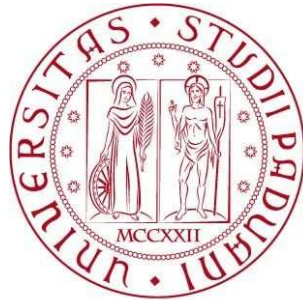


UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione (DPSS)

Corso di laurea in Scienze Psicologiche dello Sviluppo, della Personalità
e delle Relazioni Interpersonali

Elaborato finale

ESSERE GENITORI DI ADOLESCENTI TRANSGENDER TRA
SFIDE PSICOLOGICHE E CLINICHE:
UNA REVISIONE NARRATIVA

THE JOURNEY OF TRANSGENDER ADOLESCENTS' PARENTS'
PSYCHOLOGICAL AND CLINICAL CHALLENGES: A
NARRATIVE REVIEW

Candidata:

Marzano Chiara

Matricola: 2010742

Relatrice:

Prof.ssa Silvia Salcuni

a.a. 2023/2024

INDICE

ESSERE GENITORI DI ADOLESCENTI TRANSGENDER TRA SFIDE PSICOLOGICHE E CLINICHE: UNA REVISIONE NARRATIVA.....	1
ABSTRACT.....	1
CAPITOLO 1: LA DISFORIA DI GENERE.....	3
1.1 Definizioni.....	3
1.2 Criteri diagnostici.....	4
1.3 Prevalenza ed eziologia.....	5
1.4 Percorso di affermazione di genere in adolescenza e il ruolo genitoriale.....	6
CAPITOLO 2: LA REVIEW NARRATIVA.....	9
2.1 Obiettivi e ipotesi.....	9
2.2 Metodo: Prisma study.....	10
2.3 Risultati descrittivi.....	11
2.4 Limiti degli studi.....	33
CAPITOLO 3: IL CASO DI GIORGIO.....	35
3.1 Introduzione.....	35
3.2 Presentazione del caso clinico.....	35
3.3 Metodologia e strumenti di intervento.....	36
3.4 Le sedute familiari.....	38
3.5 Discussione e conclusioni.....	40
CAPITOLO 4: LIMITI DELLA RICERCA E CONCLUSIONI.....	42
SITOGRAFIA.....	43
BIBLIOGRAFIA.....	44

ESSERE GENITORI DI ADOLESCENTI TRANSGENDER TRA SFIDE PSICOLOGICHE E CLINICHE: UNA REVISIONE

NARRATIVA

ABSTRACT

Il percorso di affermazione di genere coinvolge in prima persona gli individui transgender, ai quali è attribuita l'esperienza di disallineamento tra il genere assegnato alla nascita e il genere esperito. Talvolta, l'incongruenza di genere è aggravata da un distress clinicamente significativo, conducendo alla diagnosi di disforia di genere. Il supporto e l'accettazione da parte della famiglia rappresentano un fattore protettivo essenziale rispetto ai sintomi legati alla disforia di genere e ai sentimenti di transfobia interiorizzata. Inoltre, nel caso degli adolescenti transgender minori di 18 anni, il consenso genitoriale rappresenta la chiave per l'accesso all'assistenza psicologica e sanitaria richieste per la transizione di genere. Il ruolo della famiglia, in particolare dei genitori, non si limita unicamente al sostegno affettivo e strumentale ma prevede il fronteggiamento di una serie di sfide "psicologiche" e "cliniche" al fine di riconoscere l'identità transgender dei propri figli e accompagnarli al perfezionamento del percorso di affermazione di genere. Considerata la scarsità di studi che esplorano la prospettiva dei genitori di adolescenti in transizione di genere, l'obiettivo di questo elaborato è esporre tramite una revisione della letteratura e l'analisi di un caso clinico i vissuti di queste famiglie, ipotizzando la centralità del sostegno emotivo, informativo e competente da parte dei professionisti della salute mentale e degli operatori sanitari nel migliorare tali esperienze. Gli studi identificati e selezionati seguendo il metodo PRISMA sono stati 13, e i risultati sembrano interessanti, seppure con il limite principale di un campione poco eterogeneo caratterizzato dalla maggioranza di madri e ragazzi transgender. Al momento del coming out, i genitori sperimentano shock, frustrazione,

confusione, attonimento, senso di colpa, rabbia, scetticismo, sorpresa, negazione, rimpianto, transfobia interiorizzata e lutto ambiguo. Il processo di accettazione dell'identità transgender dei figli è ostacolato da diversi aspetti come: la lacuna informativa sulle questioni legate all'essere transgender, l'adattamento graduale al nome d'elezione e ai pronomi corretti, la mancanza di supporto da parte dei partner attuali o passati, la dissonanza con il proprio credo religioso, le pratiche legali umilianti per il riconoscimento di genere e il consenso incerto ai trattamenti medici di affermazione di genere. Al fianco degli aspetti ostacolanti, emergono anche alcuni facilitatori del processo di accettazione come il passare del tempo, l'accesso a varie fonti di informazione sulle questioni transgender, il contatto con i gruppi di sostegno e i professionisti della salute mentale, e il percorso di crescita personale dei genitori. L'analisi del contesto familiare allargato, lavorativo, scolastico e socio-politico rivela sia atteggiamenti tolleranti, comprensivi e supportivi ma anche il rischio della rottura di legami importanti, disapprovazione, rifiuto, discriminazione, stigmatizzazione e isolamento da cui deriva il timore per il futuro degli adolescenti. Infine, i servizi di assistenza sanitaria per l'affermazione di genere sono descritti come inefficaci a causa di ridotta disponibilità sul territorio, carenze nella preparazione teorica e pratica degli operatori, scarsità di risorse per la salute mentale delle famiglie, tempi e costi eccessivi, e mancanza di spazi adeguati.

CAPITOLO 1: LA DISFORIA DI GENERE

“Che Fernandinho è come una figlia [...]

e a ricordargli che è nato maschio

sarà l'istinto, sarà la vita”

(Da “Princesa”, Fabrizio De André, 1996)

1.1 Definizioni

Sesso e genere non sono concetti sovrapponibili secondo APA (2015). Il termine *sesso*, spesso designato come *sesso biologico* o *genere assegnato alla nascita*, si riferisce ai tratti fisici e biologici che distinguono maschi e femmine o altro (ad esempio individui *intersessuali*, ossia la condizione di possedere le caratteristiche sessuali di entrambi i sessi). Il termine *genere* inteso come *identità di genere*, invece, riflette gli aspetti psicologici, comportamentali, sociali e culturali legati all'essere maschio, femmina o altro. In quest'ottica, la *disforia di genere* rappresenta il disagio o distress clinicamente significativo legato all'incongruenza tra il genere esperito e il genere assegnato alla nascita (APA, 2022). Tale condizione è spesso, ma non obbligatoriamente, associata alle persone *transgender*, ovvero a quello spettro di soggettività il cui genere esperito non è conforme al genere assegnato alla nascita (APA, 2022) e la cui identità di genere può classificarsi come binaria (ad esempio identificandosi come donne se assegnate al sesso maschile alla nascita) o non binaria, rifiutando dunque il binarismo di genere e identificandosi con combinazioni del tutto soggettive dei generi¹.

¹ Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere. La disforia di genere. <http://www.onig.it/drupal8/index.php/node/8>

1.2 Criteri diagnostici

L'American Psychiatric Association, nella revisione della quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5-TR; APA, 2022), stabilisce criteri diagnostici differenti relativi all'infanzia e all'adolescenza-età adulta. Ai fini dell'elaborato, verranno esposti i criteri che determinano la diagnosi di disforia di genere in fase adolescenziale. Il criterio A si riferisce alla percezione di una marcata incongruenza tra il genere esperito e quello assegnato alla nascita per una durata di almeno sei mesi e che si manifesta in almeno due delle seguenti modalità (APA, 2022, pp. 513-514):

1. Una marcata incongruenza tra il genere esperito dalla persona e i caratteri sessuali primari e/o secondari (o, nei giovani adolescenti, i caratteri sessuali secondari attesi);
2. Un forte desiderio di liberarsi dei propri caratteri sessuali primari e/o secondari a causa di una marcata incongruenza con il genere esperito (o, nei giovani adolescenti, un desiderio di impedire lo sviluppo dei caratteri sessuali secondari attesi);
3. Un forte desiderio nei confronti dei caratteri sessuali primari e/o secondari dell'altro genere;
4. Un forte desiderio di appartenere al genere opposto (o un genere alternativo diverso dal genere assegnato alla nascita);
5. Un forte desiderio di essere trattato come appartenente al genere opposto (o un genere alternativo diverso dal genere assegnato);
6. Una forte convinzione di avere i sentimenti e le reazioni tipici del genere opposto (o di un genere alternativo diverso dal genere assegnato).

Il criterio B richiede che la non conformità di genere sia associata a una sofferenza clinicamente significativa o alla compromissione del funzionamento della persona in ambito sociale, occupazionale o altri ambiti rilevanti per l'adattamento. A tali criteri principali si aggiungono due specificatori che riguardano la compresenza di un disturbo o differenza nello sviluppo sessuale e il processo di post-transizione (per cui l'individuo ha iniziato a vivere a tempo pieno il genere esperito con o senza

riconoscimento legale e si prepara a sottoporsi ad almeno una delle procedure mediche di affermazione di genere, quali la terapia ormonale sostitutiva o la chirurgia di riassegnazione di genere).

Rispetto alla quinta edizione del DSM-5 (APA, 2013) sono state effettuate delle correzioni nella terminologia maggiormente conformi alle trasformazioni sociali sempre più repentine nell'ambito delle lotte per i diritti della comunità LGBTQ+². Per riferirsi al genere vissuto in prima persona dal soggetto transgender, si è adottato il termine *genere esperito* al posto di *genere desiderato*; la *procedura medica per il cambio di sesso* è ora denominata *procedura medica di affermazione di genere* e gli acronimi *MTF* (male to female) e *FTM* (female to male) adoperati per denotare il sesso biologico della persona transgender sono stati sostituiti da *AMAB* (assigned male at birth) e *AFAB* (assigned female at birth).

1.3 Prevalenza ed eziologia

I tassi di prevalenza della disforia di genere sono caratterizzati da un'elevata variabilità. Studi recenti che hanno adoperato misure self-report registrano tassi di prevalenza intorno allo 0,5-1,3% in individui adolescenti e adulti (Kyriakou et al., 2020). Il DSM-5-TR riporta invece percentuali minori dello 0,1% sia in soggetti assegnati maschi alla nascita (AMAB) quanto in quelli assegnati femmine alla nascita (AFAB).

Per quanto concerne lo studio dei fattori eziologici all'origine della disforia di genere in infanzia e adolescenza, negli anni sono state formulate molteplici ipotesi che attribuiscono un ruolo a fattori genetici, biologici, psicologici e contestuali. In particolare, Apeiranthitou et al. (2019) riportano i

² LGBTQ+ è un acronimo che rappresenta gli individui che si identificano come lesbiche, gay, bisessuali, transgender e queer/questioning. Il "+" nell'acronimo viene utilizzato per rappresentare tutte le altre identità sessuali e di genere che non sono esplicitamente elencate, offrendo un riconoscimento dell'inclusività e della diversità. American Psychological Association. (2022, May 23). A Guide to Sexual Orientation and Gender Diversity Terms.

<https://www.apa.org/ed/precollege/psychology-teacher-network/introductory-psychology/diversity-terms>

risultati di ricerche su coppie di gemelli monozigoti che hanno indagato il ruolo della genetica nell'ereditabilità dell'identità transgender, tuttavia senza che fossero identificati e isolati gli specifici geni coinvolti. Yazdanpanahi e colleghi (2022) riscontrano tra i fattori biologici stress e infezioni prenatali, disturbi genetici, ormonali, cerebrovascolari, disturbi del sistema nervoso centrale, differenze a livello strutturale e funzionale nelle regioni del cervello legate all'identità di genere e all'orientamento sessuale (ad esempio nei nuclei ipotalamici) a cui si aggiungono componenti psicologiche cruciali relative al rapporto precoce madre-bambino caratterizzato da neglect, rifiuto, abuso fisico e psicologico ed esposizione alla violenza domestica, all'assenza di modelli di riferimento dello stesso sesso del bambino e all'incoraggiamento più o meno esplicito dei genitori verso l'adozione di condotte del sesso opposto o dello stesso sesso.

1.4 Percorso di affermazione di genere in adolescenza e il ruolo genitoriale

L'adolescenza è un periodo chiave in termini di strutturazione dell'identità e sviluppo psicosessuale. La persistenza o desistenza della disforia di genere sorta in infanzia è generalmente determinata dall'incombere della pubertà tra i 10 e i 13 anni ed è mediata da fattori come il contesto sociale, i risultati di cambiamenti somatici anticipati e le prime esperienze romantiche e sessuali (Kaltiala-Heino et al., 2018), tuttavia tale condizione può comparire anche nella medesima fase adolescenziale quando viene sperimentata la mancata corrispondenza tra la percezione di sé e l'esperienza del corpo che si sta sviluppando. Il percorso di affermazione di genere non è obbligatorio né standardizzato ed è illustrato nei suoi step progressivi nella settima versione degli Standard di Cura della World Professional Association for Transgender Health (2012). Esso inizia frequentemente con un processo di introspezione dovuto al persistente disagio col proprio corpo e la propria identità di genere che conduce il soggetto a sentire il bisogno di un confronto su tali temi rivolgendosi a figure

specializzate ed eventualmente sarà rimandato ad un colloquio psicologico³. Il percorso psicologico rappresenta uno strumento di supporto e al tempo stesso di valutazione, durante il quale il professionista della salute mentale effettua un bilancio rispetto al funzionamento dell'adolescente che verte anche sulla tipologia di identità di genere e livello di disforia, sui vissuti ad essa legati, l'impatto dello stigma o *minority stress*, la rete di sostegno familiare e amicale (anche online) e dalla quale è possibile ottenere eventualmente una diagnosi conclamata di disforia di genere. In seguito, è necessario che l'utente sia informato su tutti i possibili interventi medici e annessi rischi a breve e lungo termine. Tale scelta può comportare l'avvio di un ulteriore percorso psicologico individuale, familiare o di gruppo oppure è possibile avvalersi delle risorse preesistenti nella comunità o nel gruppo di pari. Il compito del professionista della salute mentale è anche quello di individuare eventuali comorbidità correlate al quadro della disforia di genere come disturbi depressivi, disturbi d'ansia, autolesionismo, ideazioni e condotte suicidarie, disturbi del comportamento alimentare e disturbi dello spettro autistico (Kaltiala-Heino et al., 2018) con la finalità di includerli tra gli obiettivi di trattamento. Mediante una lettera di invio redatta dallo psicologo e indirizzata all'endocrinologo, l'adolescente può accedere per idoneità rispetto a determinati criteri a una serie di trattamenti ormonali che si suddividono in interventi completamente reversibili, parzialmente reversibili e irreversibili. Gli interventi completamente reversibili prevedono principalmente l'utilizzo dei farmaci GnRH-analoghi che hanno l'effetto di sopprimere la produzione di estrogeni o testosterone posticipando i cambiamenti puberali. I trattamenti parzialmente reversibili includono la terapia ormonale mascolinizzante o femminilizzante del corpo (terapia ormonale sostitutiva che si protrae per tutta la vita) e infine quelli irreversibili riguardano procedure chirurgiche come la chirurgia toracica/del seno e genitale (riattribuzione chirurgica del sesso). Nel caso italiano, è necessario che la persona segua un iter legale grazie al quale il Tribunale competente per residenza attesti

³ Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere. Il percorso in pillole. <http://www.onig.it/node/9>

primariamente l' idoneità alle procedure chirurgiche e, una volta concluse, la rettifica dei dati anagrafici⁴.

È importante precisare che durante tutti gli step del percorso di affermazione di genere, il soggetto è accompagnato e seguito da un team multidisciplinare specializzato; nello specifico, il professionista della salute mentale offre consulti rivolti anche ai membri del nucleo familiare, in quanto essi risultano innegabilmente coinvolti nelle decisioni dell'adolescente relative ai cambiamenti nell'identità di genere e ai conseguenti interventi medici. Il supporto da parte dei membri della famiglia rappresenta un fattore di protezione essenziale per l'adolescente che sta affrontando il percorso di affermazione di genere. In tal proposito, lo studio di Kaltiala-Heino et al. (2018) afferma che il supporto genitoriale è significativamente associato a maggiore soddisfazione della propria vita, minore percezione del peso di essere transgender e minori sintomi depressivi. Tali risultati sono stati ampiamente confermati dallo studio precedente di McConnell et al. (2016), secondo il quale il supporto e l'accettazione familiari sono correlati con minori tassi di suicidio, minore distress, depressione, senso di impotenza, abuso di sostanze, livelli più alti di autostima e migliore salute psicofisica. Al fine di raggiungere tali obiettivi, i professionisti della salute mentale detengono la responsabilità di aiutare la famiglia ad accogliere il malessere dell'adolescente con disforia di genere e accettarlo, fornire consulti e psicoterapie di supporto per gestire incertezze, paure e ansie circa l'identità e il ruolo di genere⁵ dell'adolescente, informare e supportare il soggetto e la famiglia negli step più difficili del percorso, indirizzare l'adolescente e i suoi familiari ad ulteriori fonti di supporto (ad esempio gruppi di genitori di adolescenti transgender) e fungere da educatori e sostenitori nelle interazioni della famiglia e dell'adolescente con i membri della comunità e con altre autorità come insegnanti o tribunali (WPATH, 2012).

⁴ Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere. Il percorso in pillole. <http://www.onig.it/node/9>

⁵ Il termine ruolo di genere si riferisce al pattern comportamentale, i tratti di personalità e gli atteggiamenti che definiscono la mascolinità e la femminilità in una particolare cultura. È frequentemente considerato come la manifestazione esterna dell'identità di genere, ma essi possono anche non coincidere tra loro. American Psychological Association. (2015). APA Dictionary of Psychology (2nd ed.). <https://dictionary.apa.org/gender-role>

CAPITOLO 2: LA REVIEW NARRATIVA

2.1 Obiettivi e ipotesi

Il percorso di affermazione di genere è un processo sistemico che interessa simultaneamente l'individuo e i membri del nucleo familiare più ristretto e allargato in modalità e intensità del tutto differenti (Lopes et al., 2022; Wagner et al., 2020). Come descritto precedentemente,⁶ il supporto e l'accettazione familiari rappresentano un fattore protettivo essenziale rispetto al suicidio, al distress, alla depressione, al senso di impotenza e all'abuso di sostanze, andando a migliorare l'autostima, la soddisfazione nei confronti della propria vita e la salute psicofisica della persona transgender. Inoltre, nel caso di adolescenti di età inferiore ai 18 anni, il consenso genitoriale rappresenta un prerequisito all'assistenza psicologica e sanitaria necessarie al perfezionamento del percorso di affermazione di genere (Paceley et al., 2021). Tuttavia, il coinvolgimento dei genitori non si limita esclusivamente al sostegno emotivo e strumentale, ma implica una serie di sfide personali che potremmo definire "psicologiche", relative alla capacità di gestire gli affetti e le reazioni al coming-out, riconoscere e accettare un'identità di genere non conforme alle proprie aspettative, adattarsi ai cambiamenti fisici che riflettono il genere esperito dai propri figli, creare percezioni e significati nuovi nel rapporto genitore-adolescente transgender, decostruire i principi di *cisnormatività*⁷ e gli stereotipi di genere e interfacciarsi con un contesto sociale e politico frequentemente intriso di ostracismo, discriminazioni e violenze. A tali sfide psicologiche, si aggiungono quelle "cliniche" rappresentate dai tentativi delle famiglie di avere accesso all'assistenza per l'affermazione di genere, affrontando difficoltà legate alla disponibilità dei servizi specializzati sul territorio, all'impreparazione del personale sanitario,

⁶ Capitolo 1, paragrafo "Percorso di affermazione di genere in adolescenza e il ruolo genitoriale".

⁷ Cisnormatività è definita come il presupposto che tutte le persone siano o debbano essere cisgender, ossia conformi nella propria identità di genere al sesso assegnato alla nascita.

https://www.treccani.it/enciclopedia/cisgender_%28altro%29/

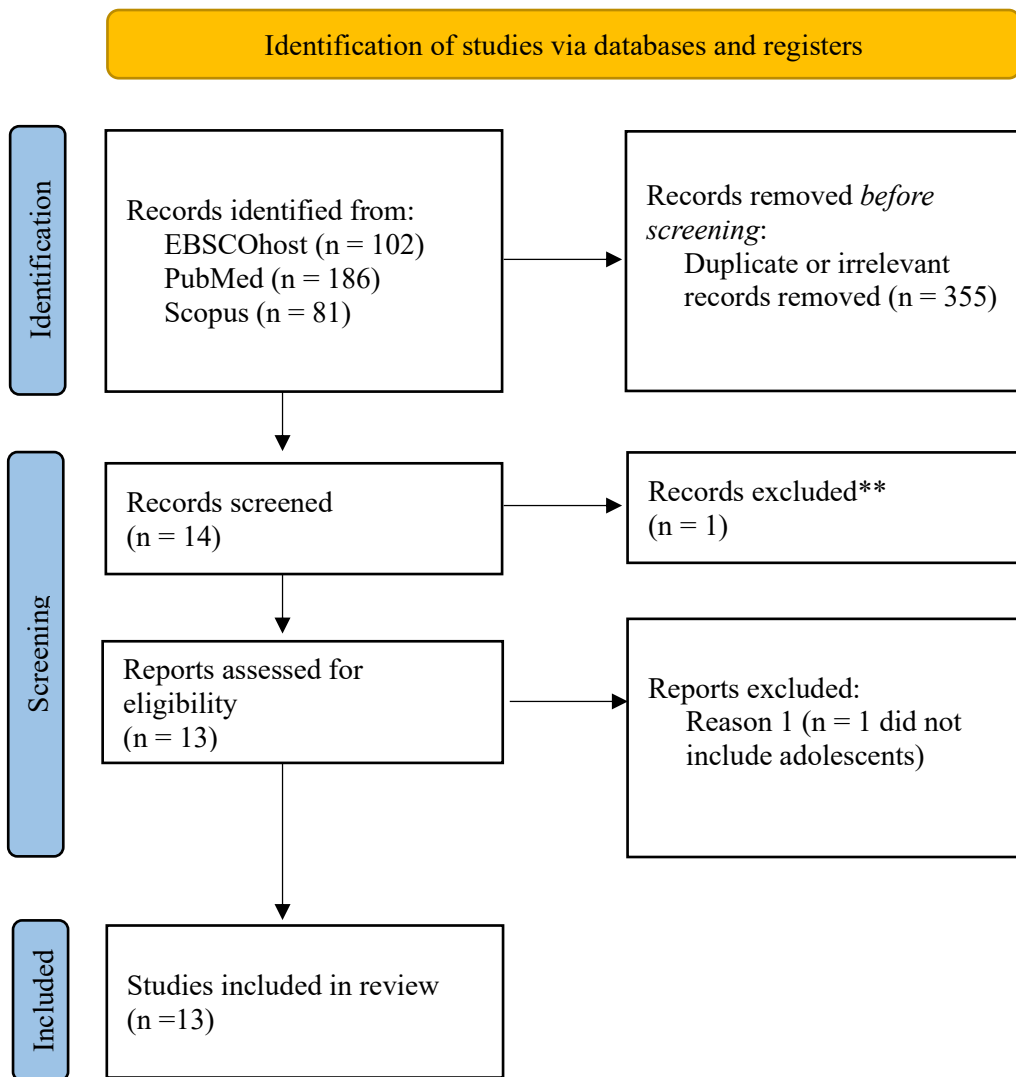
all'incertezza rispetto alle procedure mediche da effettuare e alla necessità di ricevere supporto durante l'intero percorso. Dal momento che la prospettiva familiare rispetto alle questioni transgender è stata poco esplorata in letteratura, l'obiettivo di questo elaborato è esporre tramite una revisione della letteratura i vissuti dei genitori che hanno figli adolescenti in transizione di genere, ipotizzando che il sostegno informativo ed emotivo e la competenza nell'intervento da parte dei professionisti della salute fisica e mentale abbiano un ruolo centrale nel migliorare tali esperienze.

2.2 Metodo: Prisma study

La ricerca della letteratura è stata effettuata seguendo i dettami del PRISMA statement (Page et al., 2021) sui seguenti database: EBSCOhost, Scopus e PubMed. La stringa di ricerca è stata: *(parents experience) AND (transgender youth), (parents experience) AND (adolescents) AND (gender dysphoria), (parenting) AND (transgender youth), (parents experience) AND (transgender) AND (adolescents OR teenagers), (parents experiences OR perceptions OR attitudes OR feelings) AND (transgender adolescents), (parents) AND (experiences OR perspectives OR feelings OR reactions) AND (transgender) AND (adolescents), (family experiences) AND (adolescents gender transitioning), (family experiences OR narratives) AND (gender-diverse adolescents).*

I criteri di selezione che gli articoli dovevano soddisfare sono: 1) essere in lingua inglese, 2) avere una data di pubblicazione tra il 2015 e il 2023, 3) essere full text oppure open access, 4) includere soggetti transgender in età adolescenziale, 5) esporre il punto di vista dei genitori. I titoli e gli abstract dei 369 studi iniziali sono stati rivisti e selezionati. Questa procedura ha condotto all'esclusione di 355 articoli perché duplicati o irrilevanti. I 14 studi rimanenti sono stati analizzati integralmente e uno è stato escluso in quanto i soggetti transgender di riferimento non rientravano nella fase adolescenziale. In totale 13 articoli sono stati giudicati idonei ai fini dell'elaborato.

Diagram 1: PRISMA



2.3 Risultati descrittivi

Tabella 1: Sommario studi estratti

Autore, anno	Titolo	Campione	Strumenti	Risultati	Limiti
1. Wagner et al., 2020.	“Families in Transition: The Lived Experience of Parenting a Transgender Child”.	16 genitori e 16 figli transgender (13-30 anni).	Raccolta dei dati tra autunno 2017 ed estate 2018. Utilizzo di interviste semi-strutturate con domande aperte. Audio registrazione e trascrizione verbatim delle interviste. Metodo fenomenologico descrittivo di Colaizzi (1978) per l’analisi dei dati.	<p>1) Il range di emozioni sperimentate dai genitori nel momento del coming out dei figli comprende: shock, frustrazione, confusione e attonimento che si evolvono in senso di colpa e rabbia; infine, lutto.</p> <p>2) I genitori riportano difficoltà nel supportare i figli in transizione di genere mentre imparano a riconoscere e gestire i propri affetti a riguardo.</p> <p>3) In un momento successivo, la famiglia raggiunge una fase in cui il genere diviene di minore importanza rispetto all’atto di accogliere e accettare i propri figli per come essi si presentano.</p> <p>4) L’angoscia per il futuro dei figli si colloca sia a breve termine in un contesto allargato intriso di stigma e discriminazione, sia a lungo termine in quanto agli effetti delle procedure mediche di affermazione di genere, alle possibili relazioni romantiche e alle questioni relative alla fertilità (ad esempio la gravidanza).</p> <p>5) In seguito al percorso di affermazione di genere, i genitori notano che i figli si presentano più sicuri di sé, adattati e coerenti con se stessi.</p> <p>Suggerimenti da parte dei genitori indirizzati agli operatori infermieristici che si occupano dei pazienti LGBTQ+:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Creare un sistema di supporto; 2. Esercitarsi a non reagire; 3. Riconoscere che i genitori necessitano una pausa dal focus sui propri figli transgender. 	<p>a. I genitori intervistati non erano tutte coppie;</p> <p>b. Molti genitori provenivano da un gruppo di supporto, perciò le loro esperienze potrebbero essere state più positive;</p> <p>c. Lo studio non è generalizzabile a popolazioni non bianche.</p>

2. Frigerio et al., 2021.	““We’ll Accept Anything, as Long as She Is Okay”: Italian Parents’ Narratives of Their Transgender Children’s Coming-out”.	15 genitori e 15 adolescenti transgender (14-19 anni) con una diagnosi di disforia di genere. Le famiglie provengono dall’Italia.	Utilizzo di interviste semi-strutturate con domande aperte via Skype o telefono. Audio registrazione e trascrizione verbatim delle interviste. Analisi tematica induttiva con identificazione di codici e temi dominanti nei colloqui.	<p>1) I genitori riferiscono il disagio iniziale nel comprendere il malessere dei figli e la mancata consapevolezza dell’esistenza della disforia di genere. La diagnosi da parte dei clinici consente ai genitori di realizzare che essere transgender è una condizione connaturata e di legittimarla purché i propri figli rientrino nel binarismo di genere.</p> <p>2) L’accettazione dell’identità transgender dei figli non rappresenta la conseguenza di una crescita personale del genitore, ma è legata all’imperativo morale di dare priorità al benessere dei figli.</p> <p>3) Il processo di coming out familiare prevede l’utilizzo delle seguenti strategie: selezione, trasparenza, evitamento e occultamento. Il contesto sociale italiano è descritto come caratterizzato dall’ignoranza e dalla chiusura mentale che conducono al rifiuto delle persone transgender. A questo, si aggiungono le preoccupazioni sul futuro dei propri figli.</p> <p>4) I genitori hanno riscontrato problematicità nell’approcciarsi ai servizi di assistenza sanitaria per le persone transgender in riferimento all’identificazione dei servizi specializzati, all’accesso alle opzioni di trattamento della disforia di genere e alla disponibilità limitata dello staff. Tuttavia, in assenza di altre fonti di supporto questi servizi rimangono punti di riferimento per le famiglie.</p>	<p>a. I partecipanti sono stati reclutati in una clinica specializzata in questioni di identità di genere; dunque, la loro esperienza non è rappresentativa di quella di tutti i genitori con figli transgender;</p> <p>b. Dai trascritti delle interviste è emersa la tendenza dei genitori a razionalizzare le loro esperienze senza lasciar spazio alle proprie reazioni affettive;</p> <p>c. La quasi totalità del campione aveva un figlio transgender; perciò, i temi delle interviste potrebbero non rappresentare il vissuto dei genitori con figlie transgender;</p> <p>d. La maggior parte dei genitori erano madri, rendendo il campione poco eterogeneo.</p>
3. Pullen Sansfaçon et al., 2020.	“Parents’ Journeys to Acceptance and Support of Gender-diverse and Trans	36 genitori, tra cui 2 genitori affidatari o tutori e 35 figli	Utilizzo di interviste semi-strutturate e di un questionario sociodemografico con domande aperte. Audio registrazione e	<p>1) Le reazioni dei genitori al coming out dei propri figli spaziano dallo scetticismo (sotto forma di un sovraccarico emotivo o di dubbio) alla sorpresa, fino all’apertura e all’orgoglio.</p> <p>2) I fattori ostativi all’accettazione dell’identità di genere dei figli si esplicano nell’elaborazione del</p>	<p>a. La maggior parte dei genitori che hanno preso parte allo studio si identifica come bianca;</p> <p>b. I partecipanti sono stati reclutati in cliniche canadesi</p>

	Children and Youth”.	transgender, tra cui 31 nel range d'età 13-17 anni. Le famiglie provengono dal Canada.	trascrizione verbatim delle interviste. Metodologia Grounded Theory (Dey, 1999; Strauss & Corbin, 1998) e analisi tematica riflessiva (Braun, Clark, Hayfield, & Terry, 2019) con l'aiuto del software MAXQDA.	lutto relativo al nome assegnato alla nascita, al tipo di vita e alle relazioni immaginate per gli adolescenti, nell'adattamento ai nuovi pronomi, nella mancanza di sostegno da parte degli ex partner, nell'essere un genitore single e nella lacuna informativa sulle identità transgender. I fattori che invece hanno agevolato questo processo sono rappresentati dal tempo, dall'accesso a varie fonti di informazione sulle identità transgender, dal contatto con altri genitori che hanno figli in transizione di genere e dal supporto di una figura professionale. 3) La ricerca delle cliniche specializzate è stata motivata dal bisogno di inquadrare gli step necessari alla transizione di genere dei ragazzi e di incrementare il loro benessere. I genitori riportano generalmente esperienze positive rispetto ai servizi di assistenza fruiti; tuttavia, hanno mosso altrettante critiche che riguardano la carenza dei servizi di salute mentale per i giovani e i familiari all'interno delle cliniche, l'esistenza delle barriere linguistiche e la sensazione che le proprie preoccupazioni venissero sminuite dallo staff.	specializzate; dunque, la loro esperienza non è generalizzabile a coloro che accedono ad altri tipi di cliniche o di assistenza, che non supportano la transizione medica dei figli o che non desiderano essere coinvolti in progetti di ricerca; c. Le interviste sono state condotte nelle cliniche e questo può aver generato dei bias nei genitori rispetto all'assistenza che hanno ricevuto.
4. Aramburu Alegría, 2018.	“Supporting families of transgender children/youth: Parents speak on their experiences, identity, and views”.	14 genitori, tra cui 2 coppie di genitori intervistati insieme e 2 coppie omosessuali; 12 figli transgender, tra cui 7 nel	Approccio longitudinale che prevede l'impiego di interviste semi-strutturate vis à vis o al telefono ai partecipanti a distanza di un certo tempo (iniziale, 6 mesi dalla prima intervista, 12 mesi dalla seconda e 12 mesi dalla terza), tuttavia questa	1) L'identità di genere dei figli diventa il centro delle attenzioni familiari comportando un forte coinvolgimento relazionale tra i genitori e i ragazzi caratterizzato dalla codipendenza. 2) Le azioni proattive messe in atto dai genitori per tutelare i propri figli transgender riguardano la promozione della loro indipendenza e autodeterminazione nelle scelte relative al percorso di transizione di genere, il coinvolgimento nei gruppi di supporto e azioni di sostegno a livello familiare allargato, scolastico, lavorativo e sanitario.	a. I partecipanti sono tutti bianchi, quindi il campione non risulta molto diversificato; b. La maggior parte dei genitori intervistati è costituita da madri; c. Il reclutamento è avvenuto tramite una conferenza sull'affermazione di genere e via siti social supportivi delle famiglie con figli

		range d'età 12-17 anni.	specifica ricerca riguarda le interviste iniziali. Audio registrazione e trascrizione verbatim dei colloqui. Codifica induttiva con metodo comparativo costante (Glaser & Strauss, 1967).	<p>3) I genitori adottano le due strategie di coping seguenti: ritagliare del tempo per sé e impiegare il dialogo interno.</p> <p>4) I fattori che rendono difficoltoso il processo di ristrutturazione della visione dei propri figli transgender sono rappresentati dal credo religioso, dalla dualità nell'espressione di genere dei figli e dal lutto relativo al genere assegnato alla nascita e al tipo di vita prefigurata per loro.</p> <p>5) L'autovalutazione è il processo parallelo al precedente e consiste nella ristrutturazione della visione di sé come genitore, passando per i sentimenti di rimorso rispetto al malessere dei propri figli, i dubbi sulla legittimità delle scelte legate alla transizione di genere e un percorso di crescita personale all'insegna del supporto attivo e di una mentalità più aperta.</p> <p>6) I genitori riferiscono di essere preoccupati per il futuro dei figli a causa del clima politico attuale, delle opinioni anti-LGBT a lavoro, delle micro e macroaggressioni, delle discriminazioni future (in termini di lavoro, alloggio e documentazione legale) e dei rischi per la salute mentale degli individui transgender.</p>	transgender; dunque, i genitori che non vi partecipano potrebbero avere esperienze e visioni differenti rispetto al campione; d. È necessario reclutare partecipanti provenienti da altre zone degli Stati Uniti per un'analisi più esauriente dell'argomento.
5. Coolhart et al., 2018.	"Experiences of Ambiguous Loss for Parents of Transgender Male Youth: A Phenomenological Exploration".	6 genitori, tra cui un patrigno e una coppia sposata. Non è specificato né il numero né l'età dei figli transgender.	Utilizzo di interviste semi-strutturate. Analisi interpretativa fenomenologica (Smith et al., 2009).	1) La totalità delle madri e un padre riportano un'esperienza di lutto ambiguo caratterizzata dalla sofferenza per un legame dissolto, dalla perdita delle aspettative genitoriali, dalla sensazione di un'assenza psicologica del figlio nonostante la sua presenza fisica e dalla percezione simile alla morte fisica del ragazzo. Il lutto ambiguo interessa principalmente le madri in quanto condividono con i figli il genere assegnato alla nascita.	a. La concettualizzazione di lutto riportata in questo studio potrebbe essere fuorviante per quelle famiglie che non lo sperimentano e non si rivolgono alla terapia per affrontare la transizione di genere;

				<p>2) Due padri riferiscono di non aver sperimentato il lutto, in quanto il processo di transizione del figlio viene considerato una trasformazione.</p> <p>3) Le strategie di coping adoperate dalle famiglie differiscono tra padri e madri: i primi antepongono i bisogni della moglie rispetto ai propri, mentre le seconde mostrano la tendenza a porre i ragazzi come priorità assoluta.</p> <p>4) I genitori riconoscono le proprie necessità, ma al tempo stesso vigono lo stigma, i sentimenti di colpevolezza, vergogna ed egoismo relativi alla percezione del lutto ambiguo.</p> <p>5) Concepire la transizione di genere come una trasformazione del solo aspetto esteriore del figlio aiuta il sistema familiare a sbloccarsi dalla condizione di lutto ambiguo.</p>	<p>b. Il campione risulta non diversificato in termini di etnia, status socioeconomico e area geografica;</p> <p>c. I genitori che hanno preso parte alle interviste supportano il coming out e la transizione dei propri figli e sono inseriti all'interno di una rete di sostegno come gruppi di supporto locali o altre persone di riferimento; dunque, dallo studio sono esclusi quei genitori che non hanno la possibilità o la volontà di supportare i figli nel loro percorso.</p>
6. Kłonkowska, 2022.	“...I’m Not Unaccepting, I’m Just Concerned...”. The Struggles of Polish Parents of Trans Youths”.	15 genitori, tra cui 1 matrigna e 2 coppie; 13 figli transgender in tarda adolescenza. Le famiglie provengono dalle regioni polacche della Pomerania e della Masovia.	Utilizzo di interviste in lingua polacca di cui sono state tradotte solo alcune citazioni in inglese. Audio registrazione e trascrizione verbatim dei colloqui. Grounded Theory costruttivista (Charmaz, 2006), codifica aperta e analisi cross-case.	<p>1) Le madri, in particolare quelle single, riportano un’esperienza caratterizzata dall’oppressione sociale, dall’autoaccusa e dalla messa in discussione delle proprie capacità di parenting. Inoltre, se i padri ricevono pieno supporto e cooperazione dalle proprie partner, questo vale raramente per le madri.</p> <p>2) I genitori si mostrano preoccupati rispetto al contesto sociale polacco descritto come conservatore e ostile, ma anche relativamente alle possibili reazioni al coming out da parte dei membri familiari meno stretti o di fratelli e sorelle più giovani del loro figlio transgender. In questi casi, le strategie proposte dai genitori si esplicano nell’incoraggiare i figli transgender a trasferirsi altrove, occultare la propria identità di genere di fronte alla famiglia più allargata e gestire personalmente il coming out con altre persone.</p>	Non identificati.

				<p>3) Le problematiche riscontrate dai genitori durante la transizione di genere sono inerenti innanzitutto all'irreversibilità delle procedure mediche di affermazione di genere, rispetto alle quali le madri tendono seriamente a dubitare delle decisioni dei figli, mentre i padri dimostrano più iniziativa e si focalizzano sulla ricerca di maggiori informazioni a riguardo. Un secondo aspetto problematico è la sensazione di esclusione e sminuimento del ruolo genitoriale dovuto alla scelta indipendente degli adolescenti del nome d'elezione. Ulteriori difficoltà si riferiscono alla mancanza di comprensione e pazienza da parte dei figli in occasione di errori nell'utilizzo dei pronomi o di altre forme grammaticali appropriate e nel modo che hanno i genitori di concepire il genere. Infine, l'ultimo ostacolo è rappresentato dalle pratiche legali per il riconoscimento di genere, poiché la legge polacca prevede che si avvii una causa contro la propria famiglia e pertanto i genitori descrivono tale esperienza come umiliante.</p> <p>4) Le fasi del percorso di accettazione dell'identità di genere degli adolescenti sono: incredulità, negazione (ad esempio cercando di dissuaderli), rimpianto, ristrutturazione e rielaborazione delle proprie posizioni sino all'accettazione e al supporto dell'identità di genere dei figli, in alcuni casi anche come sostenitori dei diritti delle persone transgender.</p>	
7. Schimmel-Bristow et al., 2018.	"Youth and Caregiver Experiences of Gender Identity Transition: A	18 genitori e 15 figli transgender (14-22 anni). Le famiglie	Utilizzo di interviste semi-strutturate individuali vis à vis o via telefono per 10 genitori e 6 ragazzi e quattro focus group in	<p>Ai fini di questo elaborato, saranno esposte sono le esperienze riportate dai genitori:</p> <p>1) I genitori accusano una lacuna informativa rispetto alle identità transgender e Internet si presenta in questo caso come una risorsa accessibile, discreta e anonima per formarsi a riguardo. Inoltre, alcuni</p>	a. Per permettere la partecipazione dei minori è stato richiesto il consenso dei genitori; perciò, le famiglie del campione tendono ad essere supportive

	Qualitative Study”.	provengono dallo stato di Washington.	presenza distinti per 8 genitori e 9 ragazzi. I dati sono stati raccolti nel 2015. Audio registrazione e trascrizione verbatim dei colloqui e dei focus group. Analisi tematica deduttiva e induttiva con l’aiuto del software Atlas.ti.	<p>riportano difficoltà nel comprendere il significato di essere transgender a causa del gap generazionale e nell’utilizzare i pronomi e il nome scelti dai propri figli.</p> <p>2) Alcuni genitori hanno supportato i figli durante la loro transizione sociale seppure in assenza di formazione e risorse, ma hanno mostrato più esitazione rispetto alle procedure mediche di affermazione di genere per il timore di perdere gli adolescenti, per gli eventuali effetti collaterali e per l’aspetto dell’irreversibilità. In riferimento all’ambiente scolastico, i genitori sono risultati tipicamente tolleranti nei casi in cui i propri figli desiderassero cambiare scuola o passare all’istruzione a casa in seguito alle discriminazioni ricevute e sono stati attivamente coinvolti nell’assicurare che le scuole gestissero nella maniera più adeguata la transizione sociale dei ragazzi.</p> <p>3) Il rapporto con i medici e i professionisti della salute mentale varia dalla sensazione di disagio e la mancanza di supporto al totale sostegno. Inoltre, i genitori mostrano la tendenza a focalizzarsi pesantemente sulla salute mentale dei propri figli, in particolare sui sintomi di depressione, ansia, ideazioni e condotte suicidarie legati alla disforia di genere.</p>	<p>rispetto all’identità di genere dei propri figli;</p> <p>b. I partecipanti sono tutti bianchi e provengono dallo stato di Washington; dunque, non è stato possibile esplorare il potenziale impatto dell’etnia e dell’area geografica sulle esperienze di transizione di genere;</p> <p>c. Le ragazze transgender sono meno rappresentate in questo studio rispetto ad altri studi sui giovani transgender.</p>
8. Dunlap et al., 2023.	“How in God’s Name Are We Going to Navigate This?": Parent Support for Transgender Adolescents”.	20 genitori e 20 figli transgender (12-17 anni). Le famiglie provengono dal Sud	Utilizzo di interviste vis à vis separate ma simultanee ai genitori e ai figli seguendo l’approccio LHC (life history calendar). Raccolta dei dati tra il 2017 e il 2019. Audio	1) Nel caso del coming out durante il periodo adolescenziale, i genitori riportano confusione, esitazione, paura, mancanza di preparazione nel supportare i figli nel loro percorso e aspettative di rifiuto da parte degli altri membri della famiglia o della comunità. Questo si verifica perché gli adolescenti hanno già esplorato la propria identità in termini sessuali e di genere prima del coming out e la	a. Le esperienze passate rievocate dai partecipanti risultano incorniciate secondo la prospettiva del presente che probabilmente distorce la maniera in cui gli eventi sono ricordati o compresi;

		della California.	registrazione e trascrizione verbatim delle interviste. Software Express Scribe, Atlas.ti 8, codifica induttiva riga per riga, codifica in vivo, codifica deduttiva a priori, promemoria analitici, libro codice (con definizioni e regole di codifica), codifica assiale e promemoria interpretativi e tematici.	transizione rappresenta per loro una forte necessità sia sociale sia medica; di conseguenza, ai genitori non è lasciato il tempo di adattarsi emotivamente alla situazione e raccogliere informazioni per meglio supportare i ragazzi. 2) I genitori che hanno scoperto l'identità di genere dei figli in fase adolescenziale sperimentano transfobia interiorizzata e lutto ambiguo, quest'ultimo dovuto alla percezione di aver perso o aver cambiato i rapporti con l'adolescente o con i membri della famiglia e della comunità, la propria identità genitoriale e culturale, i piani futuri per i ragazzi e l'ideale di relazione che avrebbero potuto avere con loro. Tali affetti negativi, solitamente nascosti dai genitori, risultano in un'accettazione ambigua dell'identità di genere dei figli superata, in alcuni casi, mediante l'accesso ai gruppi di supporto. Per altri genitori, i gruppi di sostegno non erano raggiungibili o non rappresentavano spazi adatti alla messa in discussione dell'assistenza per l'affermazione di genere.	b. Il metodo adoperato per i colloqui potrebbe aver aumentato il rischio per le diadi di incorrere nel bias della desiderabilità sociale; c. Il campione è costituito da adolescenti dai 12 ai 17 anni che stavano assumendo i bloccanti della pubertà o gli ormoni per l'affermazione di genere già da 1 anno; dunque, i genitori avevano ormai superato gli step più importanti per il supporto dei propri figli; d. I risultati dello studio rappresentano le esperienze di famiglie consapevoli e pronte logisticamente e finanziariamente a sostenere la transizione di genere dei figli; e. Le persone intervistate provengono tutte dalla California, uno stato che offre maggiori risorse per l'affermazione delle identità transgender e un clima sociale e politico più tollerante rispetto ad altri stati americani.
9. Horton, 2023.	““I Didn't Want Him to Disappear” Parental Decision-	30 genitori e 30 figli transgender in prima	Utilizzo di interviste semi-strutturate con domande aperte via Microsoft Teams e di	1) I genitori riflettono sull'utilità dei bloccanti della pubertà che consiste principalmente nel prevenire lo sviluppo dei caratteri sessuali secondari indesiderati, andando a salvaguardare la salute mentale dei propri	a. Le opinioni riportate nello studio appartengono a un gruppo di genitori che sono diventati favorevoli alle

	Making on Access to Puberty Blockers for Trans Early Adolescents”.	adolescenza (media di 11 anni d’età). Le famiglie provengono da Inghilterra, Scozia e Galles.	un questionario sociodemografico. Raccolta dei dati tra dicembre 2020 e settembre 2021. Audio registrazione e trascrizione verbatim delle interviste. Software NVivo, analisi tematica riflessiva induttiva (codici e temi vengono sviluppati sulla base dei dati) e codifica semantica.	figli e a impattare positivamente la loro qualità di vita in termini di benessere, autostima, successo scolastico e controllo sul proprio corpo e sulla propria vita adolescenziale. 2) Secondo i genitori, quando i figli sono chiamati a discutere del loro consenso ai bloccanti della pubertà ci si dovrebbe focalizzare sugli effetti, i rischi e i benefici di tali farmaci, esporre le varie opzioni, rispondere a eventuali dubbi, semplificare il processo decisionale degli adolescenti e soddisfare i loro bisogni e desideri. Invece, ai ragazzi vengono spesso presentate questioni slegate dai bloccanti della pubertà, come ipotetici cambiamenti nella loro fertilità e il potenziale impatto della terapia ormonale sostitutiva e della chirurgia genitale. 3) La decisione dei genitori di dare il proprio consenso all’assunzione dei bloccanti della pubertà è stata motivata da due fattori principali: da una parte, l’evidenza scientifica che delinea le implicazioni negative del negare tali farmaci agli adolescenti transgender e dall’altra, la sensazione di essere ben informati e di intraprendere la giusta (e unica) strada per il benessere dei propri figli.	identità transgender e hanno supportato la transizione sociale dei figli; b. Non sono esplorati gli aspetti etici legati all’autonomia degli adolescenti in ambito medico, gli aspetti legali e pratici del loro consenso e le conseguenze sui giovani a cui i genitori hanno impedito o negato l’accesso ai bloccanti della pubertà.
10. Abreu et al., 2022.	“Dynamics of Primary Social Networks to Support Mothers, Fathers, or Guardians of Transgender Children and Adolescents: A Systematic Review”.	21 studi qualitativi sottoposti a revisione sistematica.	Identificazione del tema principale con strategia PICo, software Rayyan QCRI per esclusione dei duplicati e analisi degli articoli, selezione degli studi con PRISMA (2020), estrazione dei dati e valutazione della qualità metodologica	1) I genitori/tutori riportano sentimenti di colpa, paura, incertezza e sofferenza dovuti al lutto ambiguo con il risultato che molti hanno riconosciuto la transizione sociale dei figli, altri l’hanno ignorata e altri ancora non sono stati coinvolti nelle decisioni ad essa legate. I genitori si sentono interpellati dal loro ambiente esterno, ossia dalla famiglia, dagli amici, dai vicini e persino dai colleghi di lavoro andando incontro alla potenziale perdita di amici, a stress nel matrimonio e nel rapporto con i familiari stretti, al	a. Non è stata inclusa la letteratura grigia; b. La ricerca degli studi è stata effettuata manualmente.

			degli studi con Joanna Briggs Institute Manual for Evidence Synthesis.	<p>disaccordo tra partner circa l'essere supportivi e a segnalazioni alle autorità da parte di altri genitori.</p> <p>2) Gli ostacoli riscontrati dai genitori/tutori nell'ambito delle reti sociali primarie riguardano il disagio nell'affrontare il discorso sull'identità di genere dei propri figli con la famiglia, gli amici e i vicini, la rottura dei rapporti con questi ultimi, la disapprovazione e il rifiuto altrui con il conseguente isolamento del nucleo familiare, espressioni discriminatorie usate dai colleghi di lavoro e la mancanza di informazioni sulle identità transgender. Inoltre, sembra che i padri impieghino generalmente più tempo ad accettare i figli rispetto alle madri, le quali portano un fardello emotivo, fisico e organizzativo più pesante.</p> <p>3) Per colmare le proprie lacune informative a proposito delle identità transgender, i genitori/tutori si sono rivolti a siti, blog, contatti online con persone transgender o gay, libri, storie, lavoro (nel caso del lavoro da assistente sociale) e figli stessi, che spesso hanno ricoperto il ruolo di insegnanti sull'argomento.</p>	
11. Abreu et al., 2022.	“Support for Mothers, Fathers, or Guardians of Transgender Children and Adolescents: A Systematic Review on the Dynamics of Secondary Social Networks”.	28 studi qualitativi sottoposti a revisione sistematica.	Identificazione del tema principale con strategia PICO, software Rayyan QCRI per esclusione dei duplicati e analisi degli studi, selezione degli studi con PRISMA (2020), estrazione dei dati e valutazione della qualità metodologica degli studi con Joanna	<p>1) Nell'ambito dei servizi di assistenza sanitaria, i genitori/tutori riferiscono innanzitutto la difficoltà nell'identificare i servizi locali specializzati. Inoltre, le famiglie hanno riscontrato una mancanza di preparazione nell'assistenza delle persone transgender a tutti i livelli, come ad esempio il non utilizzo del nome d'elezione e lacune informative su questioni rilevanti per la transizione di genere. A questo si aggiungono le barriere nei processi burocratici delle cliniche, l'assenza di psicoterapeuti per il sostegno dei propri figli e l'esclusione dei genitori/tutori dai processi decisionali. Le interazioni con lo staff sanitario sono spesso descritte come</p>	<p>a. La letteratura grigia non è stata inclusa;</p> <p>b. La ricerca degli studi non è stata condotta manualmente.</p>

			<p>Briggs Institute Manual for Evidence Synthesis.</p>	<p>negative e conflittuali nel momento in cui sono le famiglie a dover educare i professionisti sulle questioni transgender o in seguito a discorsi patologizzanti le identità transgender.</p> <p>2) Gli incontri di gruppo online e in presenza fra genitori con figli transgender, mediati o meno dai professionisti, permettono di condividere esperienze simili, ricevere aiuto nel processo di cambiamento personale dei genitori/tutori, incoraggiare questi ultimi a dimostrare coraggio, affetto, comprensione, accoglienza e supporto ai figli, mitigare lo stigma sociale, gestire il distress psicologico e le difficoltà nelle relazioni familiari, aumentando la fiducia in se stessi e diminuendo il senso di isolamento e preoccupazione rispetto a un contesto sociale transfobico.</p> <p>3) Le scuole rappresentano una rete di supporto inefficace in quanto sono assenti forme di riconoscimento e insegnamenti riguardanti la diversità di genere, mancano bagni adibiti alle persone transgender (spesso sostituiti da quelli per le persone con disabilità), attività e spazi scolastici sono segregati per genere, presidi e docenti mostrano resistenze alle esigenze degli studenti transgender per paura delle reazioni di altri genitori, vi è un costante rischio di transfobia da parte dei pari e degli insegnanti, di episodi di bullismo e minacce di morte che le scuole propongono di risolvere isolando socialmente le vittime. Rispetto alle scuole superiori, gli asili e le scuole elementari risultano contesti più accoglienti. Inoltre, i genitori con figli transgender riportano la paura dello stigma proveniente dalle altre famiglie rispetto alle loro capacità di parenting e all'ipotesi che la varianza di genere possa influenzare anche i figli cisgender altrui.</p>	
--	--	--	--	---	--

				4) La società appare disinformata rispetto alle esigenze e alle sfide affrontate dalle famiglie con figli transgender. Dal punto di vista del supporto politico, amministrativo e legislativo, i genitori si rendono conto che le persone transgender, oltre a essere marginalizzate, sono anche private dei propri diritti a scuola, in politica, nella legislazione nazionale e nelle risorse sanitarie.	
12. Lopes et al., 2022.	“Experiences of families of adolescents with gender incongruence in the light of the Calgary Models for Families”.	8 genitori e 5 figli transgender, tra cui 4 nel range d’età 13-17 anni. Le famiglie provengono dal Brasile.	Interviste semi-strutturate con domande basate sui Calgary Family Assessment and Intervention Models (CFAM/CFIM), gruppo familiare che ha permesso di effettuare 40 ore di osservazione tra febbraio 2019 e febbraio 2020 e consultazione delle cartelle cliniche dei partecipanti. I colloqui sono stati audio registrati e trascritti verbatim, mentre per le osservazioni è stato adottato un diario di campo. Consolidated criteria for Reporting	1) Una delle prime grandi sfide affrontate dai genitori è l’utilizzo del nome e dei pronomi adeguati all’identità di genere dei figli, che implica la creazione di nuovi significati e percezioni della relazione insieme all’abbandono delle aspettative iniziali sul futuro e dell’immagine dei propri figli nutrita fin dalla nascita. Un’altra difficoltà riguarda il coming out con altri membri della famiglia. Un ulteriore aspetto problematico è rappresentato dall’angoscia dei familiari rispetto ai rischi di vivere in una società prevenuta e non tollerante che può causare azioni violente soprattutto nel momento in cui l’espressione di genere dei figli inizia a cambiare in termini di taglio di capelli e abbigliamento. L’ultima sfida concerne il dubbio se l’adolescente rimarrà o meno transgender in una fase della transizione in cui si denota una fluidità di genere, spesso sperando che cambi idea. Tale pensiero dimostra l’inconsapevolezza da parte dei genitori che possa esistere un’identità di genere non binaria ⁸ o fluida ⁹ .	Si tratta di un caso prelevato da un singolo ambulatorio comprendendo solo le famiglie studiate.

⁸ L’identità non binaria prevede il rifiuto dello schema binario maschile-femminile nel genere e, a prescindere dal sesso biologico, non è riconosciuta l’appartenenza né al genere maschile né al genere femminile. [https://www.treccani.it/vocabolario/non-binario_\(Neologismi\)/](https://www.treccani.it/vocabolario/non-binario_(Neologismi)/)

⁹ L’identità fluida o *gender fluid* si riferisce ad una persona che non si riconosce in un’identità sessuale definita e definitiva. https://www.treccani.it/enciclopedia/genderfluid_%28altro%29/

			Qualitative research (COREQ) e analisi del contenuto.	2) I genitori presentano i seguenti punti di forza nell'affrontare la transizione di genere dei figli: offrire supporto, sicurezza e incoraggiamento, rivolgersi a un servizio specifico come un ambulatorio specializzato in questioni di genere e accettare di iniziare un percorso psicologico personale o entrare a far parte di un gruppo familiare con altri genitori di adolescenti transgender che affrontano le medesime difficoltà.	
13. Pacey et al., 2021.	““I Have Nowhere to Go”: A Multiple-Case Study of Transgender and Gender Diverse Youth, Their Families, and Healthcare Experiences”.	4 madri e 4 figli transgender, tra cui 3 nel range d'età 11-16 anni.	Interviste alle famiglie audio registrate e trascritte verbatim, osservazioni di ciascun nucleo familiare con diario di campo, analisi dei documenti pubblici e revisione dei dati da parte di ogni famiglia partecipante tra luglio 2019 e giugno 2020. Analisi tematica di Braun e Clark (2006) sia all'interno di ogni caso sia tra i casi, generando codici e temi.	1) L'accessibilità all'assistenza sanitaria per le persone transgender risulta problematica a più livelli. Innanzitutto, le famiglie hanno riscontrato difficoltà nel trovare informazioni legate agli operatori sanitari rivolgendosi a Internet, al medico curante, ad altri giovani transgender e alle organizzazioni ad essi dedicate. Un altro aspetto che preoccupa i genitori riguarda gli alti tassi di ricambio e la generale mancanza di medici nelle loro aree, soprattutto per i nuclei familiari residenti in zona rurale. Infine, i familiari hanno riportato esperienze negative legate al dover accedere all'assistenza sanitaria di affermazione di genere mediante cliniche femminili, a cui si aggiungono ostacoli relativi all'accessibilità economica, a restrizioni dell'assicurazione sanitaria (che spesso non copre tali spese mediche) e alla possibilità di spostarsi in macchina per un'ora o più in modo da raggiungere i servizi necessari. 2) L'assistenza sanitaria per l'affermazione di genere consiste in un insieme di pratiche di affermazione all'interno del setting sanitario come utilizzare i nomi e i pronomi corretti, richiedere il consenso prima di ogni prestazione, garantire le informazioni relative alle varie procedure mediche di affermazione di	a. Trattandosi di un caso studio multiplo esplorativo, i risultati non possono essere generalizzati ad altre popolazioni o contesti geografici; b. La natura dello studio richiedeva il consenso e il coinvolgimento dei genitori; dunque, le famiglie partecipanti risultano più supportive nei confronti dei giovani transgender rispetto ad altre; c. Il campione finale di famiglie ha escluso persone non bianche e ragazze transgender.

				<p>genere e nella possibilità di accedere a spazi adeguati. In primo luogo, le famiglie hanno riferito la propria preoccupazione rispetto a professionisti della salute (in particolare i medici curanti) senza formazione sull'assistenza per l'affermazione di genere e incapaci di rinviare ad altri operatori efficienti nel campo. Da qui è emersa l'apprensione dei familiari relativa alla possibilità per i figli transgender di accedere ai servizi sanitari generali come il pronto soccorso e altre necessità sanitarie urgenti. Inoltre, i partecipanti riconoscono il bisogno di essere informati da parte dei professionisti della salute sulle procedure a cui devono sottoporsi i propri figli, senza dare per scontato che essi ne siano già a conoscenza benché abbiano richiesto tali servizi. Infine, le famiglie affermano la necessità di avere uno spazio designato unicamente all'assistenza per l'affermazione di genere, senza dover frequentare le cliniche per donne.</p>	
--	--	--	--	---	--

I 13 articoli selezionati riportano una data di pubblicazione che copre l'arco temporale dal 2018 al 2023 e si caratterizzano come ricerche qualitative, tra le quali figurano due revisioni sistematiche (10 e 11), un caso studio singolo (12) e un caso studio multiplo (13). Il campione totale dei genitori è 182 (escludendo le due revisioni sistematiche) e per il 79% è composto dalle madri. Il campione dei giovani transgender (N=165; escludendo le due revisioni sistematiche e il quinto studio) risulta invece molto variegato poiché il range d'età oscilla dai 4 ai 30 anni, sebbene la quasi totalità dei soggetti rientri nella fase adolescenziale (93%). La scelta di includere gli studi in cui sono presenti anche individui in età infantile o in prima adolescenza è stata motivata dai contenuti esposti negli articoli necessari a completare il quadro delle esperienze dei genitori con figli transgender. È importante sottolineare che il 51% dei giovani si identifica come ragazzo transgender, ma tale percentuale potrebbe essere più alta considerando che il quinto studio è rivolto alle famiglie di ragazzi transgender e il sesto studio non specifica l'identità di genere dei partecipanti. Gli strumenti di raccolta dei dati adoperati dagli studi presi in esame sono pressoché identici e consistono in interviste semi-strutturate con domande aperte predefinite che permettono ai familiari intervistati di toccare diversi temi legati alla transizione di genere dei propri figli.

Seguendo gli step essenziali del percorso di affermazione di genere, uno dei primi temi emersi dagli studi riguarda le reazioni dei genitori al coming out dei figli. Nel primo studio riportato in *Tabella 1* (1), si osserva che il range di emozioni sperimentato dai caregiver comprende shock, frustrazione, confusione e attonimento che si evolvono in senso di colpa e rabbia per non aver riconosciuto tempestivamente il genere autentico dei propri figli e in seguito, lutto. Il terzo studio (3) amplia tale range emotivo aggiungendo lo scetticismo sotto forma di una sensazione di sovraccarico emotivo o di dubbio e la sorpresa. Il sesto studio (6), effettuato su un campione di famiglie polacche, conferma la possibile reazione di incredulità a cui si accompagnano la negazione con il tentativo di dissuasione e il rimpianto. Nell'ottavo studio (8), i genitori provenienti dal Sud della California riportano dei sentimenti concettualizzati come transfobia interiorizzata e lutto ambiguo. A tal

proposito, il quinto studio (5) approfondisce l'esperienza familiare di lutto ambiguo definendolo, secondo la teorizzazione di Pauline Boss (1999), una "perdita incompleta o incerta" che si suddivide nei due seguenti sottotipi: da una parte la sensazione che la persona cara sia assente fisicamente ma presente psicologicamente e dall'altra la presenza fisica di questa persona contemporaneamente alla sua assenza psicologica. In tal senso, Wahlig (2015) ipotizza che i genitori di adolescenti transgender possono sperimentare entrambi i sottotipi di lutto ambiguo proposti da Boss, in quanto l'assenza fisica dei figli transgender si riferisce ai cambiamenti nell'espressione di genere che non riflette più quella stereotipica del genere assegnato alla nascita, mentre l'assenza psicologica si lega all'abbandono delle aspettative genitoriali sul futuro e sul tipo di relazione immaginata con loro insieme alla perdita dei riti di passaggio tipicamente maschili o femminili (ad esempio il matrimonio, la maternità ecc.) e della propria identità genitoriale e culturale. L'esperienza del lutto ambiguo genera nei caregiver sofferenza, confusione, ambiguità e incertezza nei confronti del percorso di transizione degli adolescenti.

Successivamente al coming out, le famiglie devono affrontare il complesso percorso di riconoscimento e accettazione dell'identità transgender dei figli. Una delle prime difficoltà riferite dai genitori consiste nel comprendere il significato di essere transgender e nel concepire l'esistenza della disforia di genere. Il settimo studio (7) ipotizza che la mancanza di informazioni sulle questioni transgender riscontrata in molti caregiver è la conseguenza del gap generazionale e può essere colmata attraverso l'uso di Internet, il contatto online con altre persone transgender o gay, la consultazione di libri e storie a riguardo, il coinvolgimento nei gruppi di sostegno dedicati alle famiglie di adolescenti transgender e l'esperienza diretta con i propri figli, che spesso fungono da insegnanti sull'argomento. Nel secondo studio (2), i genitori italiani intervistati ammettono di confondere spesso l'identità di genere con il concetto di orientamento sessuale e di non essere consapevoli che la sofferenza dei figli transgender sia dovuta alla disforia di genere. La formalizzazione della diagnosi da parte dei clinici ha permesso ai caregiver di elaborare il loro vissuto

emotivo con gli adolescenti e di legittimare la condizione transgender in quanto connaturata, tuttavia con l'obbligo per i figli di rientrare nel binarismo di genere sottoponendosi alla riattribuzione chirurgica del sesso. A tal proposito, il quarto studio (4) evidenzia come il dualismo nell'espressione di genere degli adolescenti conduce i familiari a interrogarsi se essi rimarranno effettivamente transgender in una fase della transizione in cui si denota una fluidità di genere, spesso sperando che cambino idea. Questa dissonanza dovuta a un'espressione di genere non ben definita provoca nei genitori un aumento della tensione rispetto al risultato finale del percorso di affermazione di genere e dimostra la loro incapacità di figurarsi un'identità di genere non binaria o fluida. Come descritto dagli studi 1, 3, 6, 7 e 12, un secondo aspetto problematico è rappresentato dall'utilizzo del nome d'elezione e dei pronomi adeguati al genere esperito dai giovani. In particolare, la rinuncia al nome assegnato alla nascita provoca nei caregiver la sensazione che i figli siano "morti" (in riferimento al lutto ambiguo) e la percezione che il ruolo genitoriale venga messo in discussione e sminuito nel momento in cui il nuovo nome da adottare viene scelto autonomamente. Ulteriori fattori che complicano il processo di accettazione dell'identità transgender degli adolescenti riguardano la mancanza di supporto da parte degli ex partner, l'essere un genitore single (studio 3) e il credo religioso in quanto non tollerante verso gli individui LGBTQ+ (studio 4). Un altro fattore particolarmente ostativo è esposto nel sesto studio (6), dove le famiglie polacche intervistate accusano l'umiliazione che deriva dalle pratiche legali per il riconoscimento di genere, poiché la legge del Paese prevede che si avvii una causa contro i propri genitori. L'ultimo aspetto più problematico è approfondito nel nono studio (9) ed è rappresentato dal consenso genitoriale ai trattamenti medici per l'affermazione di genere, nello specifico all'assunzione dei bloccanti della pubertà. I caregiver avanzano una riflessione sull'utilità di tali farmaci, ossia quella di prevenire lo sviluppo dei caratteri sessuali secondari indesiderati, salvaguardando la salute mentale dei figli (minacciata dalla disforia di genere) e impattando positivamente la loro qualità di vita. Il processo decisionale delle famiglie risulta influenzato sia dall'evidenza scientifica che mostra le implicazioni negative del negare i bloccanti della pubertà agli adolescenti transgender sia dalla paura rispetto agli effetti collaterali dei

farmaci e alla durata in anni del trattamento. Nonostante la mancanza di certezze, tutti i genitori del campione hanno espresso il loro consenso ai bloccanti della pubertà. I fattori facilitanti il processo di riconoscimento e accettazione dell'identità transgender dei figli si esplicano nel passare del tempo come strumento per adattarsi emotivamente alla situazione (studi 3 e 8), l'accesso a varie fonti di informazione sulle identità transgender, il contatto con altri genitori di adolescenti in transizione di genere (online o in presenza mediante i gruppi di supporto) e la ricerca di aiuto professionale focalizzato sui propri bisogni o su quelli dei figli (studio 3). Nel quinto studio (5), lo sbloccamento della famiglia che ha sperimentato il lutto ambiguo è possibile se il percorso di affermazione di genere viene considerato un processo trasformativo del solo aspetto esteriore degli adolescenti, preservando la loro essenza. Tale *insight* permette ai caregiver di uscire dal lutto ambiguo e accettare i ragazzi per come essi si presentano. Un ultimo fattore facilitante il supporto familiare è rappresentato dal percorso di crescita personale dei genitori stessi, per alcuni guidato dall'imperativo morale di dare priorità al benessere dei figli che risulta in un'accettazione "rassegnata" della loro identità transgender (studio 2) e per altri innescato da una vera e propria ristrutturazione della visione di sé come genitore e della propria visione del mondo sfidando l'eteronormatività e gli stereotipi di genere (studio 4).

Parallelamente al processo di riconoscimento e accettazione dell'identità transgender dei figli, i genitori devono confrontarsi con le reazioni e gli atteggiamenti del contesto familiare allargato, lavorativo, scolastico e sociopolitico. Il secondo studio (2) evidenzia come i parenti e gli amici più stretti condividono l'imperativo morale dei genitori di tutelare il benessere degli adolescenti transgender, risultando piuttosto tolleranti. Al contrario, i parenti e gli amici meno intimi si dimostrano intolleranti presentando atteggiamenti che possono perfino sfociare nella stigmatizzazione, nel rifiuto e nell'ostracismo espliciti. Le strategie di coming out familiare adoperate dal campione dei genitori italiani sono le seguenti: selezione, che è la più frequente e consiste nell'identificare le persone che potrebbero essere disposte a comprendere e accogliere l'identità dei figli transgender, mentre si evita o si rimanda tale comunicazione alle persone che potrebbero reagire

negativamente; trasparenza, utilizzata dalle famiglie che si definiscono indifferenti rispetto alle potenziali reazioni di rifiuto o stigmatizzazione altrui e che fanno coming out familiare in diversi contesti; evitamento, che è una strategia poco frequente e riguarda quelle situazioni in cui i genitori non condividono apertamente l'identità di genere dei ragazzi con i parenti o gli amici nonostante siano convinti che essi lo sospettino; infine occultamento, anch'essa è una strategia poco usata e prevede l'occultamento intenzionale dell'identità di genere dei figli con i colleghi di lavoro o altri parenti. Il sesto studio (6) sulle famiglie polacche aggiunge un'ulteriore strategia che è quella di insistere affinché i propri figli transgender si comportino secondo il genere assegnato alla nascita in presenza dei familiari meno stretti e dei nonni. Nel decimo studio (10), i caregiver riferiscono il disagio nell'affrontare il discorso sull'identità di genere degli adolescenti con la famiglia, gli amici e i vicini (le cui nozioni culturali sul genere sono spesso intransigenti), le reazioni di disapprovazione e rifiuto, la rottura dei rapporti da parte di amici e parenti, l'isolamento del nucleo familiare e le espressioni discriminatorie pronunciate dai colleghi di lavoro. Per quanto concerne il contesto scolastico, le famiglie riportano esperienze contrastanti. Nel secondo studio (2), i genitori italiani riscontrano negli insegnanti la capacità di accogliere l'identità dei propri figli e di offrire loro uno spazio in cui costruire relazioni positive con i pari. Nell'undicesimo studio (11) invece, il sistema scolastico si configura come una rete di supporto inefficace poiché risultano assenti forme di riconoscimento e insegnamenti relativi alla diversità di genere, mancano i bagni adibiti alle persone transgender (spesso sostituiti da quelli per le persone con disabilità), le attività e gli spazi scolastici rimangono segregati per genere, i presidi e i docenti mostrano resistenze alle esigenze degli studenti transgender per paura delle reazioni delle altre famiglie ed è presente un costante rischio di transfobia, bullismo e minacce di morte da parte dei pari e degli insegnanti. Rispetto alle scuole superiori, gli asili e le scuole elementari si prestano ad essere contesti più accoglienti. Inoltre, i genitori con figli transgender riportano la paura dello stigma proveniente dalle altre famiglie riferito alle loro capacità di parenting e al timore che la varianza di genere influenzi anche i figli cisgender altrui. Quest'ultimo aspetto è stato particolarmente approfondito nel sesto studio (6), dove l'esperienza di oppressione

sociale, autoaccusa e messa in discussione delle capacità genitoriali è vissuta quasi esclusivamente dalle madri in quanto caregiver primarie e soprattutto nei casi di madri single, che attribuiscono la responsabilità dell'identità di genere degli adolescenti all'assenza di una figura paterna e al loro fallimento negli insegnamenti circa la socializzazione di genere più appropriata. Come suggerito nell'undicesimo studio (11), i gruppi online e in presenza fra i genitori con figli transgender si rivelano la rete di supporto maggiormente efficace. Gli incontri, talvolta mediati da professionisti, offrono la possibilità di condividere esperienze simili, ricevere aiuto nel processo di crescita personale dei caregiver, incoraggiare questi ultimi a dimostrare coraggio, affetto, comprensione, accoglienza e supporto agli adolescenti, mitigare lo stigma sociale, gestire il distress psicologico e le difficoltà nelle relazioni familiari, aumentando la fiducia in se stessi e diminuendo il senso di isolamento e preoccupazione rispetto a un contesto sociale transfobico. Negli studi 1, 2, 4, 6, 11 e 12, il contesto sociopolitico è definito ostile, conservatore, intriso di stigma e discriminazione e pervaso da ignoranza e chiusura mentale da cui derivano il rifiuto sociale e l'esclusione degli individui transgender. I genitori si rendono conto che le persone transgender, oltre a essere marginalizzate, sono anche private dei propri diritti a scuola, in politica, nella legislazione nazionale e nelle risorse sanitarie. Da qui, la preoccupazione delle famiglie verso il futuro dei propri figli, preannunciando per loro difficoltà nel trovare un lavoro e mantenerlo, l'impossibilità di avere una relazione duratura, seria e affettuosa con un partner, eventuali micro e macroaggressioni, l'obbligo di lasciare il proprio Paese, reazioni violente al cambiamento nell'espressione di genere (taglio di capelli e abbigliamento) e discriminazioni nell'ambito della ricerca dell'alloggio o della documentazione legale.

L'ultimo tema emerso dagli articoli delinea il rapporto delle famiglie con il contesto sanitario. Negli studi 2, 3, 11 e 13, i genitori riferiscono la difficoltà iniziale nell'identificare i servizi specializzati adibiti alla cura e alla diagnosi della disforia di genere nonché al perfezionamento della transizione di genere. I motivi principali che hanno spinto i familiari a ricercare l'assistenza delle cliniche specializzate si esplicano nel bisogno di inquadrare gli step del percorso di affermazione di

genere, incrementare il benessere dei propri figli transgender e soddisfare le loro richieste specifiche. Nel tredicesimo studio (13), i caregiver raccontano di essersi rivolti a Internet, al medico curante, ad altri giovani transgender (mediante i figli) e alle organizzazioni a essi dedicate al fine di rintracciare gli operatori sanitari locali specializzati nelle procedure di transizione di genere. Tali modalità di ricerca sono state riscontrate anche nel terzo studio (3), dove i genitori sono stati ulteriormente consigliati dai professionisti della salute mentale e dalla visione di documentari sul percorso di affermazione di genere delle persone transgender. Il primo contatto con il medico curante è risultato piuttosto inefficace, in quanto spesso a disagio nel toccare l'argomento e disinformato rispetto alle referenze richieste e all'assistenza per l'affermazione di genere. Inoltre, lo staff sanitario viene definito impreparato sia a livello teorico, accusando lacune informative notevoli relative alla terapia ormonale sostitutiva e alle procedure chirurgiche di affermazione di genere sia a livello pratico, nel non uso del nome d'elezione o dei pronomi corretti, nei suggerimenti patologizzanti la varianza di genere, nell'incapacità di gestire le fasi acute della disforia di genere degli adolescenti, nella minimizzazione delle preoccupazioni dei familiari e negli alti tassi di ricambio o nella carenza del personale. Alle difficoltà sopracitate, si aggiungono l'assenza dei servizi per la salute mentale dei giovani e dei genitori all'interno delle cliniche, tempi di attesa eccessivi per le procedure di affermazione di genere, la sensazione di esclusione delle famiglie dai processi decisionali, la mancanza di uno spazio adibito unicamente alla transizione di genere (sostituito malamente dalle cliniche femminili), restrizioni dell'assicurazione sanitaria che non sempre copre tali spese mediche e difficoltà logistiche nel raggiungere le cliniche specializzate. Gli studi 1, 7 e 13 enfatizzano come i servizi di assistenza sanitaria rappresentino un punto di riferimento importante per le famiglie in una situazione in cui scarseggiano le risorse di aiuto. In tal senso, è essenziale che gli operatori sanitari siano in grado di informare dettagliatamente i genitori sulle procedure mediche della transizione di genere con rischi e benefici sul breve e lungo termine, adoperare il nome d'elezione e i pronomi adeguati all'identità di genere dei pazienti, richiedere il consenso prima di ogni prestazione e garantire un'assistenza costante e personalizzata in un setting dedicato unicamente all'affermazione di genere.

Parallelamente, il supporto dei professionisti della salute mentale durante tutto il percorso si presta ad essere altrettanto utile al fine di ridurre i livelli d'ansia dei familiari legati ai sintomi della disforia di genere dei figli, trasmettere l'idea che non vi è alcuna colpa genitoriale legata all'identità transgender, spingere le famiglie all'apertura, al sostegno e all'orgoglio e prendersi cura anche dei bisogni personali.

2.4 Limiti degli studi

Due limiti comuni alla quasi totalità degli articoli riguardano determinate caratteristiche del campione e la conseguente generalizzabilità dei risultati. Come indicato precedentemente, dei 182 genitori totali che hanno partecipato agli studi, il 79% è rappresentato dalle madri. Inoltre, negli studi 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 12 e 13 le modalità di reclutamento delle famiglie, spesso mediante reti di supporto della comunità LGBTQ+ e cliniche specializzate, hanno condotto al coinvolgimento di quei caregiver che presentano la volontà o almeno i mezzi per supportare il percorso di affermazione di genere dei propri figli. Un altro limite interessa il campione degli adolescenti transgender, tra i quali più della metà si identifica come ragazzo transgender (studi 2, 3, 4, 5, 7, 8 e 13). Infine, tutti gli studi, a eccezione delle due revisioni sistematiche, mancano di eterogeneità sia dal punto di vista etnico, poiché i partecipanti appartengono alla popolazione caucasica, sia da quello geografico. Tali limiti riducono di molto la generalizzabilità dei risultati, dal momento che sono stati trascurati i vissuti personali dei padri, dei genitori di ragazze transgender, delle famiglie meno supportive nei confronti dei figli in transizione di genere, di quelle che non si sono rivolte ai servizi di assistenza specializzati o ai gruppi di sostegno, delle comunità non bianche e di quelle provenienti da diverse aree del mondo. Nel secondo studio (2), è stata riscontrata la tendenza dei caregiver a razionalizzare le loro esperienze senza lasciar spazio alle proprie reazioni emotive. Nel terzo studio (3), il setting delle interviste può aver generato dei bias nei genitori rispetto all'assistenza ricevuta. Nel quinto studio (5), la concettualizzazione di lutto proposta potrebbe essere fuorviante per quelle famiglie che non lo

sperimentano e non si rivolgono alla terapia per affrontare la transizione di genere dei figli. Nell'ottavo studio (8), le esperienze passate rievocate dai partecipanti risultano incorniciate secondo la prospettiva del presente che probabilmente distorce la maniera in cui gli eventi sono ricordati o compresi e il metodo adoperato per i colloqui potrebbe aver aumentato il rischio di incorrere nel bias della desiderabilità sociale, per cui le diadi potrebbero aver trattenuto o mascherato delle esperienze per proteggersi dal giudizio percepito dell'intervistatore. Nel nono studio (9), non vengono esplorate le conseguenze sui giovani a cui i genitori hanno impedito o negato l'accesso ai bloccanti della pubertà.

CAPITOLO 3: IL CASO DI GIORGIO

3.1 Introduzione

Il seguente caso clinico è stato estratto dall'attività di tirocinio che ho svolto personalmente nel periodo tra marzo e giugno 2023 presso lo studio di psicologia e psicoterapia del Dott. Luca Zerbato ad Altavilla Vicentina. Per raccogliere i dati necessari alla presentazione del caso clinico, è stata consultata la cartella clinica del paziente e sono state sbobinate le sedute di psicoterapia precedentemente videoregistrate. Durante tali attività, il focus si è gradualmente spostato dalla condizione del paziente a quella della sua famiglia, scegliendo di riportare i loro vissuti relativi al percorso di affermazione di genere del figlio. L'inserimento di tale caso clinico nell'elaborato è stato motivato dall'esigenza di un riscontro reale delle esperienze dei genitori con figli transgender, andando ad arricchire il prospetto teorico esposto nel secondo capitolo.

3.2 Presentazione del caso clinico

Nel 2021 si presenta al primo colloquio Giorgio, ragazzo transgender di 19 anni, su invio dell'associazione G.a.G.a. Vicenza (Gruppo di Ascolto Giovani Arcobaleno, un'associazione attiva sul territorio vicentino con uno sportello di ascolto per le persone LGBTQ+) con una richiesta per una terapia di affermazione di genere legata alla propria identità di genere. Il paziente lavora nell'ambito della ristorazione stagionale (invernale ed estiva), ma al tempo stesso sta riflettendo sull'eventualità di cominciare l'università. La prima seduta di consultazione verte primariamente sui vissuti del paziente circa la propria identità di genere, la disforia che afferma di provare, il livello di consapevolezza raggiunto, i propri obiettivi e le conseguenti necessità personali. Emerge subito una precedente esperienza con una psicoterapeuta individuata con l'aiuto della madre, che lo porterà a

rivolgersi all'associazione G.a.G.a. In seguito, Giorgio riferisce il desiderio di intraprendere il percorso di affermazione e adeguamento di genere, di essere maggiormente pronto e consapevole rispetto al passato, seppure persista un sentimento d'ansia legato alle tappe da affrontare. Tra esse in particolare il processo di coming out, per il timore di essere rifiutato parzialmente legato alla transfobia interiorizzata, definita come "disagio con la propria identità transgender a seguito dell'interiorizzazione delle aspettative sociali di normatività di genere" (Bockting et al., 2020).

Al termine delle sedute di consultazione, emergono le risorse e le difficoltà del paziente che guideranno gli obiettivi della fase terapeutica successiva. Tra le prime vi sono un maggiore livello di consapevolezza di sé come persona transgender rispetto al passato e una spinta motivazionale più forte nella direzione di intraprendere il percorso di affermazione della sua identità di genere. Inoltre, la famiglia si dimostra gradualmente sempre più accogliente e accettante in seguito al suo coming out. In tal proposito, il processo generale di coming out, che era iniziato già prima della consultazione, si concluderà durante la terapia e in modo positivo coinvolgendo tutta la cerchia relazionale di Giorgio (gruppo di amici e famiglia allargata). Per quello che concerne le difficoltà, esse sono rappresentate dagli effetti deleteri dello stigma interiorizzato dal paziente: l'anticipazione del rifiuto altrui, il timore di non essere compreso e riconosciuto dagli altri, l'eccessiva sensibilità al giudizio, la mancanza di fiducia in se stesso nel rapportarsi col mondo esterno e il sentimento di disforia che pervade e distorce la percezione del proprio corpo, vissuto come inadeguato e incongruente con l'immagine ideale di sé.

3.3 Metodologia e strumenti di intervento

La metodologia di intervento adoperata durante il processo terapeutico per gestire le difficoltà del paziente e accompagnarlo nel percorso di affermazione della propria identità di genere rientra nel modello teorico sistemico-relazionale. Sono state effettuate 42 sedute totali distribuite in tre anni di terapia a partire dal 2021, tra cui 39 sedute individuali, una seduta di allargamento a tutta la famiglia

composta da Giorgio, la sorella e i genitori, una seduta di allargamento ai genitori e una seduta con solo i genitori. Sono state videoregistrate e trascritte alcune sedute individuali, la seduta di allargamento a tutta la famiglia e la seduta con solo i genitori. Gli strumenti proposti ai fini della diagnosi e del trattamento sono rappresentati dal genogramma, per approfondire la storia della famiglia; interventi di psicoeducazione sul *minority stress* e la gestione delle discriminazioni; il lavoro terapeutico focalizzato sull'incremento dell'autostima e della fiducia in se stesso; l'accompagnamento all'ampliamento del coming out, superando le paure e l'ansia legate all'essere o meno riconosciuto dagli altri, disattivando i meccanismi di difesa, incoraggiando l'ingresso nella comunità transgender e guidando il coming out familiare; interventi di psicoeducazione sulla disforia di genere, spiegando quali sentimenti e questioni (ad esempio il corpo) afferiscono alla disforia, la necessità di esprimerli e ricevere il supporto altrui; le sedute di allargamento alla famiglia per informare i parenti sulla situazione di Giorgio; esercizi corporei mutuati dalle tecniche sessuologiche che prevedono l'osservazione del proprio corpo nudo allo specchio e l'esplorazione delle varie aree del corpo da un punto di vista tattile con lo scopo di discutere di quello che il paziente sente e prova in relazione al proprio corpo e per fare in modo che si confronti con ciò che non cambia e con l'effetto non "miracoloso" della terapia ormonale sostitutiva; infine, la somministrazione dei seguenti test psicologici: STAI (State-Trait Anxiety Inventory), DES (Dissociative Experience Scale) e il Rorschach. Dai test emerge il profilo diagnostico del paziente caratterizzato da un livello alto di ansia di tratto (punteggio di 59 all'ansia di tratto dello STAI), sintomi gravi di derealizzazione e depersonalizzazione (punteggio di 48,33 alla sottoscala di derealizzazione e depersonalizzazione della DES), generalmente attesi nelle persone transgender per la presenza di domande sul riconoscimento di se stesse allo specchio, ansia prestazionale, ansia relazionale e aspetti di protezione dalle proprie emozioni dovute ad una quantità di risposte alle tavole del Rorschach decisamente sopra la media (70 interpretazioni rispetto a un range che si aggira tra le 20 e le 40) prevalentemente formali e con pochi contenuti umani, di colore e movimento.

3.4 Le sedute familiari

La prima seduta di allargamento a tutta la famiglia si svolge nell'ottobre 2021 e vi partecipano Giorgio, la madre, il padre e la sorella. Ai fini dell'elaborato, saranno esposti i contenuti relativi all'esperienza dei genitori di Giorgio, tralasciando i vissuti della sorella. Il primo tema che emerge dal colloquio è la preoccupazione condivisa da entrambi i genitori nei confronti di una società descritta come "retrograda" dal padre di Giorgio e caratterizzata dai pregiudizi e dall'ignoranza. Gli attacchi all'identità transgender del figlio vengono considerati scontati e i genitori si interrogano su come affrontare le reazioni altrui e proteggere Giorgio. Il discorso viene messo momentaneamente da parte e il terapeuta propone un intervento di psicoeducazione che spiega le componenti dell'identità sessuale, le caratteristiche della disforia di genere e le sue conseguenze sulla salute mentale degli individui transgender. Successivamente, ai genitori viene chiesto come percepiscono la disforia di genere del figlio, ma il padre sposta la discussione sul perché Giorgio sia transgender. Il terapeuta chiarisce che essere transgender è il risultato della combinazione di fattori genetici e ambientali e sottolinea che non vi sono colpe da parte di nessuno. Il senso di colpa provato dai genitori deriva dall'aver donato a Giorgio un corpo non allineato con le sue aspettative, tuttavia non esiste una vera volontà da parte dei genitori di dare al figlio un certo corpo. Il quarto tema affrontato durante la seduta riguarda il processo di coming out come familiari di una persona transgender. La madre afferma di avere un carattere pessimista, aspettandosi il rifiuto degli altri e portando come esempio le reazioni negative di alcune persone rispetto all'omosessualità. Giorgio confessa che il processo di coming out gli ha provocato molta ansia perché non sapeva come avrebbero potuto rispondere gli altri e tale paura persiste ancora al momento della seduta. Il terapeuta spiega che generalmente i primi coming out non sono facili, ma che diventerà sempre più semplice se non si parte dal pregiudizio che le altre persone siano intolleranti. In realtà, il timore inconscio dei genitori è che i propri pari attribuiscono a loro la colpa dell'identità transgender di Giorgio. Il tema del senso di colpa si dimostra molto vivo nella coppia e soprattutto nel padre, i cui cromosomi hanno assegnato al figlio il sesso

biologico sbagliato. Il terapeuta rassicura i genitori affermando che, se la famiglia è in grado di trasmettere supporto e tranquillità a Giorgio, sarà più facile che la persona con cui fanno coming out accetti questa situazione. Inoltre, i genitori risulteranno maggiormente preparati alle domande che gli altri potrebbero porre. L'ultimo argomento riguarda le paure dei genitori nei confronti dei cambiamenti fisici del figlio. Il padre ammette la sua difficoltà nell'immaginarsi il figlio come un uomo dopo tanti anni in cui è stato cresciuto come una donna. Invece, la madre appare molto ansiosa relativamente agli effetti collaterali delle procedure mediche di affermazione di genere come la terapia ormonale sostitutiva e gli interventi chirurgici. Il terapeuta empatizza con le preoccupazioni della madre, ma ricorda ai genitori che si tratta di tappe necessarie al fine di ridurre il malessere psichico del figlio. Come descritto nei capitoli precedenti, il supporto e la presenza dei familiari risultano dei fattori protettivi essenziali per il benessere degli individui transgender. Il terapeuta termina la seduta illustrando in dettaglio gli step della transizione di genere alla famiglia, mostrando come i cambiamenti fisici siano in realtà molto gradualmente e non forzatamente legati alle procedure chirurgiche di affermazione di genere. Infine, il terapeuta consiglia ai genitori di costruire la nuova abitudine di utilizzare i pronomi corretti e il nome d'elezione di Giorgio e concordare con lui le modalità e il momento maggiormente consoni al coming out con altre persone.

La seconda seduta con i soli genitori si svolge nel mese di novembre 2021 e risponde alla necessità di dare uno spazio alla coppia genitoriale per esporre i dubbi e i vissuti emotivi personali in assenza di Giorgio. Rispetto alla prima seduta familiare, la madre porta un nuovo tema che è l'elaborazione del lutto legato alla figura di Giorgio come donna. Invece, il padre si dimostra maggiormente preoccupato nei confronti delle reazioni altrui al coming out del figlio, riferendo che sarà un peso per la famiglia sopportare l'ipocrisia e il finto buonismo delle persone, in particolare da parte di altri familiari e degli amici. Rispetto a questi ultimi, emerge il timore che si spezzino dei legami importanti, ad esempio tra il padre e i suoi tre fratelli o i suoi amici più stretti. Entrambi i genitori concordano sul fatto che fare coming out come persona transgender è più complesso se

paragonato al coming out come persona omosessuale. Il terapeuta mette in pausa questo discorso e si focalizza sulla fase di elaborazione del lutto dei genitori. Il padre colloca il lutto a livello fisico, perché ammette di non riuscire ad immaginarsi il figlio come un uomo. La madre si definisce impreparata all'idea di avere un figlio maschio che andrà incontro a dei cambiamenti fisici come la crescita della barba o della peluria. Il padre si interroga ulteriormente sulla futura vita lavorativa e relazionale di Giorgio. Successivamente la discussione si sposta sulla difficoltà dei genitori nell'abbandonare il nome anagrafico del figlio (*dead name*) a causa dell'espressione di genere di Giorgio non ancora conforme allo stereotipo maschile. Il terapeuta anticipa ai genitori che Giorgio chiederà alla famiglia di accelerare questo processo e riconoscere interamente la sua identità transgender. In seguito, ritorna nuovamente il timore del coming out familiare non tanto in riferimento al mantenimento dei rapporti con parenti e amici, ma piuttosto alla paura di come queste persone si rivolgeranno al figlio. Il terapeuta conclude la seduta ripetendo ai genitori che i primi coming out di prova non saranno facili e coinvolgeranno le persone che si pensa accoglieranno l'identità transgender di Giorgio, divenendo via via un processo più semplice. Per il coming out familiare e gli altri step del percorso di affermazione di genere, il terapeuta rinvia i genitori di Giorgio ai gruppi di sostegno per le famiglie con figli transgender.

3.5 Discussione e conclusioni

Seguendo gli obiettivi di trattamento stabiliti in sede di consultazione, durante la terapia si è lavorato sulle difficoltà del paziente relative innanzitutto ai sintomi della disforia di genere e agli effetti della transfobia interiorizzata accompagnando Giorgio in ogni fase del percorso di affermazione di genere. Mediante la stesura della relazione indirizzata all'endocrinologo, Giorgio ha potuto accedere alla terapia ormonale sostitutiva grazie alla quale il suo malessere psicologico si è notevolmente ridotto. A tale trattamento sono seguiti il processo di rettifica dei dati anagrafici e la richiesta di un intervento di mastectomia (rimozione del seno) con il sostegno dei familiari. Il

coinvolgimento dei genitori di Giorgio nel processo terapeutico si è rivelato funzionale per un maggiore supporto nei confronti della transizione di genere del figlio, l'utilizzo del nome d'elezione e dei pronomi maschili senza errori, l'elaborazione delle ansie e del lutto ambiguo in riferimento ai cambiamenti fisici scaturiti dalla terapia ormonale sostitutiva e dalle procedure chirurgiche di affermazione di genere e il perfezionamento del coming out familiare. I temi emersi dalle due sedute di allargamento alla famiglia, quali la preoccupazione per il futuro di Giorgio e il suo adattamento in una società "retrograda" e non tollerante, il senso di colpa dei genitori per aver donato al figlio un corpo non allineato al genere esperito, i rischi del coming out familiare di spezzare legami importanti con altri parenti o amici e sentire il peso dei pregiudizi altrui, le paure e le ansie al pensiero di un figlio maschio in divenire, rispecchiano ampiamente i vissuti dei genitori di adolescenti transgender esposti nel secondo capitolo dell'elaborato. In conclusione, il caso clinico ci permette di evidenziare ancora una volta la necessità di intendere la transizione di genere come un processo sistemico, durante il quale i professionisti della salute mentale e gli operatori sanitari sono tenuti a seguire e sostenere non solo le persone transgender, in primis protagoniste del percorso, ma anche le loro famiglie garantendo un'esperienza di cura personalizzata e costante.

CAPITOLO 4: LIMITI DELLA RICERCA E CONCLUSIONI

Questa review narrativa, partendo dalle testimonianze individuali dei genitori, delinea le esperienze delle famiglie con figli transgender esplorandone i vissuti emotivi interni, il confronto con il contesto familiare allargato, lavorativo, scolastico e sociopolitico e il rapporto con l'ambito sanitario. Come descritto nel paragrafo precedente, il limite principale di tale review interessa sia il campione dei genitori sia quello degli adolescenti, poiché le madri e i ragazzi transgender risultano maggiormente rappresentati. Un secondo limite è dovuto al coinvolgimento dei familiari che già sostenevano la transizione di genere dei figli, escludendo la possibilità di evidenziare ulteriori ostacoli al riconoscimento e all'accettazione delle identità transgender da parte dei genitori meno supportivi o non tolleranti. Un terzo limite è la mancanza di dati sulle famiglie appartenenti a comunità non bianche e residenti in aree geografiche differenti dagli Stati Uniti, il Canada, l'Italia, la Polonia, il Regno Unito e il Brasile, che altrimenti permetterebbe di approfondire l'impatto dei contesti sociopolitici più o meno tolleranti e della disponibilità più o meno ridotta delle risorse e dei servizi locali per la transizione di genere sull'esperienza familiare complessiva. Dati i potenziali benefici della ricerca sui vissuti dei genitori coinvolti nel percorso di affermazione di genere dei figli, in futuro potrebbe essere utile ampliare l'insieme delle testimonianze familiari attraverso studi qualitativi più rigorosi e casi studio con un campione più numeroso e diversificato e stabilire linee guida chiare ed efficaci per un intervento sistemico empatico e competente da parte degli operatori sanitari e dei professionisti della salute mentale specializzati nel lavoro con le persone transgender e le loro famiglie.

SITOGRAFIA

* American Psychological Association. (2015). APA Dictionary of Psychology (2nd ed.).

<https://dictionary.apa.org/sex>

* American Psychological Association. (2015). APA Dictionary of Psychology (2nd ed.).

<https://dictionary.apa.org/intersex>

* American Psychological Association. (2015). APA Dictionary of Psychology (2nd ed.).

<https://dictionary.apa.org/gender-identity>

* American Psychological Association. (2015). APA Dictionary of Psychology (2nd ed.).

<https://dictionary.apa.org/gender-role>

* American Psychological Association. (2022, May 23). A Guide to Sexual Orientation and Gender

Diversity Terms. <https://www.apa.org/ed/precollege/psychology-teacher-network/introductory-psychology/diversity-terms>

* Enciclopedia Treccani. (2018). Neologismi.

https://www.treccani.it/enciclopedia/cisgender_%28altro%29/

* Enciclopedia Treccani. (2018). Neologismi.

https://www.treccani.it/enciclopedia/genderfluid_%28altro%29/

* Enciclopedia Treccani. (2021). Neologismi.

[https://www.treccani.it/vocabolario/non-binario_\(Neologismi\)/](https://www.treccani.it/vocabolario/non-binario_(Neologismi)/)

* Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere. La disforia di genere.

<http://www.onig.it/drupal8/index.php/node/8>

* Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere. Il percorso in pillole. <http://www.onig.it/node/9>

BIBLIOGRAFIA

- * Abreu, P. D., Andrade, R. L. P., Maza, I. L. D. S., Faria, M. G. B. F., Nogueira, J. A., & Monroe, A. A. (2022). Dynamics of Primary Social Networks to Support Mothers, Fathers, or Guardians of Transgender Children and Adolescents: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 19(13), 7941.
- * Abreu, P. D., Andrade, R. L. P., Maza, I. L. S., Faria, M. G. B. F., Valença, A. B. M., Araújo, E. C., Palha, P. F., Arcêncio, R. A., Pinto, I. C., Ballesteros, J. G. A., Almeida, S. A., Nogueira, J. A., & Monroe, A. A. (2022). Support for Mothers, Fathers, or Guardians of Transgender Children and Adolescents: A Systematic Review on the Dynamics of Secondary Social Networks. *International journal of environmental research and public health*, 19(14), 8652.
- * American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edn, Text Revision*. (2022). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- * Apeiranthitou, V., Thomas, G., & Louka, P. (2019). Gender dysphoria: A critical discussion of the understanding and treatment of gender dysphoria. *Dialogues in Clinical Neuroscience & Mental Health*, 2(1), 72-80.
- * Aramburu Alegría, C. (2018). Supporting families of transgender children/youth: Parents speak on their experiences, identity, and views. *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 132–143.
- * Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne Romine, R. E., Dolezal, C., Robinson, B. B. E., Rosser, B. R. S., & Coleman, E. (2020). The Transgender Identity Survey: A Measure of Internalized Transphobia. *LGBT health*, 7(1), 15–27.
- * Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., ... & Zucker, K. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *International journal of transgenderism*, 13(4), 165-232.

- * Coolhart, D., Ritenour, K., & Grodzinski, A. (2018). Experiences of Ambiguous Loss for Parents of Transgender Male Youth: A Phenomenological Exploration. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 40(1), 28–41.
- * Dunlap, S. L., Goldbach, J. T., Olson-Kennedy, J., & Held, J. (2023). “How in God’s Name Are We Going to Navigate This?”: Parent Support for Transgender Adolescents. *Journal of Child & Family Studies*, 32(12), 3926–3946.
- * Frigerio, A., Montali, L., Anzani, A., & Prunas, A. (2021). “We’ll Accept Anything, as Long as She Is Okay”: Italian Parents’ Narratives of Their Transgender Children’s Coming-out. *Journal of GLBT Family Studies*, 17(5), 432–449.
- * Horton, C. (2023). “I Didn’t Want Him to Disappear” Parental Decision-Making on Access to Puberty Blockers for Trans Early Adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 43(4), 490–515.
- * Kaltiala-Heino, R., Bergman, H., Työläjärvi, M., & Frisén, L. (2018). Gender dysphoria in adolescence: current perspectives. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 31-41.
- * Kłonkowska, A. (2022). “...I’m Not Unaccepting, I’m Just Concerned...”. The Struggles of Polish Parents of Trans Youths. *Polish Sociological Review*, 219(3), 407–422.
- * Kyriakou, A., Nicolaides, N. C., & Skordis, N. (2020). Current approach to the clinical care of adolescents with gender dysphoria. *Acta bio-medica : Atenei Parmensis*, 91(1), 165–175.
- * Lopes, P. F., Melo, L. L., Ribeiro, C. A., & Toledo, V. P. (2022). Experiences of families of adolescents with gender incongruence in the light of the Calgary Models for Families. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 56, e20220027.
- * McConnell, E. A., Birkett, M., & Mustanski, B. (2016). Families matter: Social support and mental health trajectories among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 59(6), 674-680.

- * Pacey, M. S., Ananda, J., Thomas, M. M. C., Sanders, I., Hiebert, D., & Monley, T. D. (2021). "I Have Nowhere to Go": A Multiple-Case Study of Transgender and Gender Diverse Youth, Their Families, and Healthcare Experiences. *International journal of environmental research and public health*, 18(17), 9219.
- * Page, M. et al. (2021). BMJ 2021;372:n71. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.n71>
- * Pullen Sansfaçon, A., Kirichenko, V., Holmes, C., Feder, S., Lawson, M. L., Ghosh, S., Ducharme, J., Temple Newhook, J., & Suerich-Gulick, F. (2020). Parents' Journeys to Acceptance and Support of Gender-diverse and Trans Children and Youth. *Journal of Family Issues*, 41(8), 1214–1236.
- * Schimmel-Bristow, A., Haley, S. G., Crouch, J. M., Evans, Y. N., Ahrens, K. R., McCarty, C. A., & Inwards-Breland, D. J. (2018). Youth and caregiver experiences of gender identity transition: A qualitative study. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 5(2), 273–281.
- * Wagner, L. D., & Armstrong, E. (2020). Families in transition: The lived experience of parenting a transgender child. *Journal of Family Nursing*, 26(4), 337–345.
- * Yazdanpanahi, Z., Ebrahimi, A., Badrabad, N., & Akbarzadeh, M. (2022). Gender Dysphoria, Its Causes and Symptoms: A Review. *Journal of Health Science and Medical Research*, 41(1), 1-13.