettivi

Le analisi successive hanno impiegato modelli di regressione lineare per esaminare la relazione tra la deumanizzazione percepita (*Dehumanization*) e l'internalizzazione degli standard estetici socioculturali (*Internalization general*), tenendo conto del possibile ruolo mediatore svolto da una serie di variabili psicosociali considerate come fattori protettivi. I fattori protettivi selezionati includono Orgoglio TGD (*Pride*) e Connessione alla comunità TGD (*Community Connection*) misurati dal GMSR; Supporto da una persona significativa (*Significant Other*), Supporto familiare (*Family*) e Supporto amicale (*Friends*) rilevati tramite l'MSPSS; Spiritualità (*Spirituality*), Sostegno e le relazioni sociali (*Relationships and Social Support*), Fiducia (*Trust*) e Realizzazione di sé (*Self-realization*), valutati attraverso il CHS; l'Autostima misurata con la scala di Rosenberg (*Self-esteem*); Accettazione dell'identità TGD (*Shame*), Accettazione della propria espressione di genere (*Passing*) e Legami con la comunità (*Alienation*), derivanti dalle sottoscale del TIS. Successivamente, sono stati sviluppati modelli di regressione analoghi per valutare in che misura l'internalizzazione degli ideali estetici predica condotte e preoccupazioni alimentari disfunzionali, esaminando ancora una

volta il ruolo potenziale dei suddetti fattori protettivi come mediatori. Infine, sono stati sviluppati modelli di regressione analoghi per valutare in che misura la deumanizzazione predica in modo diretto condotte e preoccupazioni alimentari disfunzionali, esaminando ancora una volta il ruolo potenziale dei suddetti fattori protettivi come mediatori.

I modelli di regressione lineare menzionati, seguono le ipotesi di ricerca e dunque sono volti a indagare:

- 1) **Ipotesi 5:** Il ruolo di moderatore dei fattori protettivi presi in analisi singolarmente (P\_GMSR , CC\_GMSR, SIGNIFICANT\_OTHER\_MSPSS , FAMILY\_MSPSS , FRIENDS\_MSPSS, TRUST\_CHS, SPIRITUALITY\_CHS, SELFREALIZATION\_CHS, RELATIONSHIP\_AND\_SOCIAL\_SUPPORT\_CHS, ROSENBERG, SHAME\_TIS , PASSING\_TIS, ALLIENATION\_TIS) nella relazione tra deumanizzazione (DEHUMANIZATION) e internalizzazione degli standard di bellezza (INTERNALIZATION\_GENERAL\_SATAQ) in un campione di uomini transgender, donne transgender e persone *gender diverse*.
- 2) **Ipotesi 6:** Il ruolo di moderatore dei fattori protettivi presi in analisi singolarmente (P\_GMSR , CC\_GMSR, SIGNIFICANT\_OTHER\_MSPSS , FAMILY\_MSPSS , FRIENDS\_MSPSS, TRUST\_CHS, SPIRITUALITY\_CHS, SELFREALIZATION\_CHS, RELATIONSHIP\_AND\_SOCIAL\_SUPPORT\_CHS, ROSENBERG, SHAME\_TIS , PASSING\_TIS, ALLIENATION\_TIS) nella relazione tra internalizzazione degli standard di bellezza (INTERNALIZATION\_GENERAL\_SATAQ) e condotte e attitudini alimentari disfunzionali (WEIGHT\_CONCERNS\_EDEQ, SHAPE\_CONCERNS\_EDEQ, EATING\_CONCERNS\_EDEQ, RESTRAINT\_EDEQ) di un campione di uomini transgender, donne transgender e persone *gender diverse*.
- 3) **Ipotesi 7:** Il ruolo di moderatore dei fattori protettivi presi in analisi singolarmente (P\_GMSR , CC\_GMSR, SIGNIFICANT\_OTHER\_MSPSS , FAMILY\_MSPSS , FRIENDS\_MSPSS, TRUST\_CHS, SPIRITUALITY\_CHS, SELFREALIZATION\_CHS, RELATIONSHIP\_AND\_SOCIAL\_SUPPORT\_CHS, ROSENBERG, SHAME\_TIS , PASSING\_TIS, ALLIENATION\_TIS) nella relazione diretta tra deumanizzazione (DEHUMANIZATION) e condotte e preoccupazioni alimentari disfunzionali (WEIGHT\_CONCERNS\_EDEQ,

SHAPE\_CONCERNS\_EDEQ, EATING\_CONCERNS\_EDEQ, RESTRAINT\_EDEQ) di un campione di uomini transgender, donne transgender e persone *gender diverse*.

Di seguito, vengono analizzati i modelli che hanno prodotto risultati statisticamente significativi.

#### **4.2.2.1 Orgoglio TGD (*Pride*)**

Il primo modello risultato essere significativo ha esplorato il ruolo moderatore dell'Orgoglio TGD (PRIDE\_GMSR) nella relazione tra Deumanizzazione percepita (DEHUMANIZATION) e Preoccupazione per il peso corporeo (WEIGHT\_CONCERN\_EDEQ). A bassi livelli di disumanizzazione, l'orgoglio di essere parte della comunità TGD è protettivo, in quanto associato a una significativa riduzione della preoccupazione per il peso. Tuttavia, in contesti sociali altamente disumanizzanti, l'effetto protettivo dell'orgoglio TGD si indebolisce, perciò anche chi ha un buon rapporto con il proprio corpo può comunque sviluppare preoccupazioni per il peso. Il modello spiega il 13.8% della varianza nella Preoccupazione per il peso ( $R^2 = .1375$ ), ed è complessivamente significativo ( $F(3, 118) = 6.27, p < .001$ ). Deduciamo dunque dai risultati ottenuti che l'orgoglio TGD rappresenti un fattore protettivo nei confronti della preoccupazione per il peso, ma tale effetto è moderato negativamente dalla deumanizzazione percepita. In altre parole, un contesto sociale fortemente deumanizzante può attenuare i benefici psicologici dell'orgoglio TGD. Coerentemente con le nostre ipotesi, questi dati ci spingono a considerare l'importanza di interventi sistemici e culturali oltre che individuali nella prevenzione dei disturbi dell'immagine corporea.

#### **4.2.2.2 Accettazione dell'identità TGD (*Shame*)**

Il secondo modello che è risultato essere significativo ha indagato se l'effetto dell'Internalizzazione degli ideali estetici (INTERNALIZATION\_GENERAL\_SATAQ) su Restrizione alimentare (RESTRAINT\_EDEQ) fosse moderato dal livello di Accettazione dell'identità transgender (SHAME\_TIS). L'effetto principale

dell'Accettazione della propria identità transgender non risulta essere significativo ( $\beta = 0.037, p = .697$ ): da questo dato deduciamo che, isolatamente, l'Accettazione dell'identità transgender non è associata direttamente a Restrizione alimentare. L'effetto principale dell'Internalizzazione è risultato essere significativo ( $\beta = 0.295, p = .002$ ), a conferma che maggiore internalizzazione degli ideali di magrezza è associata a maggiori comportamenti restrittivi alimentari. È emerso inoltre che l'interazione tra Accettazione dell'identità transgender e Internalizzazione degli standard di bellezza sia significativa ( $\beta = 0.211, p = .019$ ), indicando un effetto moderatore.

Ciò che emerge dall'interazione positiva e significativa, contrariamente alle nostre ipotesi, è che l'effetto negativo dell'internalizzazione sull'alimentazione restrittiva è più forte quando l'accettazione dell'identità transgender è elevata. In altre parole, tra le persone con alta accettazione della propria identità transgender, l'internalizzazione degli ideali estetici ha un impatto più marcato sulla restrizione alimentare, mentre tra le persone con bassa accettazione, questo effetto è più debole o assente. Il modello spiega il 12.1% della varianza nella restrizione alimentare ( $R^2 = 0.1207$ ), e risulta complessivamente significativo ( $F(3, 118) = 5.40, p = .0016$ ). Questi risultati, contrariamente alle nostre ipotesi, suggeriscono un effetto non protettivo, bensì negativo dell'accettazione dell'identità transgender, nella relazione tra internalizzazione degli ideali estetici e restrizione alimentare. Una possibile interpretazione di questo verrà illustrata nel capitolo relativo alla discussione.

#### **4.2.2.3 Autostima**

È stato analizzato un modello di regressione lineare volto a verificare se l'effetto dell'Internalizzazione degli ideali di bellezza (INTERNALIZATION\_GENERAL\_SATAQ) sulla Preoccupazione per il peso corporeo (WEIGHT\_CONCERN\_EDEQ) fosse moderato dall'Autostima (ROSENBERG). Emerge dall'applicazione del modello lineare che l'effetto principale dell'Autostima non è significativo ( $\beta = -0.084, p = .167$ ), suggerendo che l'autostima da sola non predice direttamente la Preoccupazione per il peso. Sembra invece che l'effetto principale dell'Internalizzazione degli standard di bellezza sia significativo e forte ( $\beta = 0.753, p < .001$ ), confermando che l'internalizzazione degli ideali estetici è fortemente associata a maggiore Preoccupazione per il peso. Anche l'effetto di interazione tra

Autostima e Internalizzazione degli standard di bellezza risulta essere significativo ( $\beta = -0.119, p = .037$ ), indicando che l'autostima modera l'effetto dell'internalizzazione sulla Preoccupazione per il peso corporeo. Considerato che l'interazione è negativa e significativa, deduciamo che l'effetto negativo dell'internalizzazione sull'immagine corporea è attenuato nei soggetti con alta autostima. In altre parole, sembra che quando l'autostima è bassa, l'effetto dell'internalizzazione è più forte: le persone interiorizzano gli ideali estetici e sviluppano un maggiore disagio legato al peso corporeo. Quando invece l'autostima è alta, questo effetto si indebolisce, a dimostrazione del valore protettivo l'autostima. Il modello è molto solido, poiché la statistica  $R^2$  spiega quasi il 60% della varianza nella preoccupazione per il peso corporeo, ed è altamente significativo ( $F(3, 118) = 58.47, p < .0001$ ).

Dai risultati deduciamo che, sebbene l'internalizzazione degli ideali di bellezza socioculturali rappresenti un forte predittore della preoccupazione per il peso corporeo, tale relazione è modulata dal livello di autostima. Le persone con elevata autostima risultano meno vulnerabili agli effetti negativi dell'internalizzazione, mentre chi presenta bassa autostima è maggiormente a rischio. L'autostima agisce quindi come moderatore protettivo, attenuando l'impatto dei messaggi estetici socioculturali sull'immagine corporea.

# Capitolo 5: Discussione

## 5.1 Sintesi e discussione dei risultati

Lo stato dell'arte attuale relativo all'applicazione del modello panteoretico di Moradi (2013), all'interno del quale si inserisce la presente ricerca, è limitato. In particolare, lo studio ha considerato un campione comprensivo della popolazione TGD (donne transgender, uomini transgender e persone *gender diverse*) al fine di indagare il ruolo dei fattori protettivi nell'impatto della deumanizzazione su condotte e preoccupazioni alimentari, mediato dall'internalizzazione degli standard di bellezza. Consideriamo dunque la coerenza dei risultati con le nostre ipotesi.

- 1) **Ipotesi 1:** Il primo obiettivo di questo studio è stato di indagare se la deumanizzazione (*Dehumanization*) potesse avere un impatto diretto sull'internalizzazione degli standard di bellezza nelle minoranze di genere (*Internalization general*) in un campione composto da uomini transgender, donne transgender e persone *gender diverse*. Abbiamo precedentemente ipotizzato che la presenza di esperienze deumanizzanti nella vita delle persone TGD potesse acuire in questa popolazione l'internalizzazione degli standard culturalmente condivisi di bellezza. I risultati si sono dimostrati essere coerenti con tale ipotesi in quanto la disumanizzazione predice in modo positivo e significativo l'internalizzazione ( $\beta = 0.261, p = .003$ ). Similmente, lo studio di Cascalheira e Choi (2023), che si è servito del modello panteoretico di Moradi, ha rilevato che le esperienze di disumanizzazione (microaggressioni e oggettivazione sessuale) nella popolazione transgender (N = 292) predicono significativamente l'interiorizzazione della transnegatività e degli standard oggettivanti di bellezza.
- 2) **Ipotesi 2:** Secondariamente, la ricerca ha indagato se l'internalizzazione degli standard di bellezza (*Internalization general*) potesse avere un impatto diretto sulle condotte e preoccupazioni alimentari disfunzionali di un campione di uomini transgender, donne transgender e persone *gender diverse* (*Weight concerns, Shape concerns, Eating concerns, Restraint*). Abbiamo precedentemente ipotizzato che la presenza di esperienze deumanizzanti nella vita delle persone TGD potesse favorire

la presenza condotte e preoccupazioni alimentari disfunzionali. I risultati si sono dimostrati essere coerenti con tale ipotesi: l'internalizzazione predice in modo particolarmente forte la preoccupazione per il peso corporeo ( $\beta = 0.736, p < .001$ ), ma anche la preoccupazione per la forma corporea ( $\beta = 0.420, p < .001$ ), la preoccupazione alimentare ( $\beta = 0.261, p = .003$ ) e il comportamento alimentare restrittivo ( $\beta = 0.254, p = .005$ ). La letteratura conferma questi risultati. Facendo nuovamente riferimento allo studio di Cascalheira e Choi (2023), notiamo che l'interiorizzazione della transnegatività e degli standard oggettivanti di bellezza è stata associata a risultati peggiori in termini di salute mentale. In particolare, una revisione sulla letteratura (Malina, 2021) riporta che le persone TGD sono particolarmente vulnerabili a condotte e preoccupazioni alimentari disfunzionali a causa della disforia di genere, dello stress della minoranza e della pressione a "passare" per cisgender, tutti fattori aggravati dagli standard di bellezza interiorizzati e dallo scrutinio costante rivolto ai corpi TGD (Malina, 2021).

- 3) **Ipotesi 3:** Il terzo obiettivo della ricerca è stato quello di approfondire l'impatto della deumanizzazione (*Dehumanization*) sulle condotte e preoccupazioni alimentari disfunzionali di un campione di uomini transgender, donne transgender e persone *gender diverse* (*Weight concerns, Shape concerns, Eating concerns, Restraint*). Abbiamo precedentemente ipotizzato che la presenza di esperienze deumanizzanti nella vita delle persone TGD potesse favorire la presenza di condotte e preoccupazioni alimentari disfunzionali. I risultati confermano parzialmente questa ipotesi: è emerso che la deumanizzazione predice significativamente e in modo diretto le preoccupazioni per la forma corporea ( $\beta = 0.179, p = .028$ ) e le preoccupazioni alimentari ( $\beta = 0.213, p = .014$ ); mentre non predice significativamente in modo diretto le preoccupazioni per il peso ( $\beta = 0.084, p = .168$ ) e le condotte alimentari restrittive ( $\beta = 0.097, p = .278$ ). L'inconsistenza di queste analisi può essere giustificata in letteratura con diverse chiavi di lettura teoriche e metodologiche. Dal punto di vista teorico è bene considerare che i costrutti relativi a preoccupazioni per la forma corporea e preoccupazioni per il cibo sembrano dimensioni più direttamente collegate all'esperienza soggettiva della deumanizzazione, in quanto implicano processi di oggettivazione, vergogna e disconnessione dal corpo, ritrovati ampiamente nella letteratura relativa alle

minoranze di genere. Al contrario, preoccupazioni per il peso e restrizione alimentare possono essere più legati ad aspetti comportamentali o strumentali del controllo corporeo, e meno all'esperienza emotiva della deumanizzazione (Moradi et al., 2005; Cascalheira & Choi, 2023). Inoltre, va considerata la composizione del campione: pur trattandosi di un gruppo statisticamente rilevante (N = 122), la distribuzione interna di 25 donne transgender, 42 persone *gender diverse* e 55 uomini transgender, potrebbe aver limitato la potenza statistica nell'identificare effetti più deboli o specifici a sottogruppi.

- 4) **Ipotesi 4:** La quarta domanda di ricerca ha indagato se l'internalizzazione degli standard di bellezza (*Internalization general*) potesse mediare l'impatto della deumanizzazione (*Dehumanization*) su condotte e preoccupazioni alimentari di un campione di uomini transgender, donne transgender e persone *gender diverse* (*Weight concerns, Shape concerns, Eating concerns, Restraint*). Abbiamo precedentemente ipotizzato che una maggiore internalizzazione degli standard di bellezza potesse aumentare l'effetto della deumanizzazione sulle condotte e preoccupazioni alimentari. I risultati confermano completamente questa ipotesi. Emerge infatti che l'internalizzazione degli standard di bellezza media significativamente la relazione tra deumanizzazione e preoccupazioni per il peso ( $\beta = 0.276, p = .002$ ); restrizioni alimentari ( $\beta = 0.164, p = .067$ ); preoccupazioni per la forma corporea ( $\beta = 0.289, p = .001$ ); e preoccupazioni alimentari ( $\beta = 0.281, p = .001$ ). Questi risultati sembrano riflettere la complessità dei percorsi psicosociali che legano la deumanizzazione alle preoccupazioni alimentari nelle persone TGD. Come accennato precedentemente, nel caso dei modelli riferiti alle preoccupazioni per il peso corporeo e la restrizione alimentare è emersa una mediazione completa, poiché l'influenza della deumanizzazione su tali dimensioni alimentari agisce esclusivamente attraverso l'internalizzazione. Al contrario, nei modelli relativi alle preoccupazioni per la forma corporea e alle preoccupazioni alimentari, l'effetto dell'internalizzazione è solo parzialmente mediatore, in quanto emerge anche un effetto diretto significativo della deumanizzazione su queste variabili. La letteratura conferma, come già ampiamente riportato, che l'internalizzazione degli standard di bellezza media la relazione tra deumanizzazione e insoddisfazione corporea o disturbi alimentari nelle persone transgender (Brewster et al., 2019; Velez et al., 2016)

- 5) **Ipotesi 5:** La quinta domanda di ricerca indaga se i fattori protettivi presi in analisi singolarmente (*Pride, Self-esteem, Trust, Spirituality, Self-realization, Shame, Passing, Community connection, Significant other, Family, Friends, Relationships and social support, Alienation*) siano capaci di moderare la relazione tra deumanizzazione (*Dehumanization*) e internalizzazione degli standard di bellezza (*Internalization general*) in un campione di uomini transgender, donne transgender e persone *gender diverse*. Abbiamo precedentemente ipotizzato che la presenza di fattori protettivi nella vita delle persone TGD avrebbe potuto diminuire la significatività della relazione tra deumanizzazione e standard di bellezza internalizzati. I risultati emersi non sono stati coerenti con le ipotesi, poiché nessuno dei fattori ha agito in modo protettivo per le persone TGD all'interno della relazione tra deumanizzazione e interiorizzazione degli standard di bellezza. Alla luce di questi dati, ipotizziamo che i fattori protettivi potrebbero avere un raggio di azione significativo solo una volta assimilati gli standard di bellezza imposti dalla società. Diversi studi affermano che i fattori protettivi (ad esempio, orgoglio identitario, connessione comunitaria o supporto sociale) hanno effetti positivi nella relazione tra internalizzazione degli standard estetici e peggiorata salute mentale. Nello studio di Tan et colleghi (2020) è stato dimostrato che supporto familiare e amicale mitigano l'impatto dello stigma sulla salute mentale, ma non impediscono l'assimilazione iniziale dello stigma o degli standard sociali. Coerentemente con ciò, Conn e colleghi (2023) hanno dimostrato che l'orgoglio identitario modera l'impatto dell'internalizzazione della transfobia sulla depressione, ma non previene l'internalizzazione stessa. Questi risultati indicano che il potere protettivo di alcuni fattori si manifesta solo una volta che l'internalizzazione è già avvenuta, agendo più come moderatori degli effetti psicologici conseguenti (es. vergogna, disturbi alimentari, depressione) che come barriera contro l'assimilazione stessa di standard esterni.
- 6) **Ipotesi 6:** La sesta domanda di ricerca indaga se i fattori protettivi presi in analisi singolarmente (*Pride, Self-esteem, Trust, Spirituality, Self-realization, Shame, Passing, Community connection, Significant other, Family, Friends, Relationships and social support, Alienation*) possano agire da moderatori nella relazione tra internalizzazione degli standard di bellezza e condotte e preoccupazioni alimentari

disfunzionali in un campione di uomini transgender, donne transgender e persone *gender diverse*. Abbiamo precedentemente ipotizzato che la presenza di fattori protettivi nella vita delle persone TGD, potesse diminuire l'impatto dell'internalizzazione degli standard di bellezza sulle condotte e preoccupazioni alimentari. I risultati sono stati parzialmente coerenti con le nostre ipotesi. In primis, è emersa una significatività inaspettata del costrutto di accettazione dell'identità TGD come avente un ruolo non protettivo, bensì negativo, nella relazione tra internalizzazione degli ideali estetici e restrizione alimentare ( $F(3, 118) = 5.40, p = .0016$ ). Questi risultati controversi potrebbero riflettere un conflitto comune tra diversi individui TGD. Mitchell e colleghi (2021) affermano che una maggiore accettazione dell'identità TGD spesso aumenta la motivazione a rendere il proprio corpo conforme a tale identità. Ciò può portare a una maggiore attenzione alla forma e alle dimensioni del corpo, soprattutto in relazione alle norme di genere, che a sua volta può promuovere la restrizione alimentare. Tali evidenze suggeriscono che il fattore protettivo di accettazione della propria identità TGD potrebbe non agire come ci si aspetterebbe. Coerentemente con le ipotesi stipulate invece, è stato dimostrato l'effetto di interazione tra l'autostima e l'internalizzazione degli standard di bellezza risulta essere significativo ( $\beta = -0.119, p = .037$ ), indicando che l'autostima modera l'effetto dell'internalizzazione sulla preoccupazione per il peso corporeo. La letteratura pregressa è coerente con i risultati ottenuti, in quanto afferma che l'autostima agisce come mediatore chiave nel mitigare gli effetti dello stigma interiorizzato sul corpo delle persone TGD, e che le persone con autostima più elevata mostrano una migliore immagine corporea anche in presenza di discriminazione (Tabaac et al., 2018). I restanti fattori presi in analisi non sono risultati avere un ruolo protettivo rispetto all'impatto dell'interiorizzazione degli standard di bellezza su condotte e preoccupazioni alimentari. Tale risultato degno di nota ci fa pensare, come abbiamo precedentemente accennato, che i meccanismi di protezione comunemente attesi alle volte agiscano in modo indiretto o più complesso all'interno della popolazione TGD (Velez et al., 2016).

- 7) **Ipotesi 7:** Infine, la settima ipotesi di ricerca ha indagato come i fattori protettivi, presi singolarmente (*Pride, Self-esteem, Trust, Spirituality, Self-realization, Shame, Passing, Community connection, Significant other, Family, Friends, Relationships*

*and social support, Alienation*), possano agire da moderatori nella relazione diretta tra deumanizzazione e condotte e preoccupazioni alimentari disfunzionali in un campione di donne transgender, uomini transgender e persone *gender diverse*. Abbiamo ipotizzato precedentemente che la presenza di fattori protettivi individuali nella vita delle persone TGD, avrebbe diminuito l'effetto della deumanizzazione su condotte e preoccupazioni alimentari. I risultati sono stati parzialmente coerenti con le nostre ipotesi: l'orgoglio TGD si è dimostrato essere un fattore protettivo significativo rispetto alla deumanizzazione e alle preoccupazioni per il peso; tuttavia, un contesto sociale fortemente deumanizzante può attenuare i benefici psicologici dell'orgoglio TGD ( $F(3, 118) = 6.27, p < .001$ ). Coerentemente con quanto riscontrato nel nostro studio, Soulliard e colleghi (2024) affermano che l'orgoglio TGD migliora l'apprezzamento corporeo, suggerendo un effetto protettivo diretto sulle preoccupazioni corporee. Tuttavia, riconosciamo i limiti dell'orgoglio identitario in contesti altamente stigmatizzanti: Muratore e colleghi (2022) affermano addirittura che possa associarsi a maggiore disagio, forse per il conflitto che si crea tra identità positiva e realtà sociale ostile.

I restanti fattori protettivi presi in analisi non hanno agito in modo significativo rispetto all'impatto della deumanizzazione sulle preoccupazioni alimentari nel campione di riferimento. Come affermato sopra, sarà rilevante tenere in considerazione questi risultati in ricerche future, per ampliare la letteratura che ancora ha una parziale comprensione di come i fattori protettivi agiscano per le persone TGD e acquisiscano sfumature diverse per specifici sottogruppi (ad esempio sulla base delle diverse identità di genere). A conferma di ciò, uno strumento recente, il *Multidimensional Eating and Body Image Screening* (MEBIS), è stato sviluppato proprio per misurare i fattori protettivi e di rischio differenziati tra le identità LGBTQI+, evidenziando la necessità di un approccio su misura in base all'identità di genere e sessuale (Labarta et al., 2024).

## 5.2 Limiti e prospettive future

Lo studio condotto presenta alcune limitazioni metodologiche e concettuali che è necessario considerare come segue.

- 1) In primo luogo, sebbene il campione comprendesse individui TGD maggiorenni di genere diverso (donne transgender, uomini transgender e persone *gender diverse*), la numerosità relativamente contenuta ha limitato la possibilità di elaborare **modelli statistici specifici per ciascun sottogruppo**. La ricerca precedente si è sviluppata sulla base dell'applicazione del modello di Moradi (2013) alle condotte e preoccupazioni alimentari di uomini e donne transgender; tuttavia, questi studi disponevano di campioni più ampi (Brewster et al, 2019; Velez et al., 2016). Una maggiore numerosità campionaria ha consentito ai ricercatori di proporre modelli separati, che tenessero conto di condotte e preoccupazioni alimentari peculiari per diversi generi. Quanto emerso dal presente lavoro ci porta ad auspicare la possibilità di condurre studi che tengano conto del ruolo dei fattori protettivi all'interno delle applicazioni del modello di deumanizzazione di Moradi (2013), ma che abbiano una numerosità tale da poter indagare esiti differenziati per ciascun gruppo identitario.
- 2) L'adozione di modelli di regressione lineare ha permesso un'**analisi parziale delle interazioni**, ma limitato l'esplorazione delle dinamiche complesse proposte dal modello teorico. Similmente a quanto accennato sopra, saranno necessari studi che tengono conto del ruolo dei fattori protettivi all'interno del modello proposto da Brewster e colleghi (2019), ma che abbiano una numerosità tale da poter proporre modelli di analisi più complessi.
- 3) Una terza limitazione individuata riguarda l'assenza di un'analisi qualitativa del tipo di **contenuti fruiti dai partecipanti attraverso i social media**. Sarebbe interessante in sviluppi futuri di questo filone di ricerca tenere in considerazione la qualità, la quantità e il tono dei contenuti visionati dai partecipanti sui social media, in modo da chiarire il loro ruolo preciso nell'interiorizzazione degli standard di bellezza, nonché il loro ruolo potenzialmente più o meno dannoso della sfera virtuale con cui sono a contatto i partecipanti.

- 4) Un'ulteriore riflessione è stata fatta in merito alla **limitata rappresentatività intersezionale del campione**, che ha mostrato un'elevata omogeneità etnica (quasi totalità di partecipanti bianco-caucasici). Persone TGD appartenenti a minoranze etniche e razziali potrebbero riportare più comunemente esposizione a forme multiple e simultanee di oppressione (es. razzismo, transfobia, sessismo) e determinare percorsi di affermazione di genere significativamente diversi sul piano sociale, psicologico e medico. Inoltre, lo studio non si è dedicato specificamente all'approfondimento di altri assi, che possono indicativi di ulteriore marginalizzazione nella relazione tra vissuto TGD e disturbi alimentari, tra cui abilismo, grassofobia, condizioni socioeconomiche precarie o accesso diseguale ai servizi sanitari. Considerate queste limitazioni, future ricerche dovrebbero adottare un approccio intersezionale più ampio, in grado di considerare e valorizzare la pluralità delle esperienze nella popolazione TGD.
- 5) Una quinta limitazione può essere considerata nell'**uso esclusivo di strumenti self-report**. Sebbene si tratti di strumenti che consentono una raccolta efficiente e standardizzata dei dati, questi espongono al rischio di potenziali bias nelle risposte dei partecipanti. In particolare, è possibile che alcuni partecipanti abbiano fornito risposte influenzate dalla desiderabilità sociale, intesa come la tendenza a rappresentare sé stessi in modo più favorevole o conforme alle norme del contesto. Un altro limite legato all'autovalutazione, caratteristica intrinseca degli strumenti self-report, è che può determinare errori sistematici legati alla propria consapevolezza o capacità introspettiva, possibilità plausibile vista la complessità emotiva e sociale delle esperienze indagate nella popolazione TGD.
- 6) Infine, assumere un **disegno di ricerca trasversale**, basato su dati raccolti in un unico momento nel tempo non permette di stabilire efficaci relazioni causali tra i costrutti presi in analisi. Saranno necessari futuri studi longitudinali che dovranno determinare più precisamente una sequenza temporale osservabile: per esempio se la disumanizzazione preceda l'internalizzazione degli standard estetici o l'insorgenza delle condotte alimentari disfunzionali; oppure se i fattori protettivi potrebbero essere antecedenti, conseguenti o reattivi rispetto agli stressor presi in analisi.

### 5.3 Considerazioni finali

Il presente studio ha contribuito ad ampliare la letteratura scientifica sul benessere psicologico delle persone transgender e *gender diverse*. L'obiettivo della ricerca è stato analizzare come l'impatto negativo della deumanizzazione subita dalle persone transgender e *gender diverse* sulla loro condotta alimentare, possa essere mitigato da diversi fattori protettivi (individuali e gruppal) che favoriscono la resilienza, intesa in senso ampio come "superare le avversità", avente un ruolo significativo nella previsione del benessere psicologico delle persone transgender e *gender diverse* (Meyer, 2015). Integrando la struttura di modelli tratti dalla letteratura pregressa (Brewster et al., 2019; Velez et al., 2016), la suddetta ricerca ha evidenziato come la disumanizzazione, costruita dalla combinazione di forme di discriminazione antitransgender e oggettivazione sessuale, sia significativamente associata all'internalizzazione degli standard estetici socioculturali, che a loro volta risultano significativamente predittivi di condotte alimentari disfunzionali in un campione di donne transgender, uomini transgender e persone *gender diverse*. I risultati hanno portato alla conferma del ruolo di mediatore dell'internalizzazione in tale relazione. In particolare, nei casi delle preoccupazioni per il peso e della restrizione alimentare, l'effetto della disumanizzazione si è manifestato esclusivamente per via mediata, mentre per le preoccupazioni relative alla forma corporea e le preoccupazioni relative all'alimentazione si è osservato un effetto sia diretto che indiretto. L'indagine si è proposta di esplorare per la prima volta, il ruolo di diversi fattori protettivi proposti del TRIM, individuali e gruppal, nel moderare la catena di effetti della deumanizzazione, sull'internalizzazione degli standard di bellezza e condotte e preoccupazioni alimentari disfunzionali. Pur non avendo riscontrato fattori protettivi significativi nella relazione che intercorre tra deumanizzazione e internalizzazione, l'orgoglio TGD ha avuto un ruolo significativo nel mitigare l'impatto della deumanizzazione sulle restrizioni alimentari del campione, mentre l'autostima è stata rilevante nel contenere l'impatto dell'internalizzazione sulle preoccupazioni relative al peso. Gli effetti protettivi dei fattori considerati potrebbero, tuttavia, essere sensibili al contesto, poiché alti livelli di disumanizzazione ne limitano il ruolo all'interno dei modelli studiati. Inoltre, anche la

significatività inaspettata del costrutto di accettazione dell'identità TGD, come avente un ruolo negativo nella relazione tra internalizzazione degli ideali estetici e restrizione alimentare, è un esito da considerare rilevante. Risultati controversi ci spingono ad approfondire il significato e ruolo dei costrutti protettivi nella vita delle persone TGD, che possono assumere sfumature di significato peculiari e quindi non essere facilmente interpretabili. Dunque, considerati i limiti precedentemente accennati, emerge la necessità di sviluppare futuri studi longitudinali sensibili al genere e ad un background culturale differenziato, che analizzino in modo specifico vissuti diversificati e l'evoluzione dei fattori protettivi nel tempo. Concludiamo affermando che, il presente studio si propone di collocarsi all'interno di uno scenario di ricerca ancora limitato, volto a una comprensione migliore dei processi psicologici che interessano la popolazione TGD, a lungo marginalizzata e ora presa in considerazione nuovamente con uno sguardo più attento e sensibile. Le premesse dello studio, insieme con i risultati emersi, sottolineano l'imperatività della promozione interventi di prevenzione e supporto basati sulla valorizzazione delle risorse identitarie e comunitarie, al fine di rafforzare la resilienza in modo inclusivo e intersezionale.

## Bibliografia

1. **Alberse, A. M. E., de Vries, A. L., Elzinga, W. S., & Steensma, T. D.** (2019). Self-perception of transgender clinic referred gender diverse children and adolescents. *Clinical child psychology and psychiatry*, *24*(2), 388-401.
2. **Ålgars, M., Alanko, K., Santtila, P., & Sandnabba, N. K.** (2012). Disordered eating and gender identity disorder: a qualitative study. *Eating Disorders*, *20*(4), 300–311. <https://doi.org/10.1080/10640266.2012.668482>
3. **American Psychiatric Association.** (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
4. **American Psychiatric Association.** (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
5. **American Psychiatric Association.** (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
6. **ANSA.** (2025, 22 aprile). *Insicurezza alimentare per 3,4 milioni di italiani*. [https://www.ansa.it/canale\\_salutebenessere/notizie/diabete/2025/04/22/insicurezza-alimentare-per-34-milioni-di-italiani\\_f91022fb-f78b-4308-b922-f9df90e53892.html](https://www.ansa.it/canale_salutebenessere/notizie/diabete/2025/04/22/insicurezza-alimentare-per-34-milioni-di-italiani_f91022fb-f78b-4308-b922-f9df90e53892.html)
7. **Anzani, A., Lindley, L., Tognasso, G., Galupo, M. P., & Prunas, A.** (2021). "Being talked to like I was a sex toy, like being transgender was simply for the enjoyment of someone else": Fetishization and sexualization of transgender and nonbinary individuals. *Archives of Sexual Behavior*, *50*(3), 897-911.
8. **Arikawa, A. Y., Ross, J., Wright, L., Elmore, M., Gonzalez, A. M., & Wallace, T. C.** (2021). Results of an online survey about food insecurity and eating disorder behaviors administered to a volunteer sample of self-described LGBTQ+ young adults aged 18 to 35 years. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, *121*(7), 1231–1241. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2021.03.011>
9. **Austin, A., & Goodman, R.** (2017). The impact of social connectedness and internalized transphobic stigma on self-esteem among transgender and gender nonconforming adults. *Journal of Homosexuality*, *64*(6), 825–841. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1236587>

10. **Avila, J. T., Golden, N. H., & Aye, T.** (2019). Eating Disorder Screening in Transgender Youth. *Journal of Adolescent Health, 65*(6), 815–817. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.06.011>
11. **Bandini, E., Fisher, A. D., Castellini, G., Lo Sauro, C., Lelli, L., Meriggiola, M. C., ... Ricca, V.** (2013). Gender identity disorder and eating disorders: Similarities and differences in terms of body uneasiness. *Journal of Sexual Medicine, 10*, 1012–1023. <http://dx.doi.org/10.1111/jsm.12062>
12. **Barr, S. M., Budge, S. L., & Adelson, J. L.** (2016). Transgender community belong ingness as a mediator between transgender self-categorization and well-being. *Journal of Counseling Psychology, 63*, 87–97. doi:10.1037/cou0000127
13. **Bartky, S.L.** (1990). *Femininity and domination: Studies in the phenomenology of oppression*. New York: Routledge.
14. **Baum, J., & Westheimer, K.** (2015). Sex? Sexual Orientation? Gender Identity? Gender Expression?. *Teaching Tolerance, 50*(34–38).
15. **Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B.** (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine, 25*(24), 3186-3191.
16. **Beemyn, B. G., & Rankin, S.** (2011). *The lives of transgender people*. Columbia University Press.
17. **Beneke, T.** (1982). *Men on rape*. New York: St. Martin's Press.
18. **Blascovich, J.** (1992). A biopsychosocial approach to arousal regulation. *Journal of Social and Clinical Psychology, 11*(3), 213-237.
19. **Bockting, W.** (2015). Internalized transphobia. In *The International Encyclopedia of Human Sexuality* (pp. 583-625).
20. **Bockting, W., & Coleman, E.** (2016). Developmental stages of the transgender coming-out process: Toward an integrated identity. In *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 137-158). Routledge.
21. **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>

22. **Borowsky, I. W., Resnick, M. D., Ireland, M., & Blum, R. W.** (1999). Suicide attempts among American Indian and Alaska Native youth: Risk and protective factors. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *153*(6), 573–580. <https://doi.org/10.1001/archpedi.153.6.573>
23. **Bouman, W. P., Claes, L., Brewin, N., Crawford, J. R., Millet, N., Fernandez-Aranda, F., & Arcelus, J.** (2017). Transgender and anxiety: A comparative study between transgender people and the general population. *International Journal of Transgenderism*, *18*(1), 16–26. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1258352>
24. **Bradford, J., Reisner, S. L., Honnold, J. A., & Xavier, J.** (2013). Experiences of transgender-related discrimination and implications for health: Results from the Virginia Transgender Health Initiative Study. *American Journal of Public Health*, *103*(10), 1820–1829. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300796>
25. **Brewster, M. E., Velez, B. L., Breslow, A. S., & Geiger, E. F.** (2019). Unpacking body image concerns and disordered eating for transgender women: The roles of sexual objectification and minority stress. *Journal of Counseling Psychology*, *66*(2), 131.
26. **Brewster, M. E., Velez, B. L., Esposito, J., Wong, S., Geiger, E., & Keum, B. T.** (2014). Moving beyond the binary with disordered eating research: A test and extension of objectification theory with bisexual women. *Journal of Counseling Psychology*, *61*(1), 50.
27. **Brownmiller, S.** (1975). *Against Our Will: Men, Women and Rape*. New York, Simon.
28. **Budge, S. L.** (2013). Interpersonal psychotherapy with transgender clients. *Psychotherapy*, *50*, 356–359. doi:10.1037/a0032194
29. **Budge, S. L., Adelson, J. A., & 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*, 545–557. doi:10.1037/a0031774
30. **Budge, S. L., Tebbe, E. N., & Howard, K. A.** (2010). The work experiences of transgender individuals: Negotiating the transition and career decision-making processes. *Journal of Counseling Psychology*, *57*(4), 377.

31. **Burstall, J., Tan, K. J., Garcia, X. P., & Anderson, J. R.** (2024). Experiences of body image in the gender non-binary community: A qualitative analysis. *Body image*, 51, 101762. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2024.101762>
32. **Calugi, S., Milanese, C., Sartirana, M., El Ghoch, M., Sartori, F., Geccherle, E., ... & Dalle Grave, R.** (2017). The eating disorder examination questionnaire: reliability and validity of the Italian version. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22, 509-514.
33. **Cascalheira, C. J., & Choi, N. Y.** (2023). Transgender dehumanization and mental health: Microaggressions, sexual objectification, and shame. *The Counseling Psychologist*, 51(4), 532-559.
34. **Castle, E., Blasdel, G., Shakir, N. A., Zhao, L. C., & Bluebond-Langner, R.** (2022). Weight stigma mitigating approaches to gender-affirming genital surgery. *Plastic and Aesthetic Research*, 9, N-A.
35. **Castellini, G., Rossi, E., Cassioli, E., Sanfilippo, G., Ristori, J., Vignozzi, L., Maggi, M., Ricca, V., & Fisher, A. D.** (2023). Internalized transphobia predicts worse longitudinal trend of body uneasiness in transgender persons treated with gender affirming hormone therapy: A 1-year follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdac036>
36. **Chakkour, E., Simone, M., Askew, A. J., & Blashill, A. J.** (2024). The association between gender-affirming care and disordered eating in transgender and *gender diverse* individuals: Exploring appearance congruence and gender-related motivating factors for weight loss. *International Journal of Eating Disorders*. <https://doi.org/10.1002/eat.24202>
37. **Chaphekar, A. V., Vance, S. R., Garber, A. K., Buckelew, S., Ganson, K. T., Downey, A., & Nagata, J. M.** (2022). Transgender and other *gender diverse* adolescents with eating disorders requiring medical stabilization. *Journal of Eating Disorders*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00722-7>
38. **Chicago, IL: University of Chicago Press.** (Original work published 1872).
39. **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.

40. **Cohen, S. D., & Wills, T. A.** (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310–357. doi:10.1037//0033-2909.98.2.310
41. **Coelho, J. S., Suen, J., Clark, B. A., Marshall, S. K., Geller, J., & Lam, P. Y.** (2019). Eating Disorder Diagnoses and Symptom Presentation in Transgender Youth: A *Scoping* Review. In *Current Psychiatry Reports* 102 (Vol. 21, Issue 11). Current Medicine Group LLC 1. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1097-x>
42. **Coelho, J. S., Suen, J., Marshall, S., Burns, A., Geller, J., & Lam, P. Y.** (2021). Gender differences in symptom presentation and treatment outcome in children and youths with eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00468-8>
43. **Coker, E., & Abraham, S.** (2014). Body weight dissatisfaction: A comparison of women with and without eating disorders. *Eating Behaviors*, 15(3), 453–459. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.06.014>
44. **Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., et al.** (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165-232.
45. **Comiskey, A., Parent, M. C., & Tebbe, E. A.** (2020). An inhospitable world: Exploring a model of objectification theory with trans women. *Psychology of women quarterly*, 44(1), 105-116.
46. **Conn, B. M., Chen, D., Olson-Kennedy, J., Chan, Y. M., Ehrensaft, D., Garofalo, R., ... & Hidalgo, M. A.** (2023). High internalized transphobia and low gender identity pride are associated with depression symptoms among transgender and gender-diverse youth. *Journal of Adolescent Health*, 72(6), 877-884.
47. **Connolly, M. D., Zervos, M. J., Barone II, C. J., Johnson, C. C., & Joseph, C. L.** (2016). The mental health of transgender youth: Advances in understanding. *Journal of Adolescent Health*, 59(5), 489-495.
48. **Crocker, J., & Major, B.** (1989). Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma. *Psychological review*, 96(4), 608.
49. **Croll, J., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Ireland, M.** (2002). Prevalence and risk and protective factors related to disordered eating behaviors among

- adolescents: relationship to gender and ethnicity. *Journal of Adolescent Health*, 31(2), 166-175.
50. **Csikszentmihalyi, M.** (2014). Toward a psychology of optimal experience. *Flow and the foundations of positive psychology: The collected works of Mihaly Csikszentmihalyi*, 209-226.
  51. **Csikszentmihalyi, M.** (1990). *Flow: The psychology of optimal experience* (Vol. 1990, p. 1). New York: Harper & Row.
  52. **Culbert, K. M., Racine, S. E., & Klump, K. L.** (2015). Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders - A synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. In *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* (Vol. 56, Issue 11, pp. 1141–1164). <https://doi.org/10.1111/jcpp.12441>
  53. **Cusack, C. E., & Galupo, M. P.** (2021). Body checking behaviors and eating disorder pathology among nonbinary individuals with androgynous appearance ideals. *Eating and Weight Disorders*, 26(6), 1915–1925. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-01040-0>
  54. **Cusack, C. E., Iampieri, A. O., & Galupo, M. P.** (2022). “I’m Still Not Sure If the Eating Disorder is a Result of Gender Dysphoria”: Trans and Nonbinary Individuals’ Descriptions of Their Eating and Body Concerns in Relation to Their Gender. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 9(4), 422–433. <https://doi.org/10.1037/sgd0000515>
  55. **Darwin, C.** (1965). *The expression of emotion in man and animals*.
  56. **De La Rie, S. M., Noordenbos, G., & Van Furth, E. F.** (2005). Quality of life and eating disorders. *Quality of Life Research*, 14(6), 1511–1522. <https://doi.org/10.1007/s11136-005-0585-0>
  57. **De Vries, A. L., McGuire, J. K., Steensma, T. D., Wagenaar, E. C., Doreleijers, T. A., & Cohen-Kettenis, P. T.** (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*, 134, 696–704. doi:10.1542/peds.2013-2958
  58. **Delozier, A. M., Kamody, R. C., Rodgers, S., & Chen, D.** (2020). Health disparities in transgender and gender expansive adolescents: A current review

- from a minority stress perspective. *Journal of Pediatric Psychology*, 45(8), 842–847. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsaa040>
59. **Demoulin, S., Maurage, P., & Stinglhamber, F.** (2021). Exploring metadehumanization and self-dehumanization from a target perspective. *The Routledge handbook of dehumanization*, 260-274.
  60. **Denchik, A.** (2005). Development and Psychometric Evaluation of the Interpersonal Sexual Objectification Scale (Doctoral dissertation, The Ohio State University).
  61. **Di Fabio, A., & Palazzeschi, L.** (2015). Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS): un contributo alla validazione italiana. *Counseling: Giornale Italiano di Ricerca e Applicazioni*.
  62. **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 & Biobehavioral Reviews*, 138, 104720.
  63. **Diemer, E. W., Grant, J. D., Munn-Chernoff, M. A., Patterson, D. A., & Duncan, A. E.** (2015). Gender identity, sexual orientation, and eating-related pathology in a national sample of college students. *Journal of Adolescent Health*, 57(2), 144-149.
  64. **Diemer, E. W., White Hughto, J. M., Gordon, A. R., Guss, C., Austin, S. B., & Reisner, S. L.** (2018). Beyond the binary: Differences in eating disorder prevalence by gender identity in a transgender sample. *Transgender Health*, 3(1), 17–23.
  65. **Dion, K. L.** (1975). Women's reactions to discrimination from members of the same or opposite sex. *Journal of Research in Personality*, 9(4), 294-306.
  66. **Dion, K. L., Dion, K. K., & Keelan, J. P.** (1990). Appearance anxiety as a dimension of social-evaluative anxiety: exploring the ugly duckling syndrome. *Contemporary Social Psychology*.
  67. **Doll, H. A., Petersen, S. E., & Stewart-Brown, S. L.** (2005). Eating disorders and emotional and physical well-being: associations between student self-reports of eating disorders and quality of life as measured by the SF-36. *Quality of life research: An international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 14(3), 705–717. <https://doi.org/10.1007/s11136-004-0792-0> .

68. **Dornbusch, S. M., Gross, R. T., Duncan, P. D., & Ritter, P. L.** (2021). Stanford studies of adolescence using the national health examination survey. In *Biological-psychosocial interactions in early adolescence* (pp. 189-205). Routledge.
69. **Duffy, M. E., Henkel, K. E., & Joiner, T. E.** (2019). Prevalence of Self-Injurious Thoughts and Behaviors in Transgender Individuals With Eating Disorders: A National Study. *Journal of Adolescent Health, 64*(4), 461–466. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.07.016>
70. **Eker, D., & Arkar, H.** (1995). Perceived social support: psychometric properties of the MSPSS in normal and pathological groups in a developing country. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 30*, 121-126.
71. **Engeln-Maddox, R., Miller, S. A., & Doyle, D. M.** (2011). Tests of objectification theory in gay, lesbian, and heterosexual community samples: Mixed evidence for proposed pathways. *Sex roles, 65*, 518-532.
72. **Fairburn, C. G., & Cooper, Z.** (2011). Eating disorders, DSM–5 and clinical reality. *The British journal of psychiatry, 198*(1), 8-10.
73. **Fisher, M., Golden, N. H., Katzman, D. K., Kreipe, R. E., Rees, J., Schebendach, J., ... & Hoberman, H. M.** (1995). Eating disorders in adolescents: A background paper. *Journal of Adolescent Health, 16*(6), 420–437. [https://doi.org/10.1016/1054-139X\(95\)00048-A](https://doi.org/10.1016/1054-139X(95)00048-A)
74. **Fergus, S., & Zimmerman, M. A.** (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health, 26*, 399–419. doi:10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357
75. **Fisher, A. D., Castellini, G., Bandini, E., Casale, H., Fanni, E., Benni, L., ... Rellini, A. H.** (2014). Cross-sex hormonal treatment and body uneasiness in individuals with gender dysphoria. *Journal of Sexual Medicine, 11*, 709–719. <http://dx.doi.org/10.1111/jsm.12413>
76. **Flores, M. J., Watson, L. B., Allen, L. R., Ford, M., Serpe, C. R., Choo, P. Y., & Farrell, M.** (2018). Transgender people of color’s experiences of sexual objectification: Locating sexual objectification within a matrix of domination. *Journal of Counseling Psychology, 65*(3), 308.

77. **Fontanari, A. M., Vilanova, F., Schneider, M. A., Chinazzo, Í., Soll, B. M., Schwarz, K., Lobato, M. I. R., & Costa, Â. B.** (2020). Gender affirmation is associated with transgender and gender nonbinary youth mental health improvement. *LGBT Health*. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2019.0046>
78. **Ford, J. J., Huggins, C. E., & Hallam, K. T.** (2022). *Characterising body composition and bone health in transgender individuals: A systematic review*. *Clinical Endocrinology*, 96(4), 413–423. <https://doi.org/10.1111/cen.14637>
79. **Fredrickson, B. L., & Roberts, T. A.** (1997). Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of women quarterly*, 21(2), 173-206.
80. **French, S. A., Story, M., Neumark-Sztainer, D., Downes, B., Resnick, M., & Blum, R.** (1997). Ethnic differences in psychosocial and health behavior correlates of dieting, purging, and binge eating in a population-based sample of adolescent females. *International Journal of Eating Disorders*, 22(3), 315-322.
81. **French, S. A., Story, M., Remafedi, G., Resnick, M. D., & Blum, R. W.** (1996). Sexual orientation and prevalence of body dissatisfaction and eating disordered behaviors: A population-based study of adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 19(2), 119–126. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199603\)19:2<119::AID-EAT3>3.0.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199603)19:2<119::AID-EAT3>3.0.CO;2-N)
82. **Gagné, P., Tewksbury, R., & McGaughey, D.** (1997). Coming out and crossing over: Identity formation and proclamation in a transgender community. *Gender & Society*, 11, 478–508. doi:10.1177/089124397011004006
83. **Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P.** (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: A systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402–1413.
84. **Galupo, M. P., Cusack, C. E., & Morris, E. R.** (2021). “Having a non-normative body for me is about survival”: Androgynous body ideal among trans and nonbinary individuals. *Body Image*, 39, 68–76. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.06.003>
85. **Gard, M. C., & Freeman, C. P.** (1996). The dismantling of a myth: A review of eating disorders and socioeconomic status. *International Journal of Eating*

- Disorders, 20(1), 1–12. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199607\)20:1<1::AID-EAT1>3.0.CO;2-W](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199607)20:1<1::AID-EAT1>3.0.CO;2-W)
86. **Gervais, S. J., Bernard, P., Klein, O., & Allen, J.** (2013). Toward a unified theory of objectification and dehumanization. In *Objectification and (de)humanization: 60th Nebraska symposium on motivation* (pp. 1-23). Springer New York.
  87. **Giel, K. E., Bulik, C. M., Fernandez-Aranda, F., Hay, P., Keski-Rahkonen, A., Schag, K., Schmidt, U., & Zipfel, S.** (2022). Binge eating disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 8(1). <https://doi.org/10.1038/s41572-022-00344-y>
  88. **Glynn, T. R., Gamarel, K. E., Kahler, C. W., Iwamoto, M., Operario, D., & Nemoto, T.** (2016). The role of gender affirmation in psychological well-being among transgender women. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 3(3), 336–344. <https://doi.org/10.1037/SGD0000171>
  89. **Gordon, A. R., Moore, L. B., & Guss, C.** (2021). Eating disorders among transgender and gender non-binary people. In *Eating disorders in boys and men* (pp. 265-281).
  90. **Gordon, M. T., & Riger, S.** (1991). *The female fear: The social cost of rape*. University of Illinois Press.
  91. **Grant, J. M. M. L., Mottet, L., Tanis, J., Herman, J. L., Harrison, J., & Keisling, M.** (2010). National transgender discrimination survey report on health and health care.
  92. **Griffin, S.** (1979). bpe: The power of consciousness.
  93. **Guimaoutdinov, N., & Tram, J. M.** (2021). Experiences of transgender identity in a sample of primarily White binary trans masculine and nonbinary individuals. *Transgender Health*, 7(6), 521–527. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0150>
  94. **Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D’Augelli, A. R., . . . Russell, S. T.** (2010). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *Journal of Homosexuality*, 58, 10–51. doi:10.1080/00918369.2011.534038
  95. **Hajek, A., König, H. H., Buczak-Stec, E., Blessmann, M., & Grupp, K.** (2023). Prevalence and Determinants of Depressive and Anxiety Symptoms among

- Transgender People: Results of a Survey. *Healthcare (Switzerland)*, 11(5).  
<https://doi.org/10.3390/healthcare11050705>
96. **Halbeisen, G., Brandt, G., & Paslakis, G.** (2022). A Plea for Diversity in Eating Disorders Research. *Frontiers in Psychiatry*, 13.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.820043>
  97. **Hartman-Munick, S. M., Silverstein, S., Guss, C. E., Lopez, E., Calzo, J. P., & Gordon, A. R.** (2021). Eating disorder screening and treatment experiences in transgender and *gender diverse* young adults. *Eating Behaviors*, 41, 101517.
  98. **Harver, A., Katkin, E. S., & Bloch, E.** (1993). Signal-detection outcomes on heartbeat and respiratory resistance detection tasks in male and female subjects. *Psychophysiology*, 30(3), 223-230.
  99. **Haslam, N.** (2006). Dehumanization: An integrative review. *Personality and Social Psychology Review*, 10(3), 252–264.  
[https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1003\\_4](https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1003_4)
  100. **Haslam, N.** (2013). Dehumanization and intergroup relations. In M. Mikulincer & P. R. Shaver (Eds.), *APA handbook of personality and social psychology: Vol. 2. Interpersonal relations and group processes* (pp. xx–xx). American Psychological Association.
  101. **Haslam, N., Loughnan, S., & Holland, E.** (2013). The psychology of humanness. In S. J. Gervais (Ed.), *Objectification and dehumanization* (pp. 25–52). Springer.
  102. **Healey, J. F.** (2011). *Diversity and Society: Race, Ethnicity, and Gender, 2011/2012 Update*. Pine Forge Press.
  103. **Heatherton, T. F., Polivy, J., & Herman, C. P.** (1989). Restraint and internal responsiveness: Effects of placebo manipulations of hunger state on eating. *Journal of abnormal psychology*, 98(1), 89.
  104. **Hebl, M. R., King, E. B., & Lin, J.** (2004). The swimsuit becomes us all: Ethnicity, gender, and vulnerability to self-objectification. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(10), 1322-1331.
  105. **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.
106. **Hepp, U., & Milos, G.** (2002). Gender identity disorder and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 32(4), 473–478. <https://doi.org/10.1002/eat.10090>
  107. **Hepp, U., Milos, G., & Braun-Scharm, H.** (2004). Gender identity disorder and anorexia nervosa in male monozygotic twins. *International Journal of Eating Disorders*, 35(2), 239–243. <https://doi.org/10.1002/eat.10247>
  108. **Herek, G. M.** (2009). Sexual stigma and sexual prejudice in the United States: A conceptual framework. In *Contemporary perspectives on lesbian, gay, and bisexual identities* (pp. 65-111). New York, NY: Springer New York.
  109. **Herman, J. L.** (2013). Gendered restrooms and minority stress: The public regulation of gender and its impact on transgender people’s lives. *Journal of Public Management & Social Policy*, 19, 65–80.
  110. **Hiraide, M., Harashima, S., Yoneda, R., Otani, M., Kayano, M., & Yoshiuchi, K.** (2017). Longitudinal course of eating disorders after transsexual treatment: A report of two cases. *BioPsychoSocial Medicine*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/s13030-017-0118-4>
  111. **Hong, D., Tang, C., Barnhart, W. R., Cui, S., & He, J.** (2023). Testing the associations between internalized cisgenderism, self-objectification, body shame, and mental health correlates in the framework of the pantheoretical model of dehumanization: A study in Chinese transgender adults. *Body Image*, 46, 62-72.
  112. **Hudson, K. D.** (2018). (Un)doing transmisogynist stigma in health care settings: Experiences of ten transgender women of color. *Journal of Progressive Human Services*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1080/10428232.2017.1412768>
  113. **Huisman, B., Verveen, A., de Graaf, N. M., Steensma, T. D., & Kreukels, B. P. C.** (2023). Body image and treatment desires at clinical entry in nonbinary and genderqueer adults. *International Journal of Transgender Health*, 24(2), 234–246. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2131675>

114. **Hull, K. E., & Ortyl, T. A.** (2019). Conventional and cutting-edge: Definitions of family in LGBT communities. *Sexuality research and social policy, 16*, 31-43.
115. **Igartua, K. J., Gill, K., & Montoro, R.** (2009). Internalized homophobia: A factor in depression, anxiety, and suicide in the gay and lesbian population. *Canadian Journal of Community Mental Health, 22*(2), 15-30.
116. **James, S., Herman, J., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M. A.** (2016). *The report of the 2015 US transgender survey*. National Center for Transgender Equality [NCTE].
117. **James, S. E., Herman, J., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M.** (2019). *2015 U.S. Transgender Survey (USTS)*. Inter-university Consortium for Political and Social Research [distributor]. <https://doi.org/10.3886/ICPSR37318.v1>
118. **Jobe, J. N.** (2013). Transgender representation in the media.
119. **Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J. S.** (2002). Eating disorders during adolescence and the risk for physical and mental disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry, 59*(6), 545-552.
120. **Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.** (2021). HIV and transgender and other gender-diverse people.
121. **Jones, B. A., Haycraft, E., Bouman, W. P., Brewin, N., Claes, L., & Arcelus, J.** (2018). Risk factors for eating disorder psychopathology within the treatment-seeking transgender population: The role of cross-sex hormone treatment. *European Eating Disorders Review, 26*(2), 120–128. <https://doi.org/10.1002/erv.2576>
122. **Jones, B. A., Haycraft, E., Murjan, S., & Arcelus, J.** (2016). Body dissatisfaction and disordered eating in trans people: A systematic review of the literature. *International Review of Psychiatry, 28*(1), 81–94. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1089217>
123. **Jones, B. A., Pierre Bouman, W., Haycraft, E., & Arcelus, J.** (2019). Gender congruence and body satisfaction in nonbinary transgender people: A case control study. *International Journal of Transgenderism, 20*(2–3), 263–274. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1538840>

124. **Kaschak, E.** (1992). *Engendered lives* (pp. 183-84). New York: Basic Books.
125. **Katkin, E. S.** (1985). Blood, sweat, and tears: Individual differences in autonomic self-perception. *Psychophysiology*, *22*(2), 125-137.
126. **Katkin, E. S., Blascovich, J., & Goldband, S.** (1981). Empirical assessment of visceral self-perception: individual and sex differences in the acquisition of heartbeat discrimination. *Journal of personality and social psychology*, *40*(6), 1095.
127. **Keelan, J. P. R., Dion, K. K., & Dion, K. L.** (1992). Correlates of appearance anxiety in late adolescence and early adulthood among young women. *Journal of Adolescence*, *15*(2), 193-205.
128. **Kenagy, G. P.** (2005). Transgender health: Findings from two needs assessment studies in Philadelphia. *Health & social work*, *30*(1), 19-26.
129. **Kenagy, G. P., & Bostwick, W. B.** (2005). Health and social service needs of transgender people in Chicago. *International Journal of Transgenderism*, *8*(2-3), 57-66.
130. **Khoosal, D., Langham, C., Palmer, B., Terry, T., & Minajagi, M.** (2009). Features of eating disorder among male-to-female transsexuals. *Sexual and Relationship Therapy*, *24*(2), 217-229. <https://doi.org/10.1080/14681990903082161>
131. **Kleiman, E. M., Chiara, A. M., Liu, R. T., Jager-Hyman, S. G., Choi, J. Y., & Alloy, L. B.** (2017). Optimism and well-being: A prospective multi-method and multi-dimensional examination of optimism as a resilience factor following the occurrence of stressful life event
132. **Klonoff, E. A., & Landrine, H.** (1995). The Schedule of Sexist Events: A measure of lifetime and recent sexist discrimination in women's lives. *Psychology of Women Quarterly*, *19*(4), 439-470.
133. **Kozee, H. B., Tylka, T. L., Augustus-Horvath, C. L., & Denchik, A.** (2007). Development and psychometric evaluation of the interpersonal sexual objectification scale. *Psychology of women quarterly*, *31*(2), 176-189.

134. **Laan, E., & Everaerd, W.** (1995). Determinants of female sexual arousal: Psychophysiological theory and data. *Annual Review of Sex Research, 6*(1), 32-76.
135. **Laan, E., Everaerd, W., van Bellen, G., & Hanewald, G.** (1994). Women's sexual and emotional responses to male-and female-produced erotica. *Archives of sexual behavior, 23*, 153-169.
136. **Labarta, A. C., Emelianchik-Key, K., Peluso, P. R., Gill, C. S., & Colvin, K. F.** (2024). Measuring Risk and Protective Factors for Eating and Body Image Concerns in LGBTGEQIAP+ Communities: An Instrument Development and Validation Study. *International Journal for the Advancement of Counselling, 46*(4), 900-922.
137. **Lazarus, R. S.** (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford University Press.
138. **Lerner, J. E., Martin, J. I., & Gorsky, G. S.** (2022). To go or not to go: Factors that influence health care use among trans adults in a non-representative U.S. sample. *Archives of Sexual Behavior, 51*(4), 1913–1925. <https://doi.org/10.1007/s10508-022-02263-3>
139. **Lev, A. I.** (2004). Transgender emergence: Understanding diverse gender identities and expressions. Retrieved May, 1, 2018.
140. **Levin, N. J., Kattari, S. K., Piellusch, E. K., & Watson, E.** (2020). “We Just Take Care of Each Other”: Navigating ‘Chosen Family’ in the Context of Health, Illness, and the Mutual Provision of Care amongst Queer and Transgender Young Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(19), 7346. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197346>
141. **Levine, M. P., & Smolak, L.** (2016). The role of protective factors in the prevention of negative body image and disordered eating. *Eating disorders, 24*(1), 39-46.
142. **Lewis, H. B.** (1971). Shame and guilt in neurosis. *Psychoanalytic review, 58*(3), 419.
143. **Lewis, M.** (1995). *Shame: The exposed self*. Simon and Schuster.
144. **Leyens, J. P., Paladino, P. M., Rodriguez-Torres, R., Vaes, J., Demoulin, S., Rodriguez-Perez, A., & Gaunt, R.** (2000). The emotional side of

- prejudice: The attribution of secondary emotions to ingroups and outgroups. *Personality and social psychology review*, 4(2), 186-197.
145. **Linsenmeyer, W. R., Katz, I. M., Reed, J. L., Giedinghagen, A. M., Lewis, C. B., & Garwood, S. K.** (2021). Disordered eating, food insecurity, and weight status among transgender and gender nonbinary youth and young adults: A cross-sectional study using a nutrition screening protocol. *LGBT Health*, 8(5), 359–366. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0431>
  146. **Linsenmeyer, W., & Garwood, S.** (2023). Patient-centered approaches to using BMI to evaluate gender-affirming surgery eligibility. *AMA Journal of Ethics*, 25(6), E398–E406. <https://doi.org/10.1001/amajethics.2023.398>
  147. **Lipari, R., Piscopo, K., Kroutil, L. A., & Miller, G.** (2015). Suicidal thoughts and behavior among adults: Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health. NSDUH Data Review. Retrieved from <http://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-FRR2-2014/NSDUH-FRR2-2014.pdf>
  148. **Lipson, S. K., Raifman, J., Abelson, S., & Reisner, S. L.** (2019). Gender Minority Mental Health in the U.S.: Results of a National Survey on College Campuses. *American Journal of Preventive Medicine*, 57(3), 293– 301. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.04.025> disorders. Patient Preference and Adherence, 5, 109–116. <https://doi.org/10.2147/PPA.S17452>
  149. **Lobera, I. J., & Ríos, P. B.** (2011). Body image and quality of life in a Spanish population. *International Journal of General Medicine*, 63-72.
  150. **Lolk, A.** (2013). Neurokognitive lidelser. In *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association.
  151. **Lombardi, E. L., Wilchins, R. A., Priesing, D., & Malouf, D.** (2002). Gender violence: Transgender experiences with violence and discrimination. *Journal of homosexuality*, 42(1), 89-101.
  152. **Lucas, A. R., Beard, C. M., O’Fallon, W. M., & Kurland, L. T.** (1991). Fifty-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: A population-based study. *American Journal of Psychiatry*, 148(7), 917–922. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.7.917>

153. **Macapagal, K., Bhatia, R., & Greene, G. J.** (2016). Differences in healthcare access, use, and experiences within a community sample of racially diverse lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning emerging adults. *LGBT health, 3*(6), 434-442.
154. **MacKinnon, K.** (2017). An introduction to five exceptional trans athletes from around the world. In *Transgender athletes in competitive sport* (pp. 43-53). Routledge.
155. **Magnano, P., Di Nuovo, S., Scioli, A., & Di Corrado, D.** (2019). A study of the Comprehensive State Hope Scale in Italian culture. *TPM: Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology, 26*(2).
156. **Malina, S.** (2021). Unique causes and manifestations of eating disorders within transgender populations. *Columbia Social Work Review, 19*(1), 138-157.
157. **Mannarini, S.** (2010). Assessing the rosenberg self-esteem scale dimensionality and items functioning in relation to self-efficacy and attachment styles. *TPM Test Psychom Methodol Appl Psychol, 4*, 229-42.
158. **Marcellin, R. L., Scheim, A., Bauer, G., & Redman, N.** (2013). Experiences of transphobia among trans Ontarians. *Trans PULSE e-Bulletin, 3*(2), 1-2.
159. **Masten, A. S.** (2007). Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and psychopathology, 19*(3), 921-930.
160. **Matsuno, E., & Budge, S. L.** (2017). Non-binary/genderqueer identities: A critical review of the literature. *Current Sexual Health Reports, 9*, 116-120.
161. **Matsuno, E., & Israel, T.** (2018). Psychological interventions promoting resilience among transgender individuals: Transgender resilience intervention model (TRIM). *The Counseling Psychologist, 46*(5), 632-655.
162. **Mays, V. M., & Cochran, S. D.** (2001). Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *American Journal of Public Health, 91*, 1869–1876. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.91.11.1869>
163. **McGregor, K., McKenna, J. L., Barrera, E. P., Williams, C. R., Hartman-Munick, S. M., & Guss, C. E.** (2023). Disordered eating and

- considerations for the transgender community: a review of the literature and clinical guidance for assessment and treatment. *Journal of eating disorders*, *11*(1), 75.
164. **McLaren, J. T., Bryant, S., & Brown, B.** (2021). "See me! Recognize me!" An analysis of transgender media representation. *Communication Quarterly*, *69*(2), 172-191.
165. **McLean, S. A., & Paxton, S. J.** (2019). Body Image in the Context of Eating Disorders. In *Psychiatric Clinics of North America* (Vol. 42, Issue 1, pp. 145–156). W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.006>
166. **Mereish, E. H., Peters, J. R., & Yen, S.** (2019). Minority stress and relational mechanisms of suicide among sexual minorities: Subgroup differences in the associations between heterosexist victimization, shame, rejection sensitivity, and suicide risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *49*(2), 547-560.
167. **Mereish, E. H., Poteat, V. P.** (2015). A relational model of sexual minority mental and physical health: The negative effects of shame on relationships, loneliness, and health. *Journal of Counseling Psychology*, *62*(3), 425–437. <https://doi.org/10.1037/cou0000088>
168. **Mensingher, J. L., Granche, J. L., Cox, S. A., & Henretty, J. R.** (2020). Sexual and gender minority individuals report higher rates of abuse and more severe eating disorder symptoms than cisgender heterosexual individuals at admission to eating disorder treatment. *International Journal of Eating Disorders*, *53*(4), 541–554. <https://doi.org/10.1002/eat.23257>
169. **Meyer, I. H.** (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, *36*(1), 38–56. <https://doi.org/10.2307/2137286>
170. **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>
171. **Meyer, I. H.** (2015). Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *2*(3), 209.

172. **Mirabella, M., Giovanardi, G., Fortunato, A., Senofonte, G., Lombardo, F., Lingiardi, V., & Speranza, A. M.** (2020). The Body I Live in. Perceptions and Meanings of Body Dissatisfaction in Young Transgender Adults: A Qualitative Study. *J Clin Med*, 9(11). <https://doi.org/10.3390/jcm9113733>
173. **Mitchell, L., MacArthur, H. J., & Blomquist, K. K.** (2021). The effect of misgendering on body dissatisfaction and dietary restraint in transgender individuals: Testing a Misgendering-Congruence Process. *International Journal of Eating Disorders*, 54(7), 1295–1301. <https://doi.org/10.1002/eat.23537>
174. **Mizock, L., & Lewis, T. K.** (2008). Trauma in transgender populations: Risk, resilience, and clinical care. *Journal of Emotional Abuse*, 8(3), 335-354.
175. **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, 266–280. doi:10.1037/sgd0000130
176. **Moradi, B.** (2010). Addressing gender and cultural diversity in body image: Objectification theory as a framework for integrating theories and grounding research. *Sex roles*, 63, 138-148.
177. **Moradi, B.** (2013). Discrimination, objectification, and dehumanization: Toward a pantheoretical framework. In S. J. Gervais (Ed.), *Objectification and (De)Humanization* (pp. 153–181). New York, NY: Springer.
178. **Moradi, B., Dirks, D., & Matteson, A. V.** (2005). Roles of sexual objectification experiences and internalization of standards of beauty in eating disorder symptomatology: a test and extension of objectification theory. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 420.
179. **Movement Advancement Project.** (2020, February). *Mapping LGBTQ equality: 2010 to 2020*. <https://www.lgbtmap.org/2020-tally-report>
180. **Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., & Montori, V. M.** (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*, 72, 214–231. doi:10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x

181. **Muratore, L. A., Flentje, A., Schuster, D., & Capriotti, M. R.** (2022). Disordered eating and body dissatisfaction in transgender and gender-expansive adults: an evaluation and integration of the gender minority stress and resilience and tripartite influence models. *Behavior Therapy*, *53*(5), 869-886.
182. **Murray, S. B., Boon, E., & Touyz, S. W.** (2013). Diverging Eating Psychopathology in Transgendered Eating Disorder Patients: A Report of Two Cases. *Eating Disorders*, *21*(1), 70–74. <https://doi.org/10.1080/10640266.2013.741989>
183. **Mustanski, B. S., Garofalo, R., & Emerson, E. M.** (2010). Mental health disorders, psychological distress, and suicidality in a diverse sample of lesbian, gay, bisexual, and transgender youths. *American Journal of Public Health*, *100*(12), 2426–2432. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.178319>
184. **Nadal, K. L., Skolnik, A., & Wong, Y.** (2012). Interpersonal and systemic microaggressions toward transgender people: Implications for counseling. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, *6*, 55–82. <https://doi.org/10.1080/15538605.2012.648583>
185. **Nagata, J. M., Compte, E. J., Cattle, C. J., Flentje, A., Capriotti, M. R., Lubensky, M. E., et al.** (2020a). Community norms for the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) among gender-expansive populations. *Journal of Eating Disorders*, *8*(1), 74. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00333-5>
186. **Nagata, J. M., Murray, S. B., Compte, E. J., Pak, E. H., Schauer, R., Flentje, A., et al.** (2020b). Community norms for the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) among transgender men and women. *Eating Behaviors*, *37*, 101381. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2020.101381>
187. **Newcomb, M. E., & Mustanski, B.** (2010). Internalized homophobia and internalizing mental health problems: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *30*, 1019–1029. doi:10.1016/j.cpr.2010.07.003
188. **Neumark-Sztainer, D., Story, M., Falkner, N. H., Beuhring, T., & Resnick, M. D.** (1999). Sociodemographic and personal characteristics of adolescents engaged in weight loss and weight/muscle gain behaviors: Who is

- doing what? Preventive Medicine, 28(1), 40–50.  
<https://doi.org/10.1006/pmed.1998.0373>
189. **Neumark-Sztainer, D., Story, M., French, S., & Resnick, M. D.** (1996). Patterns of health-compromising behaviors among Minnesota adolescents: Sociodemographic variations. *American Journal of Public Health*, 86(11), 1599–1606. <https://doi.org/10.2105/AJPH.86.11.1599>
  190. **Neumark-Sztainer, D., Story, M., French, S. A., & Resnick, M. D.** (1997). Psychosocial correlates of health-compromising behaviors among adolescents. *Health Education Research*, 12(1), 37–52. <https://doi.org/10.1093/her/12.1.37>
  191. **Nobili, A., Glazebrook, C., & Arcelus, J.** (2018). Quality of life of treatment-seeking transgender adults: A systematic review and meta-analysis. In *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders* (Vol. 19, Issue 3, pp. 199–220). Springer New York LLC. <https://doi.org/10.1007/s11154-018-9459-y>
  192. **Nuttbrock, L., Rosenblum, A., & Blumenstein, R.** (2002). Transgender identity affirmation and mental health. *International Journal of Transgenderism*.
  193. **Nowaskie, D. Z., Filipowicz, A. T., Choi, Y., & Fogel, J. M.** (2021). Eating disorder symptomatology in transgender patients: Differences across gender identity and gender affirmation. *International Journal of Eating Disorders*, 54(8), 1493–1499. <https://doi.org/10.1002/eat.23539>
  194. **Öhman, A.** (1993). Fear and anxiety as emotional phenomena: Clinical phenomenology, evolutionary perspectives, and information-processing mechanisms.
  195. **Olson, K. R., Durwood, L., Horton, R., Gallagher, N. M., & Devor, A.** (2022). Gender identity 5 years after social transition. *Pediatrics*, 2, 10. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-058645>
  196. **Parent, M. C., & Moradi, B.** (2011). His biceps become him: a test of objectification theory's application to drive for muscularity and propensity for steroid use in college men. *Journal of Counseling Psychology*, 58(2), 246.
  197. **Pennebaker, J. W., & Roberts, T. A.** (1992). Toward a his and hers theory of emotion: Gender differences in visceral

198. **Peters, P. K., Amos, R. J., Hoerr, S. L., Koszewski, W., Huang, Y., & Betts, N.** (1996). Questionable dieting behaviors are used by young adults regardless of sex or student status. *Journal of the American Dietetic Association, 96*(7), 709-712.
199. **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*, 281–286. doi:10.1037/sgd0000122
200. **Plant, R. W., & Ryan, R. M.** (1985). Intrinsic motivation and the effects of self-consciousness, self-awareness, and ego-involvement: An investigation of internally controlling styles. *Journal of personality, 53*(3), 435-449.
201. **Polivy, J., Herman, C. P., & Pliner, P.** (2013). Perception and evaluation of body image: The meaning of body shape and size. In *Self-Inference Processes* (pp. 87-114). Psychology Press.
202. **Pollitt, K.** (1985, December 12). Hers. *New York Times*, p. C-2. Q
203. **Pradell, L. R.** (2023). The Sexual Objectification Experiences of Non-Binary People.
204. **Puvia, E.** (2011). A feminine look at female objectification: Makeup and self-objectification, sexy women and their dehumanization.
205. **Puvia, E., & Vaes, J.** (2013). Being a body: Women's appearance related self-views and their dehumanization of sexually objectified female targets. *Sex roles, 68*, 484-495.
206. **Qian, J., Wu, Y., Liu, F., Zhu, Y., Jin, H., Zhang, H., Wan, Y., Li, C., & Yu, D.** (2022). An update on the prevalence of eating disorders in the general population: A systematic review and meta-analysis. In *Eating and Weight Disorders* (Vol. 27, Issue 2, pp. 415–428). Springer Science and Business Media Deutschland GmbH. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01162-z>
207. **Rabito-Alcón, M. F., & Rodríguez-Molina, J. M.** (2016). Body dissatisfaction differences and similarities among people with eating disorders, people with gender dysphoria and university students. *Revista de Psicopatología*

- y *Psicologia Clinica*, 21(2), 97–104.  
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.2.2016.16991>
208. **Rasmussen, S. M.** (2024). Eating disorders and gender identity: Gender identity in individuals with eating disorders and eating disorder symptomatology in transgender and *gender diverse* individuals.
209. **Reisner, S. L., Veters, R., Leclerc, M., Zaslów, S., Wolfrum, S., Shumer, D., & Mimiaga, M. J.** (2015). Mental health of transgender youth in care at an adolescent Urban community health center: A matched retrospective cohort study. *Journal of Adolescent Health*, 56(3), 274–279.  
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.264>
210. **Resnick, M. D., Harris, L. J., & Blum, R. W.** (1993). The impact of caring and connectedness on adolescent health and well-being. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 29(Suppl), S3–S9.
211. **Riccardo, A. M., Ferrazzi, G., Catellani, S., Gibin, A. M., Nasi, A. M., Marchi, M., ... & Pingani, L.** (2024). Validation of an adapted Italian-language version of the sociocultural attitudes toward appearance Questionnaire-3 (SATAQ-3), within a female population: the sociocultural attitudes toward appearance questionnaire-social media (SATAQ-SM). *Frontiers in Psychology*, 14, 1193062.
212. **Riddle, M., Blalock, D. V., Robertson, L., Duffy, A., Le Grange, D., Mehler, P. S., Rienecke, R. D., & Joiner, T.** (2024). Comparing eating disorder treatment outcomes of transgender and *gender diverse* adolescents with those of cisgender adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 57(7), 1555–1565. <https://doi.org/10.1002/eat.24195>
213. **Riddle, M. C., Robertson, L., Blalock, D. V., Duffy, A., Le Grange, D., Mehler, P. S., Rienecke, R. D., & Joiner, T.** (2022). Comparing eating disorder treatment outcomes of transgender and nonbinary individuals with cisgender individuals. *International Journal of Eating Disorders*, 55(11), 1532–1540.  
<https://doi.org/10.1002/eat.23812>
214. **Riddle, M. C., & Safer, J. D.** (2022). Medical considerations in the care of transgender and *gender diverse* patients with eating disorders. *Journal of eating disorders*, 10(1), 178.

215. **Rikani, A. A., Choudhry, Z., Choudhry, A. M., Ikram, H., Asghar, M. W., Kajal, D., Waheed, A., & Mobassarrah, N. J.** (2013). A critique of the literature on etiology of eating disorders. *Annals of Neurosciences*, 20(4), 157–161. <https://doi.org/10.5214/ans.0972.7531.200409>
216. **Ristori, J., Fisher, A. D., Castellini, G., Sensi, C., Cipriani, A., Ricca, V., & Maggi, M.** (2019). Gender Dysphoria and Anorexia Nervosa Symptoms in Two Adolescents. *Archives of Sexual Behavior*, 48(5), 1625–1631. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-1396-7>
217. **Roberts, T. A., & Pennebaker, J. W.** (1995). Gender differences in perceiving internal state: Toward a his-and-hers model of perceptual cue use. In *Advances in experimental social psychology* (Vol. 27, pp. 143-175). Academic Press.
218. **Roberts, S. R., Salk, R. H., Thoma, B. C., Romito, M., Levine, M. D., & Choukas-Bradley, S.** (2021). Disparities in disordered eating between 118 gender minority and cisgender adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 54(7), 1135–1146. <https://doi.org/10.1002/eat.23494>
219. **Romani, A., Mazzoli, F., Ristori, J., Cocchetti, C., Cassioli, E., Castellini, G., Mosconi, M., Merigiola, M. C., Gualdi, S., Giovanardi, G., Lingiardi, V., Vignozzi, L., Maggi, M., & Fisher, A. D.** (2021). Psychological Wellbeing and Perceived Social Acceptance in Gender Diverse Individuals. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(11), 1933–1944. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.08.012>
220. **Romito, M., Salk, R. H., Roberts, S. R., Thoma, B. C., Levine, M. D., & Choukas-Bradley, S.** (2021). Exploring transgender adolescents' body image concerns and disordered eating: Semi-structured interviews with nine gender minority youth. *Body Image*, 37, 50–62. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.01.008>
221. **Rood, B. A., Reisner, S. L., Puckett, J. A., Surace, F. I., Berman, A. K., & Pantalone, D. W.** (2017). Internalized transphobia: Exploring perceptions of social mes sages in transgender and gender-nonconforming adults. *International Journal of Transgenderism*, 18, 411–4266. doi:10.1080/15532739.2017.1329048

222. **Rood, B. A., Reisner, S. L., Surace, F. I., Puckett, J. A., Maroney, M. R., & Pantalone, D. W.** (2016). Expecting rejection: Understanding the minority stress experiences of transgender and gender-nonconforming individuals. *Transgender Health, 1*, 151–164. doi:10.1089/trgh.2016.0012
223. **Roze, P.** (1988). The effects of fear of rape on working women. In *meeting of the American Psychological Association, Atlanta, GA*.
224. **Russell, S. T.** (2005). Beyond risk: Resilience in the lives of sexual minority youth. *Journal of Gay & Lesbian Issues in Education, 2*(3), 5–18. [https://doi.org/10.1300/J367v02n03\\_02](https://doi.org/10.1300/J367v02n03_02)
225. **Saewyc, E. M., Bearinger, L. H., Heinz, P. A., Blum, R. W., & Resnick, M. D.** (1998). Gender differences in health and risk behaviors among bisexual and homosexual adolescents. *Journal of Adolescent Health, 23*(3), 181–188. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(98\)00016-0](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(98)00016-0)
226. **Saewyc, E. M., Poon, C., Homma, Y., & Skay, C. L.** (2008). Stigma management? The links between enacted stigma and teen pregnancy trends among gay, lesbian, and bisexual students in British Columbia. *Canadian Journal of Human Sexuality, 17*(3), 123–139.
227. **Safer, J. D., & Tangpricha, V.** (2019). Care of transgender persons. *New England Journal of Medicine, 381*(25), 2451-2460.
228. **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.
229. **Scandurra, C., Bochicchio, V., Amodeo, A. L., Esposito, C., Valerio, P., Maldonato, N. M., ... & 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.
230. **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.

231. **Scheer, J. R., Harney, P., Esposito, J., & Woulfe, J. M.** (2020). Self-reported mental and physical health symptoms and potentially traumatic events among lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer individuals: The role of shame. *Psychology of Violence*, 10(2), 131–142. <https://doi.org/10.1037/vio0000241>
232. **Scheim, A., Bauer, G., & Pyne, J.** (2014). Avoidance of public spaces by trans Ontarians: The impact of transphobia on daily life. *Trans PULSE e-Bulletin*, 4(1), 1-3.
233. **Scioli, A., Ricci, M., Nyugen, T., & Scioli, E. R.** (2011). Hope: Its nature and measurement. *Psychology of religion and spirituality*, 3(2), 78.
234. **Seabrook, R. C., Ward, L. M., & Giaccardi, S.** (2019). Less than human? Media use, objectification of women, and men's acceptance of sexual aggression. *Psychology of Violence*, 9(5), 536.
235. **Serano, J.** (2007). *Whipping girl: A transsexual woman on sexism and the scapegoating of femininity*. Emeryville, CA: Seal Press.
236. **Sevelius, J. M.** (2013). Gender affirmation: A framework for conceptualizing risk behavior among transgender women of color. *Sex roles*, 68, 675-689.
237. **Silberstein, L. R., Striegel-Moore, R. H., & Rodin, J.** (1987). Feeling fat: A woman's shame.
238. **Simbar, M., Nazarpour, S., Mirzababaie, M., Emam Hadi, M. A., Ramezani Tehrani, F., & Alavi Majd, H.** (2018). Quality of Life and Body Image of Individuals with Gender Dysphoria. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 44(6), 523–532. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2017.1419392>
239. **Simpson, T. L., Balsam, K. F., Cochran, B. N., Lehavot, K., & Gold, S. D.** (2013). Veterans administration health care utilization among sexual minority veterans. *Psychological services*, 10(2), 223.
240. **Singh, A. A.** (2013). Transgender youth of color and resilience: Negotiating oppression and finding support. *Sex Roles*, 68, 690–702. doi:10.1007/s11199-012-0149-z
241. **Singh, A. A., Hays, D. G., & Watson, L. S.** (2011). Strength in the face of adversity: Resilience strategies of transgender

242. **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, 34–44. doi:10.1177/1534765610369261 individuals. *Journal of Counseling & Development*, 89(1), 20-27.
243. **Smolak, L.** (2012). Appearance in childhood and adolescence.
244. **Soulliard, Z. A., Le, T. P., & Yamasaki, V.** (2025). Pride and body image among transgender and nonbinary adults: the mediating role of body appreciation between gender identity pride and intuitive eating. *Eating Disorders*, 33(1), 60-77.
245. **Soundy, T. J., Lucas, A. R., Suman, V. J., & Melton, L. J.** (1995). Bulimia nervosa in Rochester, Minnesota from 1980 to 1990. *Psychological Medicine*, 25(5), 1065–1071. <https://doi.org/10.1017/S0033291700037441>
246. **Stapley, J. C., & Haviland, J. M.** (1989). Beyond depression: Gender differences in normal adolescents' emotional experiences. *Sex roles*, 20, 295-308.
247. **Stice, E., & Shaw, H. E.** (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology. A synthesis of research findings. *Journal of psychosomatic research*, 53(5), 985–993. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(02\)00488-9](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(02)00488-9)
248. **Strandjord, S. E., Ng, H., & Rome, E. S.** (2015). Effects of treating gender dysphoria and anorexia nervosa in a transgender adolescent: Lessons learned. *International Journal of Eating Disorders*, 48, 942–945. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.22438>
249. **Striegel-Moore, R. H., & Bulik, C. M.** (2007). Risk factors for eating disorders. *American psychologist*, 62(3), 181.
250. **Strübel, J., Sabik, N. J., & Tylka, T. L.** (2020). Body image and depressive symptoms among transgender and cisgender adults: Examining a model integrating the tripartite influence model and objectification theory. *Body image*, 35, 53-62.
251. **Sullivan, P. F., & Sullivan, P.** (1995). Mortality in anorexia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 152(7), 1073–1074. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.7.1073>

252. **Swim, J. K., & Stangor, C.** (Eds.). (1998). *Prejudice: The target's perspective*. Elsevier.
253. **Tabaac, A., Perrin, P. B., & Benotsch, E. G.** (2018). Discrimination, mental health, and body image among transgender and gender-non-binary individuals: Constructing a multiple mediational path model. *Journal of gay & lesbian social services, 30*(1), 1-16.
254. **Tan, K. K., Treharne, G. J., Ellis, S. J., Schmidt, J. M., & Veale, J. F.** (2021). Enacted stigma experiences and protective factors are strongly associated with mental health outcomes of transgender people in Aotearoa/New Zealand. *International journal of transgender health, 22*(3), 269-280.
255. **Tangney, J. P., Miller, R. S., Flicker, L., & Barlow, D. H.** (1996). Are shame, guilt, and embarrassment distinct emotions?. *Journal of personality and social psychology, 70*(6), 1256.
256. **Tebbe, E. A., Moradi, B., & Budge, S. L.** (2016). Enhancing scholarship focused on trans people and issues. *The Counseling Psychologist, 44*(7), 950–959. <https://doi.org/10.1177/0011000015608950>
257. **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.
258. **Testa, R. J., Jimenez, C. L., & Rankin, S.** (2014). Risk and resilience during transgender identity development: The effects of awareness and engagement with other transgender people on affect. *Journal of gay & lesbian mental health, 18*(1), 31-46.
259. **Testa, R. J., Rider, G. N., Haug, N. A., & et al.** (2017). Gender-affirming medical interventions and eating disorder symptoms among transgender individuals. *Health Psychology, 36*(10), 927–936. <https://doi.org/10.1037/hea0000510>
260. **Testa, R. J., Sciacca, L. M., Wang, F., Hendricks, M. L., Goldblum, P., Bradford, J., & Bongar, B.** (2012). Effects of violence on transgender people. *Professional Psychology: Research and Practice, 43*(5), 452.
261. **Thornberry, O. T., Wilson, R. W., & Golden, P. M.** (1986). *Health promotion data for the 1990 objectives: Estimates from the national health*

- interview survey of health promotion and disease prevention, United States, 1985* (No. 126). US Department of Health and Human Services, Public Health Service.
262. **Thorne, N., Yip, A. K. T., Bouman, W. P., Marshall, E., & Arcelus, J.** (2019). The terminology of identities between, outside and beyond the gender binary—A systematic review. In *International Journal of Transgenderism* (Vol. 20, Issues 2–3, pp. 138–154). Routledge. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1640654>
263. **Turban, J. L., Loo, S. S., Almazan, A. N., & Keuroghlian, A. S.** (2021). Factors leading to “detransition” among transgender and *gender diverse* people in the United States: A mixed-methods analysis. *LGBT Health*, 8(4), 273–280. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0399>
264. **Tylka, T. L., & Kroon Van Diest, A. M.** (2015). Protective factors. In L. Smolak, & M. P. Levine (Eds.), *The Wiley handbook of eating disorders—Vol. 1: Basic concepts and foundational research* (pp. 430–444). Sussex, UK: John Wiley & Sons.
265. **Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L.** (2015). What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image*, 14, 118–129. doi:10.1016/j.bodyim.2015.04.001
266. **UNC-Chapel Hill Safe Zone.** (2017, maggio). *Intersex - UNC LGBTQ Center*. LGBTQ Center - Educating for Equality. <http://lgbtq.unc.edu/resources/exploring-identities/intersex/>
267. **Uniacke, B., Glasofer, D., Devlin, M., Bockting, W., & Attia, E.** (2021). Predictors of eating-related psychopathology in transgender and gender nonbinary individuals. *Eating Behaviors*, 42. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2021.101527>
268. **Van Eeden, A. E., Van Hoeken, D., & Hoek, H. W.** (2021). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. In *Current Opinion in Psychiatry* (Vol. 34, Issue 6, pp. 515–524). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000739>
269. **Vance, S. R., Ehrensaft, D., & Rosenthal, S. M.** (2014). Psychological and medical care of gender nonconforming youth. *Pediatrics*, 134, 1184–1192. doi:10.1542/peds.2014-0772

270. **Velez, B. L., Breslow, A. S., Brewster, M. E., Cox Jr, R., & Foster, A. B.** (2016). Building a pantheoretical model of dehumanization with transgender men: Integrating objectification and minority stress theories. *Journal of Counseling Psychology, 63*(5), 497.
271. **Vocks, S., Stahn, C., Loenser, K., & Legenbauer, T.** (2009). Eating and body image disturbances in male-to-female and female-to-male transsexuals. *Archives of Sexual Behavior, 38*, 364–377. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-008-9424-z>
272. **Watson, L. B., & Dispenza, F.** (2015). The relationships among masculine appearance norm violations, childhood harassment for gender nonconformity, and body image concerns among sexual minority men. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health, 19*(2), 145-164.
273. **Watson, L. B., Grotewiel, M., Farrell, M., Marshik, J., & Schneider, M.** (2015). Experiences of sexual objectification, minority stress, and disordered eating among sexual minority women. *Psychology of Women Quarterly, 39*(4), 458-470.
274. **Watson, R. J., Veale, J. F., & Saewyc, E. M.** (2017). Disordered eating behaviors among transgender youth: Probability profiles from risk and protective factors. *International Journal of Eating Disorders, 50*(5), 515–522. <https://doi.org/10.1002/eat.22627>
275. **Webb, J. B., Wood-Barcalow, N. L., & Tylka, T. L.** (2015). Assessing positive body image: Contemporary approaches and future directions. *Body Image, 14*, 130–145. doi:10.1016/j.bodyim.2015.03.010
276. **Wehrmann, W., Herrmann, L., Vogel, F., Barkmann, C., Fahrenkrug, S., & Becker-Hebly, I.** (2025). Media pressure and body satisfaction in transgender and *gender diverse* adolescents: A cross-sectional mediation analysis. *International Journal of Transgender Health, 1-17*.
277. **WHOQOL Group.** (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine, 28*, 551–558. <https://doi.org/doi:10.1017/s0033291798006667>
278. **Williamson, I. R.** (2000). Internalized homophobia and health issues affecting lesbians and gay men. *Health education research, 15*(1), 97-107.

279. **Witcomb, G. L., Bouman, W. P., Brewin, N., Richards, C., Fernandez-Aranda, F., & Arcelus, J.** (2015). Body image dissatisfaction and eating-related psychopathology in trans individuals: A matched control study. *European Eating Disorders Review*, 23(4), 287–293. <https://doi.org/10.1002/erv.2362>
280. **World Health Organization.** (2018, June 18). *ICD-11: Classifying disease to map the way we live and die*. <http://www.who.int/health-topics/international-classification-of-diseases>
281. **Xavier, J. M., Bobbin, M., Singer, B., & Budd, E.** (2005). A needs assessment of transgendered people of color living in Washington, DC. *International Journal of Transgenderism*, 8(2-3), 31-47.
282. **Xavier, J., Honnold, J. A., & Bradford, J.** (2007). The health, health related needs, and lifecourse experiences of transgender Virginians.
283. **Zamantakis, A., & Lackey, D.** (2022). Dying to be (a) gendered: An exploratory content analysis of trans/nonbinary people's experiences with eating disorders. *Sociological Inquiry*, 92, 870-893.