



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI
PADOVA**

Dipartimento di Psicologia

**Corso di laurea in Scienze psicologiche dello
sviluppo, della personalità e delle relazioni
interpersonali**

Tesi di laurea

IDENTITÀ DI GENERE E TRANSESSUALITÀ IN ETA EVOLUTIVA

Gender Identity and Transsexuality in developmental age

Relatrice

Prof.ssa Leo Irene

Laureanda: Falezza Anna

Anno Accademico 2021-2022

INDICE

INTRODUZIONE.....	3
1. IDENTITA DI GENERE.....	5
1.1.TERMINOLOGIA.....	5
1.2.1 SVILUPPO DELL'IDENTITA' DI GENERE.....	7
1.2.2 INFANZIA.....	7
1.2.3 ADOLESCENZA.....	9
2. DISFORIA DI GENERE E TRANSIZIONE.....	12
2.1.DISOFRIA DI GENERE IN ETA' EVOLUTIVA.....	12
2.2.PROCESSO DI TRANSIZIONE.....	16
3. MENTE E SOCIETA'.....	22
3.1.TRANSESSUALITA E DISTURBI PSICOLOGICI.....	22
3.2.SUPPORTO, SOCIETA' E STIGMA.....	24
3.2.1 TRANSFOBIA.....	27
CONCLUSIONI.....	29
BIBLIOGRAFIA.....	31

INTRODUZIONE

Nel 2022 i concetti di Identità di genere e Transessualità sono sempre più diffusi e discussi, soprattutto tra i giovani, anche quelli che non fanno parte della comunità LGBTQ+: l'ampliamento di vedute e le lotte contro le discriminazioni verso queste minoranze sessuali ha reso possibile una discussione più dettagliata a riguardo.

Il mio primo obiettivo è stato l'analisi dello sviluppo dell'identità di genere, un tipo di identità che si sviluppa a partire dalla prima infanzia e che modifica fortemente la vita del bambino fino all'età adulta: a seconda delle definizioni che gli vengono affibbiate ed insegnate, il bambino tenderà ad agire e pensare in modo differente. Questo elaborato indaga come, molto spesso, già al momento della nascita venga affidato al bambino un genere preciso, che corrisponde, nell'immaginario comune, al sesso biologico.

Dopo una revisione della terminologia, utile per separare i concetti che riguardano la propria identità e sessualità con linee definite, è necessario sottolineare quanto questa associazione che viene fatta alla nascita sia profondamente errata: che cosa accade quando il sesso biologico e il genere non corrispondono?

In questo caso si parla di Disforia di genere, una condizione dolorosa e complessa che viene sperimentata da tutti coloro che, riferiscono, 'sentono di essere nati nel corpo sbagliato'. Questo elaborato indaga nel profondo la Disforia, in quanto molto spesso è associata a disturbi d'ansia, depressivi e tentativi di suicidio. Infatti, la repulsione per il proprio corpo è talmente profonda ed intensa da spingere le persone in questione, anche inconsciamente, a mettere in atto una serie di azioni e comportamenti (sin dalla prima infanzia) per ridurre questa sensazione fortissima di disagio.

Si tratta di comportamenti che molto spesso precedono o fanno già parte del processo di transizione, ovvero il percorso di cambiamento di sesso che elimina definitivamente la disforia di genere e permette alle persone definite 'transgender' (e poi 'transessuali') di vivere serenamente nel genere che preferiscono.

Ci sono numerosi modi per affrontare questo percorso, alcuni reversibili ed altri permanenti, ma risultati empirici dimostrano quanto questo riduca lo sviluppo o il peggioramento dei disturbi d'ansia, depressione o tendenze suicide. Ma oltre ai vari disturbi associati alla disforia di genere, la transizione permette alle persone transgender e transessuali di vivere la loro vita nel genere che desiderano, nel corpo che smettono di sentire come una gabbia e che imparano ad apprezzare.

A livello sociale, come ho già detto, sicuramente la società ha fatto un netto miglioramento e c'è stata una grande progressione sulla libertà e i diritti delle persone transessuali.

Ma è davvero abbastanza?

Le discriminazioni che queste persone subiscono sono ancora troppe per poter affermare con certezza che possano vivere serenamente la vita come meglio credono.

Le persone trans riferiscono sin dall'infanzia di aver percepito un contesto discriminante o addirittura violento nei loro confronti, a partire dalla stessa famiglia, per poi procedere con il gruppo dei pari e i medici (o figure professionali che dovrebbero garantire cure e protezione).

La transfobia è un fenomeno diffuso e difficile da fermare, ma profondamente errato e deleterio per le persone che subiscono le discriminazioni che essa porta: la repulsione verso il 'diverso', tutto ciò che non è tradizionale, molto spesso sfocia in episodi aggressivi e violenti. Troppe persone transessuali vengono, ancora oggi, aggredite o uccise solo perché scelgono di vivere nel genere che desiderano, e non in quello affidato alla nascita.

L'obiettivo di questo elaborato è dunque analizzare sia i vari processi di transizione possibili, sia le conseguenze che essi portano a livello sociale e personale.

CAPITOLO 1: IDENTITÀ DI GENERE

1. TERMINOLOGIA

Tutti noi esseri umani, almeno una volta nella vita, ci siamo domandati chi siamo: in quel preciso istante, ci stavamo facendo una domanda sulla nostra Identità, termine che si riferisce all'immagine mentale che una persona ha di sé e che in parte è basata sulla relazione con gli altri, contesto sociale e periodo storico.

La risposta, nonostante le incredibili differenze che esistono tra le persone, include sempre una serie di elementi: nome, età, genere, luogo di nascita, nazionalità, occupazione, religione, genitori, famiglia ecc.

Questo perché ogni individuo ha numerose identità, che tutte insieme compongono la persona che è dentro e fuori (identità culturale, identità religiosa, identità nazionale ecc; Kroger, 2007), ma una in particolare attira l'attenzione al giorno d'oggi per la sua immensa importanza nello sviluppo del bambino e della sua salute mentale: l'Identità di genere.

A partire dal 1966, sono state fornite numerose definizioni a questo concetto: Kohlberg la definiva 'la categorizzazione cognitiva di sé stessi come un maschio o una femmina'; Fagot e Leinbach, nel 1985, la definivano invece come 'il concetto di sé come maschio o femmina'. Ad oggi, per definire l'Identità di genere si fa riferimento alla parte più affettiva di noi, ai sentimenti riguardo al sentirsi un maschio o una femmina (Egan and Perry, 2001). Nel 2008, Bockting ha dimostrato che l'Identità di genere si colloca all'interno di uno spettro e che non per forza si debba rientrare all'interno delle categorie 'maschio' o 'femmina'.

Il termine Identità di genere è relativamente recente, considerando che prima, al suo posto, venivano utilizzati diversi altri concetti che ad oggi risultano sconnessi ma che creano ancora confusione nel linguaggio comune.

- RUOLO DI GENERE= comportamenti, attitudini e tratti di personalità che, all'interno di un determinato contesto storico, sono attribuiti maggiormente al 'maschio' o alla 'femmina'. I bambini li apprendono sin dalla

nascita grazie al loro contesto sociale, in particolar modo nell'interazione con i caregivers, nel gioco (modalità di apprendimento principale del bambino) e successivamente nel contesto scolastico.

- **STEREOTIPI DI GENERE**= credenze prive di basi scientifiche sui comportamenti che un determinato genere dovrebbe tenere, tratti di personalità che deve avere e molto altro: ruoli all'interno delle relazioni, comportamenti nella coppia, nella vita privata, nel mondo del lavoro ecc. Queste assunzioni portano spesso ad un giudizio e ad aspettative errate, e vengono apprese principalmente dai caregivers non prima dei due anni, ma aumentano rapidamente con l'età sino ad arrivare a creare, in parte, alcuni tratti di personalità.

- **SESSO BIOLOGICO**= sesso di nascita, termine che fa riferimento alle caratteristiche anatomiche dell'individuo e che molto spesso viene confuso con il termine 'genere'. A seconda dei genitali, per esempio, si conferisce un genere al bambino, ma ad oggi si sa che non esiste nessuna corrispondenza tra i due.

- **ORIENTAMENTO SESSUALE**= termine che fa riferimento alle preferenze erotiche/romantiche/affettive di una persona, indica cioè da chi questa persona è attratta.

Tutti questi termini vengono spesso usati erroneamente e scambiati con il termine Identità di genere, ma come risulta chiaro, sono indipendenti rispetto a quest'ultima e non determinano in alcun modo l'Identità di genere di un individuo. È importante però che siano conosciuti, in quanto hanno un'immensa rilevanza sullo sviluppo del bambino e per tutta l'età evolutiva.

2. SVILUPPO DELL'IDENTITA' DI GENERE

L'identità di genere è un concetto, dunque, estremamente complesso e importante per lo sviluppo del bambino: dalla seconda metà degli anni 60 è stato trattato moltissime volte da diversi studiosi, che hanno avanzato numerose teorie per spiegarne lo sviluppo nel bambino e nell'adolescente.

Sono presenti inoltre evidenze biologiche, oltre a teorie cognitive e socio-cognitive, che mirano a restituire un'analisi completa di come si forma questa particolare identità in tutto il corso dello sviluppo.

Ad oggi si può affermare con certezza che l'identità di genere sia il risultato di meccanismi presenti dalla nascita e influenza del mondo esterno, in particolar modo di caregivers e gruppo dei pari.

2.1 INFANZIA

Fin dalla nascita i bambini sono esposti alla categorizzazione che segue i due generi standard (maschio e femmina) e agli stereotipi di genere: un bambino nato biologicamente maschio viene immediatamente identificato nel genere 'maschile', poiché, come ho trattato precedentemente, i termini vengono praticamente utilizzati come se fossero interscambiabili, come se fosse logico collegare il sesso biologico ad un determinato genere.

Per la maggior parte degli individui è così, ma non per tutti: l'illusoria corrispondenza tra sesso e genere è dunque facilmente smentita.

Il ruolo dei genitori è fondamentale nello sviluppo dell'identità di genere del bambino: spesso sono loro ad incoraggiare i figli ad utilizzare giocattoli che reputano adatti per il ruolo di genere del bambino, o a comportarsi come il ruolo di genere prevede.

La capacità di riconoscere le differenze di genere ed etichettare le persone a seconda di questa caratteristica appare in età estremamente precoce nei bambini: sembra che tra i 18 e i 24 mesi essi siano già totalmente in grado di riconoscere queste differenze. Questo è collegato al tipo di giochi a cui sono stati

esposti e a quelli che preferiscono (ad esempio macchinine per i maschi e bambole per le femmine; Serbin et al., 2001; Zosuls et al., 2009), all'adattamento a certi comportamenti che rispecchiano il ruolo di genere appreso dai genitori e alla preferenza per un gruppo dei pari dello stesso genere.

Inoltre, è stato scientificamente dimostrato come gli stereotipi di genere influenzino moltissimo lo sviluppo dell'identità di genere nei toddler e le idee che essi si fanno sui ruoli di genere (Fisher-Thompson, 1993; O'Keefe & Hyde, 1983; Signorella, Bigler, & Liben, 1993; Turner, Gervai, & Hinde, 1993): i ricordi delle azioni stereotipiche a cui hanno assistito sono più forti e persistenti rispetto alle azioni contro-stereotipiche presenti nella loro memoria (e.g., Liben & Signorella, 1993; Stangor & Ruble, 1980).

Sono state avanzate numerose teorie su come si sviluppi concretamente questa identità in particolare: la teoria dello sviluppo cognitivo (che descrive lo sviluppo dell'identità di genere come un processo suddiviso in tre tappe; Kohlberg, 1966), la teoria dell'investimento parentale (teoria basata sulle differenze sessuali di tipo biologico; Wilson, 1972; Archer, 1992; Kendrick, 1994), teorie dell'apprendimento sociale (identità di genere appresa attraverso il modellamento; Bandura, 1969, 1977; Mischel, 1966, 1970), teorie dello schema di genere (basata sui sistemi di credenze di genere; Bem, 1981; Martin e Halverson, 1987) e infine l'approccio combinato delle teorie socio-cognitive (genere come insieme di fattori personali, ambientali e schemi comportamentali; Kay Bussey e Albert Bandura, 1999).

In generale, entro i 3 anni un bambino è in grado di riconoscere il proprio genere e a comportarsi secondo i ruoli che questo prevede: numerosi esperimenti hanno dimostrato come i bambini vengano ricompensati dai genitori se hanno comportamenti che confermano lo stereotipo e puniti in caso contrario.

A livello biologico, la differenziazione tra i sessi all'interno del cervello si può vedere intorno ai 7 anni, in particolar modo è osservabile la differenza di volume della materia grigia e materia bianca, ma è necessario considerare

l'amplificazione del cervello che avviene durante l'adolescenza e concludere quindi che alcuni cambiamenti sull'idea che si ha sui generi avverranno anche nell'età adulta (Lenroot e Giedd, 2012).

2.2 ADOLESCENZA

L'adolescenza è un periodo della vita estremamente importante per ogni individuo, in quanto è la fase dello sviluppo dove avvengono i maggiori cambiamenti, di qualsiasi tipo. In particolare, a causa della vicinanza con il gruppo dei pari, l'esplosione della pubertà e le prime relazioni romantiche e sessuali, gli adolescenti esplorano e individuano ciò che vogliono essere, ciò in cui si sentono più a loro agio e ciò che desiderano in tutti gli aspetti della loro vita.

Ovviamente, stiamo parlando anche dell'identità di genere.

Come accennato nel paragrafo precedente, durante l'adolescenza avvengono dei cambiamenti nel cervello, soprattutto a livello ormonale: i cambiamenti nello spessore corticale sembrano essere collegati al livello di testosterone (Nguyen et al., 2012), sembra esistere una correlazione tra l'aumento della materia grigia e i livelli di estradiolo in aumento nelle ragazze (Peper et al., 2009) e il polimorfismo funzionale del recettore degli androgeni modera l'effetto del testosterone sui volumi di materia bianca e grigia nei ragazzi (Paus et al., 2010).

A seconda di questi cambiamenti e degli effetti che hanno, l'adolescenza può essere suddivisa in tre parti:

- Prima adolescenza (10-13 anni): in questa fase iniziano i primi cambiamenti fisici dovuti alla pubertà e gli adolescenti sono molto legati alla loro immagine; inoltre è in questa fase che i ragazzi mostrano i primi 'strani' comportamenti descritti dai genitori, dovuti alla necessità di cambiamento e adattamento al gruppo dei pari.

- Adolescenza di mezzo (14-16 anni): in questa fase gli adolescenti si prendono dei rischi per sentirsi pari ai loro coetanei e per vivere le stesse esperienze.

- Tarda adolescenza (17-19 anni): in questa fase gli adolescenti hanno tratto le loro conclusioni dai rischi presi nella fase precedente dell'adolescenza e grazie a questi si assestano; stabilizzano i comportamenti e le relazioni con il gruppo dei pari.

Tutti questi cambiamenti sono determinati da una serie di ormoni (in particolare quelli gonadici e il cortisolo) che permettono alla pubertà di emergere e attuarsi nella vita dell'adolescente, che ne subisce le conseguenze durante tutte e tre le fasi. La pubertà da inizio alla scoperta della sessualità del ragazzo, che gli permette di scoprire l'altro e se stesso: anche l'identità di genere raggiunge numerose consapevolezza che non erano presenti durante l'infanzia. La forte relazione con il gruppo dei pari e il relativo allontanamento dal nido dei caregivers garantisce al ragazzo maggiore indipendenza e allo stesso tempo un aumento smisurato dell'importanza dell'Identità sociale, ovvero il senso di identità che deriva dall'appartenenza ad un gruppo sociale, e permette di categorizzare se stessi come membri di un gruppo e mettere in atto comportamenti coerenti con quelli che il gruppo si aspetta: dunque, farà di tutto per adattarsi non sentirsi in alcun modo diverso. L'identità di genere sviluppata in questo periodo non dipende più dunque dal modellamento e dai rinforzi positivi e negativi dei genitori, ma è più facile che si adatti ai comportamenti del gruppo dei pari. Non tutti gli adolescenti dipendono così tanto dai coetanei: se sono presenti le giuste dosi di autostima e autosufficienza il ragazzo considererà la sua Identità di genere solo ed esclusivamente grazie a ciò che sente internamente riguardo se stesso.

Al giorno d'oggi, gli adolescenti hanno accesso ad una vastissima gamma di opzioni per attingere ad informazioni riguardo ai generi e scoprire dunque la loro

identità: l'apertura di pensiero del 2022 garantisce un'esplorazione più efficace e sicura di ciò che davvero si può e si vuole essere. Ma la cultura, l'etnia, lo stile genitoriale con cui sono stati cresciuti, i media e l'attitudine dei genitori verso i ruoli di genere giocano un ruolo fondamentale nello sviluppo dell'identità di genere.

Che cosa accade dunque, quando il bambino o il ragazzo, si rende conto che il proprio genere non corrisponde al suo sesso biologico? Quando sente che il genere che gli è stato affidato alla nascita è errato? Quando non si riconosce e non riesce a rientrare nei ruoli di genere che la società approva?

Quando esiste, cioè, un'incongruenza tra identità di genere e sesso biologico? Questa incongruenza si chiama Disforia di genere, condizione drammatica e dolorosa con cui moltissimi ragazzi convivono.

CAPITOLO DUE: DISFORIA DI GENERE E TRANSIZIONE

1. DISFORIA DI GENERE IN ETA' EVOLUTIVA

La disforia di genere (GD) è un fenomeno complesso caratterizzato dall'incongruenza tra l'identità di genere e il genere affidato alla nascita. Negli ultimi anni, si è finalmente posta l'attenzione sulla GD in età evolutiva, in quanto diversi studi hanno dimostrato come i transgender adulti abbiano sempre avuto la sensazione di vivere in un corpo sbagliato, sin dall'infanzia, prima ancora di comprendere davvero a che cosa facesse riferimento quella sensazione.

La disforia di genere è stata inserita sia all'interno del DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2013), sia all'interno dell'ICD-10 (International Classification of Diseases, 1992): ad oggi la World Health Organization (WHO) sta rivisitando il termine 'disturbo dell'identità di genere dell'infanzia' in 'incongruenza di genere dell'infanzia'. Secondo il DSM-V, per una diagnosi di GD è necessaria una marcata incongruenza tra il genere espresso e il genere assegnato alla nascita per almeno sei mesi, e almeno sei di otto criteri diagnostici. Il tutto deve essere associato ad una forte angoscia a livello sociale, scolastico o altre importanti aree del funzionamento. L'inserimento della disforia di genere nel manuale è però molto controverso e dibattuto, poiché per molti non si tratta di un disturbo e non deve essere identificato e/o vissuto come tale. Dato che anche l'omosessualità era presente all'interno delle edizioni precedenti del manuale ed è stata rimossa, ho scelto di non fare riferimento alla GD come un disturbo.

Il periodo tra i 10 e 13 anni, come ho trattato, sembra essere il più incisivo sulla linea dello sviluppo, per una serie di ragioni che coincidono con tutto ciò che è tipico della prima adolescenza: lo sviluppo di caratteri sessuali secondari, le prime esperienze romantiche e sessuali, i primi veri e propri contatti sociali in assenza dei caregivers. Ma la disforia di genere può presentarsi anche molto prima.

Uno studio effettuato su 155 donne transessuali e 55 uomini transessuali da Michael Zaliznyak, Nance Yuan, Catherine Bresee, Andrew Freedman e Maurice M. Garcia tra il 2016 e il 2018 (e approvato nel 2021) ha portato ai seguenti risultati:

A. Uomini transgender: il 75% ha riportato di essere affetto da disforia di genere da quando aveva 7 anni, mentre il 96% da quando ne aveva 13.

Inoltre, il 90% ha riportato un passato di depressione, ansia o entrambe; il 53% soffriva correntemente di depressione, ansia o entrambe; il 18% ha riportato di aver tentato diverse volte il suicidio.

B. Donne transgender: il 72% ha riportato di essere affetta da disforia di genere da quando aveva 7 anni, e l'81% ha ricordi della GD ancora prima.

Inoltre, il 90% ha riportato un passato di depressione, ansia o entrambe; il 46% soffriva correntemente di depressione, ansia o entrambe; il 30% aveva tentato una o più volte il suicidio.

Il fenomeno della disforia di genere sembra inoltre essere più presente nelle bambine nate femmine piuttosto che nei bambini nati maschi. Alcuni comportamenti tipici della disforia di genere possono essere rilevati tramite l'item 5 ('Si comporta come il sesso opposto') e l'item 110 ('Desidera essere del sesso opposto') della Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach & Edelbrock, 1983), un'intervista creata per la rilevazione dei problemi comportamentali che va somministrata ai caregivers.

Tramite questo strumento si è rilevato come entrambi gli items siano stati maggiormente approvati dai genitori delle nate femmine piuttosto che dei nati maschi: 'Si comporta come il sesso opposto' veniva approvato dal 2.6% dei genitori dei nati maschi e il 5.0% veniva approvato dai genitori dalle nate femmine; 'Desidera essere del sesso opposto' veniva approvato dall'1.4% dei genitori dei nati maschi e il 2.0% veniva approvato dai genitori dalle nate

femmine (Verhulst, van der Ende, & Koot, 1996). Non stupisce infatti che comportamenti mascholini nelle donne siano socialmente più accettati di comportamenti femminili negli uomini (e.g. Blakemore, 2003; Cohen-Kettenis et al., 2003; Steensma et al., 2014; Wallien, Veenstra, Kreukels, & Cohen-Kettenis, 2010; Zucker, Wilson-Smith, Kurita, & Stern, 1995).

Alla disforia di genere sono associati numerose problematiche di importante rilevanza clinica, di natura maggiormente interna (depressione, disturbi d'ansia, autolesionismo e pensieri suicidari) rispetto a problematiche di natura esterna (reazioni e comportamenti aggressivi) (Bates et al., 1973, 1979; Coates & Person, 1985; Rekers & Morey, 1989; Zucker & Bradley, 1995; Cohen-Kettenis et al., 2003; Steensma et al., 2014). In particolar modo, uno studio ha dimostrato che sui 97 adolescenti con disforia di genere presi in considerazione, il 44.3% aveva una storia precedente di diagnosi psichiatriche, il 37.1% stavano assumendo farmaci psicotropi e il 21.6% avevano una storia di autolesionismo (Spack et al., 2012).

Un altro esempio basato su uno studio condotto su 84 studenti canadesi ha riscontrato che il 44% delle nate femmine e il 33% dei nati maschi era affetto da disturbi d'ansia, e 10 di loro hanno poi tentato il suicidio (Khatchadourian et al., 2014).

Uno degli approcci maggiormente utilizzati dagli studiosi per comprendere e supportare questi bambini sembra essere quello del 'watchfull waiting' (Drescher, 2013): consiste in un training sia per i genitori, sia per il soggetto, verso l'accettazione e la comprensione della disforia di genere, illustrando come convivere con questa situazione e normalizzarla al fine di non far sentire diverso il piccolo (e.g., de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; Di Ceglie, 1998, 2014). Allo stesso tempo, però, questo training si propone di mettere in guardia, mentre si aspetta uno stadio dello sviluppo più avanzato, da tutti i pericoli a cui il bambino è esposto, a causa dei limiti di pensiero della società.

Infatti, la letteratura ha mostrato come i bambini affetti da GD siano fortemente criticati e poco accettati dai coetanei che non ne sono affetti (e.g. Carter & McCloskey, 1984; Levy, Taylor, & Gelman, 1995; Ruble et al., 2007; Signorella, Bigler, & Liben, 1993; Stoddart & Turiel, 1985). Uno studio condotto sia in Canada che nei Paesi Bassi ha dimostrato come la qualità della relazione con i pari incida sul formarsi o meno di disturbi clinici molto più del livello di QI, della classe sociale dei genitori o dell'etnia: nel primo paese infatti la disforia di genere e la transessualità erano socialmente molto meno accettate, e il tasso di disturbi clinici era più alto rispetto ai Paesi Bassi (Steensma et al., 2014). Ciò che si suggerisce di fare, dunque, è trovare un equilibrio tra le decisioni che il soggetto dovrà prendere in futuro rispetto alla propria identità di genere e quanto esporlo a livello sociale con eventuali coming out.

Un secondo approccio consiste nel rendere il bambino totalmente in grado di vivere il genere che desidera e fargli attuare la transizione anche in età così precoce. Ovviamente, la transizione non consisterebbe in operazioni di ricostruzione genitale o terapie ormonali, ma avverrebbe solamente a livello sociale, permettendogli di 'tornare indietro' in futuro (e.g. Byne et al., 2012; Drescher, 2013; Hill, Menvielle, Sica, & Johnson, 2010). La critica mossa a questo approccio si basa solo su questo ultimo punto: risultati empirici di studi effettuati su bambini transgender hanno dimostrato che i piccoli, qualora volessero tornare al sesso biologico iniziale, provano grande vergogna e paura nell'affrontare un nuovo processo di transizione, evitandolo completamente nonostante il desiderio di tornare ad essere quelli che si era (Steensma, 2013).

Per affrontare un vero e proprio processo di transizione, è necessario che lo sviluppo emotivo e lo sviluppo fisico siano completi, proprio per questo i transgender adolescenti devono essere seguiti con maggiore cura: capita molto spesso che i ragazzi si sviluppino fisicamente molto prima di aver raggiunto la

maturità necessaria per comprendere a fondo un processo di transizione (Steinberg, Cauffman, Woolard, Graham, & Banich, 2009). Un ulteriore pericolo per gli adolescenti che vivono la disforia di genere è la forte associazione che esiste tra questa e i disturbi d'ansia, la depressione e tendenze suicidarie o autolesioniste (Kaltiala-Heino et al., 2015). L'unico studio che ha paragonato adulti ed adolescenti transgender ha inoltre dimostrato che i primi hanno numerosi disturbi clinici in più rispetto ai secondi, e questo sembrerebbe indicare che un adeguato supporto in adolescenza potrebbe ridurre i rischi di problematiche in futuro.

Sono stati effettuati numerosi studi su come avvenga l'effettivo sviluppo dei bambini con GD, e a quali conseguenze possa portare questa condizione: l'85% dei soggetti si riconosce poi come omosessuale o bisessuale, invece che attuare un vero e proprio processo di transizione (Drummond, Bradley, Peterson-Badali, & Zucker, 2008) e Singh (2012). Esiste anche la possibilità di totale remissione della disforia di genere: ciò significa che questo fenomeno non porta tassativamente ad un processo di transizione, ma, in molti casi, quest'ultima risulta essere l'unica alternativa per permettere a questi soggetti di vivere una vita normale.

2. PROCESSO DI TRANSIZIONE

Il termine 'transgender' si riferisce a tutti quegli individui la cui Identità di genere non corrisponde al genere assegnato alla nascita. Come ho parlato in precedenza, la maggior parte di questi individui è affetto sin dalla tenera età da disforia di genere, che può portarli a prendere la decisione di intraprendere un processo di transizione, ovvero una metamorfosi che permetta loro di vivere a pieno la loro Identità di genere.

Si può trattare dunque di un processo da maschio a femmina (MTF) o da femmina a maschio (FTM), ma una persona che si definisce transgender può anche non identificarsi in nessuno di questi due generi e far parte di uno spettro

di genere più ampio; in ogni caso il soggetto prende delle misure per esprimere un genere differente da quello di nascita (ad esempio il cambio del vestiario tipico, la scelta di un nuovo nome o pronomi).

Il termine 'transessuale' viene utilizzato nel caso in cui la persona transgender metta in atto questi effettivi cambiamenti per adeguare la sua identità di genere al genere esposto, e non è più dunque solamente una condizione basata sulla disforia di genere.

Il primo step per attuare una transizione è una diagnosi di disforia di genere effettuata da un professionista, e poiché ho scelto di non basarmi sul DSM-V, le linee guida più affidabili partono dalla World Professional Association for Transgender Health, l'International Gender Dysphoria Association, la Vancouver Coastal Health, Transcend Transgender Support & Education Society e i protocolli pubblicati dalla Amsterdam Gender Clinic nei Paesi Bassi.

Inoltre, nel 2009, la Endocrine Society ha rilasciato le prime linee guida per il trattamento delle persone transessuali provenienti dagli Stati Uniti, che hanno ricavato degli input e sono state poi co-sponsorizzate dalla European Society of Endocrinology, dalla European Society for Paediatric Endocrinology, dalla Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society, e dalla World Professional Association for Transgender Health.

Successivamente a questa prima diagnosi, risultati empirici hanno mostrato come una collaborazione interdisciplinare tra diverse equipe sia necessaria per ottenere risultati ottimali, come la WPATH SOC7 (Coleman et al., 2011), l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP), l'American Psychological Association (APA) (2015) e l'Endocrine Society (Hembree et al., 2009).

- WPATH SOC7: suggerisce una valutazione psico-diagnostica per individuare un'eventuale comorbilità della GD con disturbi psichici e

valutare il livello cognitivo ed emotivo del soggetto. Si occupa anche di gruppi di supporto on-line e in presenza per le persone transgender, di fornire risorse per i soggetti e le famiglie, di creare documenti con il nuovo nome, fornire protesi o imbottiture per ridurre la GD e rimozione dei peli. In ultimo, si occupa anche di fornire terapie per rendere la comunicazione verbale e non verbale più idonea al genere in cui ci si identifica (infatti, per le MTF la voce è fonte di GD maggiormente rispetto ai FTM).

- APA: suggerisce interviste cliniche con il soggetto e la famiglia per comprendere la storia del soggetto e l'età di comparsa della GD.

- AACAP: suggerisce una terapia per lavorare sull'ego della persona transgender, rendendola consapevole delle ipotetiche reazioni del suo contesto sociale, delle situazioni pericolose che sarebbe meglio evitare, e aiutare a fronteggiare eventuali discriminazioni.

I primi assesment devono indagare la sfera sociale, familiare, psicologica, psichiatrica, ormonale e altro (ad esempio la fertilità). Come citato nel paragrafo precedente, il processo di transizione può essere messo in atto solo nel momento in cui il soggetto ha raggiunto la maturità fisica e cognitiva necessaria per sopportarne il peso, oltre alla maturità necessaria per rendersi effettivamente conto della portata delle sue azioni e se sia davvero in grado di sopportare una simile metamorfosi. Questo primo assesment è importante anche per concordare con il soggetto i pronomi che vuole utilizzare, ed eventualmente un nuovo nome che percepisce come proprio.

Nella maggior parte dei casi, l'adolescente che arriva alla decisione di attuare un processo di transizione ha convissuto con la disforia di genere per quasi tutta la sua vita: la probabilità che siano presenti disturbi clinici quali ansia, depressione, tendenze autolesioniste o suicidarie è molto elevata. Lo span che si fa prima di procedere con eventuali terapie ormonali o altro è

dunque necessario e insostituibile, in quanto la presenza o meno di tali disturbi clinici cambierà di molto il percorso del ragazzo.

Una volta completate le fasi iniziali, si può iniziare con il processo di transizione, volto ad eliminare per sempre la disforia di genere.

a) Interventi reversibili

Si tratta degli interventi meno invasivi a livello fisico, che permettono al ragazzo, almeno in parte, di interrompere il processo di transizione.

La pubertà può essere rallentata con degli agonisti dell'ormone di rilascio delle gonadotropine (GnRHa), che impediscono ai caratteri sessuali secondari del sesso biologico di svilupparsi ed aumentare la disforia di genere (Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006). L'unica conseguenza osservata di questa terapia ormonale è la perdita di densità ossea nei nati maschi, per questo è importantissimo continuare a monitorare i ragazzi per tutto il processo di transizione (Klink, Caris, Heijboer, van Trotsenburg, & Rotteveel, 2015).

b) Interventi parzialmente reversibili

Un'altra terapia ormonale attuabile è l'introduzione di ormoni sessuali esogeni nel corpo del soggetto (androgeni per i FTM ed estrogeni per i MTF). Questi ormoni contribuiscono allo sviluppo di caratteri sessuali secondari tipici del sesso desiderato, ma rendono il processo inverso meno facile e parzialmente irreversibile, senza considerare i danni che possono causare all'apparato riproduttore. Per questo alcuni studiosi ritengono che questi ormoni debbano essere somministrati solo a partire dai 14 anni (Steever, 2014).

Effetti degli androgeni (Delatestryl, Depo-Testosterone, Aveed, Androgel e Androderm) nei FTM:

- Nel 93-96% dei soggetti, in 6 mesi si ottiene l'amenorrea.
- Nell'85% dei soggetti, la voce è diventata più profonda in 3 mesi. Nel 96%, dopo 3 anni di trattamento.
- Dopo 6 mesi di terapia ormonale, si ottiene la peluria tipicamente maschile distribuita in modo corretto.
- Aumento delle ghiandole sebacee e di conseguenza della texture oleosa che si riscontra negli uomini cis; il 64% dei soggetti sviluppa acne.

Effetti degli estrogeni (Estrace, Gynodiol, Alore, Climera, Esclim, Estrderm, Vivelle e Delasteogen) nelle MTF (tutti tra i 18 e i 24 mesi):

- Crescita del seno
- Crescita del grasso corporeo
- Rallentamento della crescita dei peli
- Decremento della crescita dei testicoli e della funzione erettile

c) Interventi chirurgici irreversibili

Il più comune intervento chirurgico ai fini della transizione negli adolescenti è la chirurgia toracica per le persone nate femmine: è raccomandato almeno un anno di assunzione di testosterone per permettere all'adolescente di sperimentare i connotati maschili, ma non è assolutamente obbligatorio (Coleman et al., 2011).

Per gli interventi chirurgici ai genitali è necessaria, tipicamente, la maggiore età e uno screening completo dell'individuo, che deve aver raggiunto a pieno gli standard per un'operazione di simile portata.

Risulta chiaro dunque che una volta ottenuta una diagnosi di disforia di genere e aver ottenuto il consenso da parte di esperti per attuare il percorso di transizione, la strada per le persone transgender sia particolarmente lunga e colma di ostacoli.

Per i transgender in età evolutiva è sicuramente un vantaggio avere la possibilità, al giorno d'oggi, di potersi confrontare sin dalla tenera età con medici e studiosi che conoscono la disforia di genere e li possano indirizzare verso il cambiamento di sesso, se lo desiderano, ma l'età dello sviluppo è troppo delicata per poter procedere senza cautela.

Come accennato in questo capitolo, la comorbilità tra disforia di genere e disturbi clinici è elevatissima: cogliere questi disturbi e affrontarli sin dall'infanzia è fondamentale per dare un aiuto concreto alle persone transgender, prima che arrivino all'età adulta con un bagaglio di dolore elevato e troppo pesante per essere ulteriormente trasportato.

Lavorare sul benessere psicologico di bambini e adolescenti transgender deve essere l'obiettivo primario di chi se ne occupa.

CAPITOLO 3: MENTE E SOCIETA'

1. TRANSESSUALITA E DISTURBI PSICOLOGICI

Numerosi studi, nel corso degli anni, si sono occupati di determinare se esiste e quanto è forte la comorbilità tra transessualità e disturbi psicologici.

La World Professional Association for Transgender Health (WPATH) ha definito la settima versione degli standard per la cura delle persone Transessuali, transgender e non conformi ad un genere (SOC-7). Si tratta di una guida clinica su come assistere correttamente le persone transessuali, transgender e non conformi ad un genere con un percorso sicuro ed efficace che assicuri loro, a lunga durata, il comfort con il loro genere, al fine di massimizzare il loro benessere psicologico e l'autorealizzazione.

Questo può includere cure primarie, ginecologiche, urologiche, terapie per la voce, opzioni per la riproduzione, servizi di salute mentale (consulenza e/o terapia) e trattamenti ormonali e chirurgici (Coleman et al., 2012).

Se si esamina in profondità il percorso che una persona transgender deve affrontare per tutta l'età dello sviluppo e il clima sociale in cui molto spesso è intrappolato, non stupisce che numerosi studi abbiano dimostrato come ci sia un'effettiva comorbilità tra transessualità e disturbi clinici.

In particolare, la maggior parte delle persone affette da disforia di genere o già all'interno di un percorso per la transizione sembrano soffrire di disturbi d'ansia o depressione.

Inoltre, alcuni studi hanno dimostrato come le donne trans siano maggiormente inclini a sviluppare dei disturbi psicologici rispetto agli uomini trans (Colton-Meier et al., 2013; De Cuyper et al., 1995; Lande'n et al., 1998; Lothstein, 1984): biologicamente parlando, questo può essere spiegato con delle scoperte realizzate recentemente utilizzando la neuro-immagine. Infatti, le donne trans non trattate sembrano avere lo stesso spessore corticale delle donne cis, che sono da sempre più inclini degli uomini a sviluppare disturbi clinici di ansia e depressione (Zubiaurre Elorza et al., 2012). A livello sociale, inoltre, la

transizione da donna a uomo è maggiormente accettata rispetto alla transizione da uomo a donna, a causa del rilievo sociale di cui l'uomo gode nella nostra società (Schilt, 2010).

Sicuramente, però, questi disturbi sono ampiamente causati dallo stigma e dalle discriminazioni sociali a cui ancora sono sottoposte le persone transessuali in tutto il mondo (Davey et al., 2015; Simon et al., 2011).

Esaminando la letteratura degli ultimi decenni, le stime di depressione nelle persone transessuali si aggirano intorno al 48%-62% (Clements-Nolle, Marx, Guzman, & Katz, 2001; Nemoto, Bodeker, & Iwamoto, 2011; Nuttbrock et al., 2010), e quelle di disturbi d'ansia intorno al 26%-38% (Hepp, Kraemer, Schnyder, Miller, & Delsignore, 2005; Mustanski, Garofalo, & Emerson, 2010).

Lo svilupparsi o meno di questi disturbi nel corso dell'età evolutiva dell'individuo transgender dipende da diversi fattori, quali il tipo di processo di transizione, i meccanismi di coping per affrontarlo e la discriminazione sociale.

Dati particolarmente drammatici vengono da numerosi studi che si sono occupati principalmente delle stime di suicidio nella comunità LGBTQ+.

Il risultato più evidente è sicuramente che questa minoranza ha, purtroppo, tassi di suicidio più elevati della popolazione cis e/o eterosessuale: le componenti che portano a questo terribile esito sono legate allo stress causato dallo stigma, dal pregiudizio e dalla discriminazione. Nello specifico, per le persone transgender il rischio deriva principalmente dalle difficoltà nell'espressione e comprensione del genere e dalla disforia di genere, ma anche da transfobia, reazioni negative della famiglia e rifiuto, utilizzo di pronomi scorretti da parte del contesto sociale e discriminazione (ad esempio il non poter utilizzare le toilette pubbliche adatte al genere espresso).

Alcuni studi hanno dimostrato come il suicidio avvenga principalmente tra i 21 e i 25 anni (età in cui la maggior parte degli individui non vive più con la famiglia), e che il 35,1% delle persone transgender prese in considerazione aveva

anche una diagnosi di disturbi clinici. Inoltre, 1 transgender su 3 subisce violenza dal proprio partner (IPV), fattore che aumenta enormemente il rischio di suicidio.

I disturbi alimentari sono un altro tema fortemente discusso da chi si occupa della salute mentale delle persone transessuali.

La disforia di genere, come affrontato nel capitolo precedente, è fortemente incentrata sulla sensazione di trovarsi nel corpo sbagliato: questo, chiaramente, porta ad una profonda insoddisfazione di come si è e come si appare.

Ad esempio, uno studio condotto da Marone et al. nel 1998 che si occupava della correlazione tra lo sguardo e l'insoddisfazione corporea, ha dimostrato come le donne transessuali guardassero tutto il loro corpo con disgusto mentre gli uomini trans solamente il petto (questo studio è stato confermato anche recentemente da Fisher et al., 2013).

Ålgars et al. (2012) hanno dimostrato come privarsi del cibo, per le donne trans, sia una modalità per ottenere tratti somatici simili al genere desiderato piuttosto che a quello di nascita.

Fortunatamente, sembra che occuparsi della disforia di genere sin dagli primi step evolutivi e procedere con delle terapie ormonali faccia diminuire il tasso di insoddisfazione corporea e disturbi alimentari nelle persone transgender e transessuali, anche se questo conferma che l'immagine del proprio corpo giochi un ruolo centrale nella disforia di genere (Fleming et al., 1982; Kraemer et al., 2007; Lindgren & Pauly, 1975; Pauly & Lindgren, 1976; Smith et al., 2005; Wolfradt & Neumann, 2001).

2. SUPPORTO, SOCIETA' E STIGMA

Se si parla di persone transessuali o transgender, e si amplia il contesto a tutta la comunità LGBTQ+, non è difficili intuire quanto siano ancora incredibilmente discriminati dalla società, nonostante l'apertura mentale del nostro secolo.

Da sempre, le minoranze sono soggette a stigma e comportamenti discriminanti, basti pensare alle diverse etnie in Italia e nel mondo, alle diverse religioni o ideologie politiche.

Uno studio condotto negli Stati Uniti ha mostrato come il 60% delle persone transessuali prese in considerazione abbia subito almeno una volta nella vita delle discriminazioni o violenze e come il 37% abbia subito, nello specifico, discriminazioni di tipo economico; uno studio condotto sulle persone transessuali di San Francisco ha dimostrato come queste siano più inclini a sviluppare una dipendenza da droghe e alcol a causa della vita che molto spesso sono costretti a condurre.

Le persone transessuali riferiscono spesso di ricevere, o percepire di ricevere, meno supporto dalla stessa famiglia rispetto ai fratelli cis (Davey et al., 2014; Factor & Rothblum, 2007; Gooren et al., 2015; Kim et al., 2006; Simon et al., 2011): se questa discriminazione parte dalla famiglia, in particolar modo dai caregivers primari, è facilmente intuibile quanto precocemente le persone transessuali siano esposte ad ambienti non accomodanti e protetti, e quanto precocemente possano sviluppare dei disturbi. Per confermare questi dati, basti vedere come i tassi d'ansia, depressione e tendenze autolesioniste calino drasticamente nei bambini con disforia di genere che vengono trattati sin dalle prime tappe dell'età evolutiva. Inoltre, i ragazzi che hanno ottenuto una diagnosi di disforia di genere prima dell'età adulta e che hanno dunque potuto iniziare prima il percorso di transizione si sono mostrati molto meno affetti da disturbi clinici rispetto a adulti transessuali che hanno compiuto la transizione più tardi.

Un'ulteriore discriminazione sembra provenire proprio da coloro che dovrebbero prendersi cura della salute mentale di questa minoranza: i medici.

Infatti, numerosissime persone transessuali riportano comportamenti insensibili nei loro confronti, ad esempio l'utilizzo dei pronomi sbagliati e giudizi sulla loro scelta: questo li porta a sconsigliare ad altre persone transessuali di rivolgersi a cliniche e strutture, già di per sé poco accessibili.

Il luogo dove bambini e adolescenti passano la maggior parte del loro tempo è sicuramente la scuola.

Proprio per questo numerosi studi si sono occupati di valutare come questo ambiente influisca sui ragazzi trans e sulla loro salute mentale: è risultato che un clima scolastico di coesione, connessione con adulti in grado di fornire il giusto supporto e servizi di aiuto psicologico abbassa notevolmente i livelli di ansia, depressione e tendenze suicide nelle minoranze sessuali (Moraccini e Brier, 2017).

Un clima di aiuto e comprensione a livello scolastico è importante proprio perché comportamenti omofobi e transfobici (esattamente come il bullismo) aumentano il rischio di sviluppare disturbi clinici e intenzioni suicide (Coulter et al. 2018; Day and Russell 2018; Zaza et al. 2016).

In particolare, i transgender percepiscono maggiormente il loro ambiente scolastico come poco accogliente e sicuro, e di conseguenza sono più soggetti a sviluppare disturbi clinici, a fare abuso di sostanze e a perdere l'interesse per la scuola (Day e Russell 2018).

Il supporto degli adulti, a livello scolastico, è fondamentale per garantire sicurezza e aiuto a questi giovani: è stato dimostrato come la mancanza di personale adatto e scarsa comunicazione con gli adulti aumenti il rischio di suicidio nei ragazzi (Nuova Zelanda ed Inghilterra, Denny et al. 2016; Rimes et al. 2018). Inoltre, il giusto supporto non garantisce solamente una diminuzione di disturbi clinici di ansia e depressione, ma aumenta i voti e il comportamento dei ragazzi all'interno dell'istituto scolastico.

Alcune delle strategie messe in atto per creare un clima più inclusivo e meno discriminate (e risultate vincenti) sono state le seguenti: accesso ai bagni del genere espresso per gli studenti transgender, conferenze sulle norme di genere, corsi di aggiornamento per gli adulti su come trattare studenti che fanno parte della comunità LGBTQ+ (Snapp et al. 2015; Wernick et al. 2017).

È ancora molto difficile per le persone transessuali chiedere aiuto, sia per il clima di silenzio generale che purtroppo ancora è presente su tutte le minoranze sessuali, sia perché molto spesso non vengono compresi ma solo discriminati. Per un ragazzo transgender potrebbe essere immensamente difficile e umiliante dover richiedere l'aiuto di un adulto, ma risultati empirici dimostrano quanto sia necessario per far diminuire i sintomi di ansia e depressione: molti ragazzi si rivolgono allo psicologo scolastico solo quando sono al limite della sopportazione. L'obiettivo della società e dell'istituto scolastico deve essere quello di incoraggiarli a farlo prima, creando adulti competenti pronti a sostenerli nel loro percorso (Hatchel, Ingram et al. 2019).

2.1 TRANSFOBIA

'Disgusto emotivo verso gli individui che non si conformano alle aspettative di genere della società': così Hill e Willoughby 2005 hanno definito la transfobia.

Sugano et al., nel 2006, l'hanno invece definita come la 'discriminazione sociale e stigmatizzazione degli individui che non si conformano alle norme tradizionali del sesso e genere', aggiungendo i concetti di stigma e discriminazione già ipotizzati da Hill nel 2002.

La transfobia, però, non comporta solo la repulsione nei confronti di transgender e transessuali, ma anche nei confronti di cross-dressers, uomini effeminati e donne maschiline, ovvero tutto ciò che non rispetta i ruoli di genere 'tradizionali'.

È fortemente correlata all'omofobia in entrambi i sessi, anche se gli uomini hanno ottenuto punteggi più alti in entrambe, e sembra derivare principalmente dall'autoritarismo di destra, dal fondamentalismo religioso e dal sessismo (ovvero, deriva da tutti quei valori della società che vengono definiti come 'tradizionali' o 'conservatori').

In particolare, per gli uomini transfobici questo sentimento ostile sembra derivare dalla mascolinità tossica in cui sono immersi dalla nascita,

ovvero tutti quei valori e comportamenti ritenuti corretti per il ruolo di genere maschile, che però sono colmi di sessismo e pregiudizi (es. le donne devono apparecchiare e sparecchiare la tavola mentre gli uomini rimangono seduti; i maschi non possono indossare lo smalto). Questo spiegherebbe la transfobia come la paura che hanno gli uomini di perdere la posizione sociale di vantaggio a causa della perdita dei ruoli di genere che le persone transessuali mettono in atto (lo stesso accade per omofobia e l'orientamento sessuale). Più nello specifico, notare persone con diverse identità di genere e ruoli di genere nella società, rispetto ai valori tradizionali, sembra causare uno stato d'ansia ad alcuni uomini (a causa dell'iper-mascolinità), che si trasforma in transfobia. Norton, nel 1997, ha spiegato quest'ansia nei seguenti termini: una volta che i ruoli di genere vengono distrutti e si è in grado di rendere femminile un uomo, la paura sembra essere che questa 'femminilizzazione' possa avvenire per tutti gli uomini, che spezza con forza l'idea tradizionalista della superiorità maschile e l'inferiorità femminile.

La transfobia, molte volte, non si ferma al disgusto e alla violenza verbale, ma esattamente come l'omofobia, sfocia in comportamenti violenti e vere e proprie aggressioni alle persone transessuali.

Il cambiamento nella società deve essere attuato al più presto per garantire a queste persone una vita sicura, al di fuori di schemi di paura e discriminazione, poiché in quanto esseri umani, hanno il diritto di vivere in un mondo che non li odia per la loro semplice essenza: ad oggi, risulta ancora un sogno utopico lontano dalla realizzazione, i piedi sono ancora saldamente attaccati ad un terreno empio di odio, violenza ed ignoranza.

CONCLUSIONI

Alla luce di ciò che ho trattato in questo elaborato, mi sembra chiaro quanto sia rilevante seguire con cura lo sviluppo dell'identità di genere di ogni singolo individuo e comprenderne a fondo il significato, prima di utilizzare termini o definizioni errate nei confronti di un essere umano.

In mia opinione questa identità non deve avere un ruolo secondario rispetto alle altre, in quanto, come analizzato nel primo capitolo, problematiche relative all'identità di genere sono spesso in comorbilità con disturbi clinici rilevanti ed invalidanti per l'individuo.

La disforia di genere non è un capriccio, un desiderio di cambiamento per semplice volontà: è un problema serio che affligge le persone transgender, che per molti anni, a causa dei limiti di pensiero della società, non hanno potuto esprimere questo enorme malessere e non hanno potuto fare nulla per cambiarlo.

Per questo è così importante che, ad oggi, esistano società e fondazioni dedite solamente alla salute fisica e mentale delle persone transgender e transessuali, che sono sempre state discriminate anche dai medici che avrebbero dovuto occuparsi di loro.

Anche se, visti i recenti avvenimenti (ad esempio la bocciatura del DDL ZAN, la legge contro l'odio e la discriminazione dettati da orientamento sessuale, genere, identità di genere e sesso), risulta chiaro quanto la nostra società sia ancora troppo radicata ai valori tradizionali e quanto la transfobia non sia stata per nulla sconfitta, nonostante gli enormi progressi compiuti negli ultimi decenni.

Ancora molto dibattuti sono gli interventi di ricostruzione genitale durante l'età dello sviluppo: risulta chiaro che sia necessario uno sviluppo cognitivo e fisico adeguato per un simile intervento, ma quanto può resistere una persona transgender nel genere che non sente come il suo? Quanti danni può portare aspettare l'età adulta? E quanti invece ne porterebbe un intervento svolto troppo precocemente?

L'unico fattore certo è che i bambini e gli adolescenti transgender necessitano di supporto, a partire dalla famiglia e dal gruppo dei pari: lasciare che affrontino questo percorso in solitaria sarebbe un salto nel vuoto, poiché è un sentiero tortuoso e difficile da intraprendere senza un aiuto.

Comprendere l'identità di genere, il suo sviluppo, la disforia, i vari trattamenti per la transizione e sapere a chi rivolgersi sono i primi passi su questo lungo sentiero.

BIBLIOGRAFIA

- 1) BUDGE, Stephanie L.; ADELSON, Jill L.; HOWARD, Kimberly AS. Anxiety and depression in transgender individuals: the roles of transition status, loss, social support, and coping. *Journal of consulting and clinical psychology*, 2013, 81.3: 545. [Anxiety and depression in transgender individuals: The roles of transition status, loss, social support, and coping. - PsycNET \(apa.org\)](#)
- 2) CHICK, Kay A.; HEILMAN-HOUSER, Rose Ann; HUNTER, Maxwell W. The impact of child care on gender role development and gender stereotypes. *Early Childhood Education Journal*, 2002, 29.3: 149-154. *The Impact of Child Care on Gender Role Development and Gender Stereotypes* (springer.com)
- 3) COLVIN, Sharon; EGAN, James E.; COULTER, Robert WS. School climate & sexual and gender minority adolescent mental health. *Journal of youth and adolescence*, 2019, 48.10: 1938-1951. [School Climate & Sexual and Gender Minority Adolescent Mental Health \(researchgate.net\)](#)
- 4) DHEJNE, Cecilia, et al. Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *International review of psychiatry*, 2016, 28.1: 44-57. [TF-IIRP150036 44..57 \(fairplayforwomen.com\)](#)
- 5) DIAMOND, Milton. Sex and gender are different: Sexual identity and gender identity are different. *Clinical child psychology and psychiatry*, 2002, 7.3: 320-334. *Sex and Gender are Different: Sexual Identity and Gender Identity are Different - Milton Diamond*, 2002 (sagepub.com)
- 6) DIMAKOPOULOU, Anastasia, et al. The role of androgens in transgender medicine. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2022, 101617. [The role of androgens in transgender medicine | Elsevier Enhanced Reader](#)
- 7) GREEN, Amy E., et al. Association of gender-affirming hormone therapy with depression, thoughts of suicide, and attempted suicide among transgender and nonbinary youth. *Journal of Adolescent Health*, 2022, 70.4: 643-649. [Association of Gender-Affirming Hormone Therapy With Depression, Thoughts of Suicide, and Attempted Suicide Among Transgender and Nonbinary Youth | Elsevier Enhanced Reader](#)
- 8) HUGHES, Farrah M.; SETA, Catherine E. Gender stereotypes: Children's perceptions of future compensatory behavior following violations of gender roles. *Sex Roles*, 2003, 49.11: 685-691. *Sex_Roles_article_-_final-with-cover-page-v2.pdf* (d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net)
- 9) JONES, Bethany Alice, et al. Body dissatisfaction and disordered eating in trans people: A systematic review of the literature. *International Review of Psychiatry*, 2016, 28.1: 81-94. [Body dissatisfaction and disordered eating in trans people: A systematic review of the literature: International Review of Psychiatry: Vol 28, No 1 \(tandfonline.com\)](#)

- 10) KAR, Sujita Kumar; CHOUDHURY, Ananya; SINGH, Abhishek Pratap. Understanding normal development of adolescent sexuality: A bumpy ride. *Journal of human reproductive sciences*, 2015, 8.2: 70. [JHRS-8-70.pdf \(nih.gov\)](#)
- 11) LEIBOWITZ, Scott; DE VRIES, Annelou LC. Gender dysphoria in adolescence. *International Review of Psychiatry*, 2016, 28.1: 21-35. [Gender dysphoria in adolescence: International Review of Psychiatry: Vol 28, No 1 \(tandfonline.com\)](#)
- 12) LOMBARDI, Emilia. Enhancing transgender health care. *American Journal of Public Health*, 2001, 91.6: 869. [11392924.pdf \(nih.gov\)](#)
- 13) MENEZES, Danielle Pereira, et al. Prosodic Differences in the Voices of Transgender and Cisgender Women: Self-Perception of Voice-An Auditory and Acoustic Analysis. *Journal of Voice*, 2022. [Prosodic Differences in the Voices of Transgender and Cisgender Women: Self-Perception of Voice - An Auditory and Acoustic Analysis | Elsevier Enhanced Reader](#)
- 14) NAGOSHI, Julie L., et al. Gender differences in correlates of homophobia and transphobia. *Sex roles*, 2008, 59.7: 521-531. [Nagoshitransphobiapdf.pdf](#)
- 15) OLSON, Johanna; FORBES, Catherine; BELZER, Marvin. Management of the transgender adolescent. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 2011, 165.2: 171-176. [pra05005_171_176\(2\).pdf](#)
- 16) PATTEN, Monica, et al. Circumstances of suicide among lesbian, gay, bisexual and transgender individuals. *Journal of surgical research*, 2022, 270: 522-529. [Circumstances of Suicide Among Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Individuals | Elsevier Enhanced Reader](#)
- 17) RAFFERTY, Jason, et al. Ensuring comprehensive care and support for transgender and gender-diverse children and adolescents. *Pediatrics*, 2018, 142.4. [Ensuring Comprehensive Care and Support for Transgender and Gender-Diverse Children and Adolescents \(silverchair.com\)](#)
- 18) RISTORI, Jiska; STEENSMA, Thomas D. Gender dysphoria in childhood. *International Review of Psychiatry*, 2016, 28.1: 13-20. [Gender dysphoria in childhood: International Review of Psychiatry: Vol 28, No 1 \(tandfonline.com\)](#)

- 19) SCHAGEN, Sebastian EE, et al. Bone development in transgender adolescents treated with GnRH analogues and subsequent gender-affirming hormones. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2020, 105.12: e4252-e4263. [dgaa604.pdf \(silverchair.com\)](#)
- 20) SÉRGIO, R. de L., et al. Bone mineral density, trabecular bone score and muscle strength in transgender men receiving testosterone therapy versus cisgender men. *Steroids*, 2022, 178: 108951. [Bone mineral density, trabecular bone score and muscle strength in transgender men receiving testosterone therapy versus cisgender men | Elsevier Enhanced Reader](#)
- 21) STEENSMA, Thomas D., et al. Gender identity development in adolescence. *Hormones and behavior*, 2013, 64.2: 288-297. [Gender_identity_development_in_adolescenc20160128-6556-1twr937-with-cover-page-v2.pdf \(d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net\)](#)
- 22) UNGER, Cécile A. Hormone therapy for transgender patients. *Translational andrology and urology*, 2016, 5.6: 877. [Hormone therapy for transgender patients - PMC \(nih.gov\)](#)
- 23) ZALIZNYAK, Michael, et al. How Early in Life do Transgender Adults Begin to Experience Gender Dysphoria? Why This Matters for Patients, Providers, and for Our Healthcare System. *Sexual Medicine*, 2021, 9.6: 100448. [How Early in Life do Transgender Adults Begin to Experience Gender Dysphoria? Why This Matters for Patients, Providers, and for Our Healthcare System | Elsevier Enhanced Reader](#)