

Università degli Studi di Padova

Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Neuroscienze

Direttore: Ch.mo prof. Raffaele De Caro

UOC di Psichiatria

Direttore: Ch.ma prof.ssa Angela Favaro

TESI DI LAUREA

La salute mentale nelle persone transgender: uno studio trasversale

Relatore: Prof. Paolo Meneguzzo

Laureando: Cristoforo Simonte

Mat: 1152172

Anno Accademico 2023-2024

A mio padre.

INDICE

RIASSUNTO	3
ABSTRACT	7
CAPITOLO I: SESSO, GENERE ED ORIENTAMENTO SESSUALE	11
1. <i>ESPLORANDO I CONFINI DEL SESSO E DEL GENERE</i>	11
2. <i>DISFORIA DI GENERE: DEFINIZIONI PRINCIPALI</i>	13
CAPITOLO II: DISFORIA DI GENERE E SALUTE MENTALE	15
1. <i>STORIA</i>	15
2. <i>DISFORIA DI GENERE O INCONGRUENZA DI GENERE?</i>	17
3. <i>DEFINIZIONE DI DISFORIA GENERE</i>	18
4. <i>EPIDEMIOLOGIA</i>	19
5. <i>FATTORI DI RISCHIO E PROGNOSI</i>	20
6. <i>DIAGNOSI (DSM-V, American Psychiatric Association, 2014)</i>	21
6.1 <i>Criteri per la diagnosi della disforia di genere nei bambini</i>	21
6.2 <i>Criteri per la diagnosi della disforia di genere negli adolescenti e negli adulti</i> .22	
7. <i>DIAGNOSI DIFFERENZIALE</i>	23
8. <i>PERCORSO DI AFFERMAZIONE DI GENERE</i>	24
8.1 <i>Percorso Psicologico / Psichiatrico</i>	25
8.2 <i>Percorso clinico (endocrinologico)</i>	26
8.3 <i>Percorso legale</i>	30
8.4 <i>Percorso chirurgico di affermazione di genere</i>	31
9. <i>DE-TRANSIZIONE</i>	32
10. <i>COMORBIDITÀ DELLA DISFORIA DI GENERE</i>	33
10.1 <i>Disforia di Genere e Schizofrenia</i>	35
10.2 <i>Disforia di Genere e Disturbi dello Spettro Autistico</i>	37
10.3 <i>Disforia di Genere e Disturbo di Personalità</i>	38
10.4 <i>Disforia di Genere e Disturbi Dissociativi</i>	39
10.5 <i>Disforia di Genere e Comportamenti Anticonservativi</i>	41
11. <i>SALUTE MENTALE</i>	43
CAPITOLO III: SCOPO DELLO STUDIO	47
CAPITOLO IV: METODI	49
1. <i>PARTECIPANTI E PROCEDURE</i>	49

2. MISURE.....	50
2.1 Questionari.....	50
3. ANALISI STATISTICHE.....	53
CAPITOLO V: RISULTATI	57
1. PROCEDURA DI MATCHING.....	57
3. ANALISI DI CORRELAZIONE.....	60
CAPITOLO VI: DISCUSSIONE.....	63
CAPITOLO VII: CONCLUSIONI.....	67
BIBLIOGRAFIA.....	69
ALLEGATI	85
1. FIGURE.....	85
2. TABELLE	87

RIASSUNTO

Il contesto del sesso e del genere è un ambito estremamente complesso e controverso, con terminologie variegata che assumono significati diversi tra diverse discipline e persino all'interno delle stesse. È fondamentale distinguere tra sesso, genere e orientamento sessuale.

*“La **disforia di genere** si riferisce al disagio che può accompagnare l'incongruenza tra il genere vissuto o espresso e il genere assegnato. Tuttavia, è definita più specificamente quando utilizzata come categoria diagnostica. Non si riferisce al disagio legato allo stigma, una fonte di disagio distintamente anche se possibilmente co-occorrente (DSM-V, American Psychiatric Association, 2014).”*

Le persone TGD rappresentano una parte significativa e in crescita della popolazione generale, il che richiede una risposta adeguata da parte della comunità medica e della società nel suo complesso.

Il percorso per raggiungere un'identità di genere congruente può includere diverse fasi, come il percorso psicologico, clinico-medico, legale e chirurgico, ma non tutti gli individui transgender seguono tutte queste fasi. Alcuni potrebbero non sentirne la necessità o scegliere di non intraprenderle. Tuttavia, la definizione di transgender rimane invariata, indipendentemente dalla decisione di modificare le caratteristiche fisiche attraverso interventi medici.

L'identità di genere e la salute mentale sono strettamente correlate, specialmente per le persone transgender, che possono affrontare sfide significative. Sebbene il concetto di disforia di genere sia stato ridefinito nel corso degli anni per evitare etichette patologiche, le persone transgender mostrano una prevalenza più alta di disturbi come ansia, depressione e comportamenti autolesionistici rispetto alla popolazione cisgender.

Le persone transgender sono più a rischio di sviluppare disturbi mentali come ansia, depressione e abuso di sostanze rispetto alla popolazione cisgender, con conseguenze sulla qualità della vita e sull'esperienza di discriminazione sociale.

Affrontare la disforia di genere richiede una valutazione approfondita delle comorbidità psichiatriche e mediche per garantire un trattamento mirato ed efficace.

SCOPO. L'obiettivo dello studio è analizzare la salute mentale e il benessere della comunità transgender nel Veneto, Italia. L'obiettivo è confrontare i risultati dei partecipanti transgender con quelli di un gruppo di controllo cisgender per individuare eventuali differenze nella salute mentale e nel benessere. Questo confronto sarà valutato in base alla ricerca medica esistente per determinare se i dati raccolti confermano le osservazioni precedenti su questo argomento delicato nel contesto storico e culturale attuale.

METODI. Lo studio ha coinvolto partecipanti reclutati attraverso comunicazioni inviate tramite le liste di distribuzione dei gruppi LGBTQ+ nella Regione del Veneto, situata nel nord-est Italia. I soggetti inclusi nello studio non dovevano necessariamente aver completato una transizione sociale o medica per quanto riguarda il loro genere. La raccolta dei dati è stata eseguita tra agosto 2019 e gennaio 2020.

MATERIALI. La prima parte del questionario raccoglie informazioni demografiche come età, altezza, peso attuale e storico del peso. Questi dati sono usati per calcolare l'indice di massa corporea (BMI). Viene anche chiesto il livello di istruzione. I partecipanti devono specificare il loro genere tra cisgender, transgender o queer, e fornire dettagli sul sesso assegnato alla nascita e sul genere attuale. L'orientamento sessuale viene valutato tra eterosessuale, bisessuale, omosessuale o asessuale. La parte successiva del questionario include quattro questionari: RSES per valutare l'autostima complessiva; PACS per valutare i confronti legati all'aspetto fisico; PHQ-9 per valutare la presenza e la gravità della depressione; EAT-26 per individuare disturbi del comportamento alimentare) e undici domande riguardanti comportamenti non conservativi.

RISULTATI. Il gruppo di controllo (CP) è stato scelto in modo da essere simile al gruppo transgender (TP) per età, BMI, sesso biologico alla nascita, orientamento sessuale e livello di istruzione. Questo processo ha garantito che non ci fossero differenze significative tra i gruppi per queste variabili chiave. Nell'analisi comparativa tra i due gruppi si è notato che i soggetti transgender (TP) hanno riportato sintomi depressivi e comportamenti alimentari più pronunciati rispetto ai soggetti cisgender (CP). Non ci sono state differenze significative nei confronti fisici attuali, ma l'autostima è risultata significativamente più bassa nei soggetti transgender (TP) rispetto ai soggetti cisgender (CP); inoltre, i soggetti transgender (TP) hanno segnalato una maggiore esperienza di autolesionismo e pensieri suicidi rispetto ai soggetti cisgender (CP). Nell'analisi di correlazione è stato evidenziato che nel gruppo transgender (TP), l'età è correlata negativamente con il confronto dell'aspetto fisico e le abitudini alimentari, ma positivamente con l'indice di massa corporea (BMI). Inoltre, sono emerse correlazioni positive tra il BMI massimo e i sintomi depressivi.

CONCLUSIONI. Lo studio ha rivelato che le persone transgender presentano significative differenze rispetto alle persone cisgender in termini di sintomi depressivi, disturbi alimentari e comportamenti autolesionistici, con un impatto significativo sulla loro salute mentale. Inoltre, è stato osservato che le persone transgender hanno un'autostima più bassa rispetto alle persone cisgender. L'analisi delle correlazioni ha evidenziato relazioni importanti tra età, sintomi depressivi e atteggiamenti riguardanti l'aspetto fisico e le abitudini alimentari nella comunità transgender, sottolineando l'importanza di considerare il contesto di vita e lo sviluppo nell'approccio alla valutazione e al trattamento della loro salute mentale. Questi risultati indicano la necessità di fornire interventi mirati per affrontare le specifiche sfide di salute mentale che le persone transgender affrontano. In

conclusione, l'importanza di sviluppare interventi efficaci e promuovere un ambiente inclusivo per tutti, indipendentemente dall'identità di genere, è enfatizzata attraverso la ricerca continua sulla salute mentale delle persone transgender.

ABSTRACT

The context of sex and gender is an extremely complex and controversial field, with varied terminologies that hold different meanings across various disciplines and even within the same discipline. It is crucial to distinguish between sex, gender, and sexual orientation.

«Gender dysphoria refers to the distress that may accompany the incongruence between the gender experienced or expressed and the gender assigned. However, it is specifically defined when used as a diagnostic category and does not refer to stigma-related distress, although it may co-occur (DSM-V, American Psychiatric Association, 2014)».

Transgender and gender diverse (TGD) individuals represent a significant and growing portion of the general population, necessitating an appropriate response from the medical community and society as a whole.

The path to achieving a congruent gender identity may involve various stages, such as psychological, clinical-medical, legal, and surgical pathways, but not all transgender individuals undergo all these stages. Some may not feel the need or choose not to pursue them. However, the definition of transgender remains unchanged, regardless of the decision to modify physical characteristics through medical interventions.

Gender identity and mental health are closely correlated, especially for transgender individuals, who may face significant challenges. Although the concept of gender dysphoria has been redefined over the years to avoid pathological labels, transgender individuals exhibit a higher prevalence of disorders such as anxiety, depression, and self-injurious behaviors compared to the cisgender population.

Transgender individuals are at higher risk of developing mental health disorders such as anxiety, depression, and substance abuse compared to the cisgender population, with consequences for quality of life and experiences of social discrimination.

Addressing gender dysphoria requires a thorough assessment of psychiatric and medical comorbidities to ensure targeted and effective treatment.

OBJECTIVE. The aim of the study is to analyze the mental health and well-being of the transgender community in the Veneto region, Italy. The goal is to compare the results of transgender participants with those of a cisgender control group to identify any differences in mental health and well-being. This comparison will be evaluated based on existing medical research to determine if the collected data confirm previous observations on this sensitive topic in the current historical and cultural context.

MATERIALS & METHODS. The study involved participants recruited through communications sent via LGBTQ+ group distribution lists in the Veneto region, located in northeastern Italy. Subjects included in the study did not necessarily have to have completed a social or medical transition regarding their gender. Data collection was conducted between August 2019 and January 2020. The first part of the questionnaire collects demographic information such as age, height, current weight, and weight history. These data are used to calculate body mass index (BMI), which indicates the relationship between weight and height. Education level is also queried. Participants must specify their gender as cisgender, transgender, or queer and provide details about their assigned sex at birth and current gender. Sexual orientation is assessed among heterosexual, bisexual, homosexual, or asexual categories. The next part of the questionnaire includes four surveys: RSES to assess overall self-esteem; PACS to assess appearance-related comparisons; PHQ-9 to evaluate the presence and severity of depression; EAT-26 to identify eating disorder symptoms; and eleven questions regarding non-conservative behaviors.

RESULTS. The control group (CP) was selected to be similar to the transgender group (TP) in terms of age, BMI, biological sex at birth, sexual orientation, and education level. This process ensured that there were no significant differences between the groups for these key variables. In the comparative analysis between the two groups, transgender subjects (TP) reported more pronounced depressive symptoms and eating behaviors compared to cisgender subjects (CP). There were no significant differences in current physical appearance, but self-esteem was significantly lower in transgender subjects (TP) compared to cisgender subjects (CP); moreover, transgender subjects (TP) reported greater experiences of self-injury and suicidal thoughts compared to cisgender subjects (CP). In the correlation analysis, it was highlighted that in the transgender group (TP), age was negatively correlated with appearance-related comparisons and eating habits but positively correlated with body mass index (BMI). Furthermore, positive correlations emerged between maximum BMI and depressive symptoms.

CONCLUSIONS. The study revealed significant differences in depressive symptoms, eating disorders, and self-injurious behaviors between transgender and cisgender individuals, with a significant impact on their mental health. Additionally, it was observed that transgender individuals have lower self-esteem than cisgender individuals. Correlation analysis highlighted important relationships between age, depressive symptoms, and attitudes towards physical appearance and eating habits in the transgender community, underscoring the importance of considering life context and development in the assessment and treatment of their mental health. These results indicate the need for targeted interventions to address the specific mental health challenges faced by transgender individuals. In conclusion, the importance of developing effective interventions and promoting an inclusive environment for all, regardless of gender identity, is emphasized through ongoing research on the mental health of transgender individuals.

CAPITOLO I: SESSO, GENERE ED ORIENTAMENTO SESSUALE

1. ESPLORANDO I CONFINI DEL SESSO E DEL GENERE

L'ambito del sesso e del genere è molto controverso tanto che, quando viene trattato, vengono utilizzati una moltitudine di termini il cui significato varia non solo nel tempo ma anche tra una disciplina ed un'altra e all'interno di una disciplina stessa: ad esempio, la parola "sesso" indica spesso sia l'essere maschio/femmina che la sessualità. Tra la pluralità di termini è fondamentale distinguere: sesso, genere e orientamento sessuale.

Il sesso (somatico) identifica le differenze biologiche, anatomiche e fisiologiche che distinguono gli individui in base alle loro caratteristiche sessuali ed è dicotomico (Maschio/Femmina). (DuBois et al., 2021). Questa distinzione si articola principalmente in due categorie:

- Sesso Biologico: complesso dei caratteri anatomici, morfologici, fisiologici (e negli organismi umani anche psicologici) che determinano e distinguono tra gli individui di una stessa specie. Queste caratteristiche comprendono: cromosomi sessuali, organi genitali interni ed esterni, ormoni sessuali, caratteri sessuali primari e secondari. (Treccani)
- Sesso riproduttivo: considera la capacità riproduttiva di un individuo basata sulle sue capacità di produrre gameti. (Treccani)

Le "*Diverse Sex Developments (DSD)*" o "*intersex*" vanno ad indicare tutte le condizioni somatiche intersessuali:

- Sviluppo di genitali ambigui (micropene, clitoromegalia);
- Sviluppo incompleto dell'anatomia sessuale (agenesia gonadica);
- Anomalie dei cromosomi sessuali (sindrome di Klinefelter, Sindrome di Turner);
- Disturbi dello sviluppo gonadico.

Queste condizioni (DSD) comportano variazioni nel percorso di sviluppo degli organi sessuali o nella produzione e azione degli ormoni sessuali. Nel tempo, si è discusso molto sulla terminologia più adeguata. Termini come "intersex" e "pseudoermafroditismo" sono stati aggiornati a "Disturbi dello Sviluppo Sessuale" secondo la dichiarazione di consenso di Chicago del 2006 per adottare un linguaggio medico più descrittivo e sensibile. (Beale JM et al., 2016)

Il genere si riferisce alla complessa interazione tra aspetti biologici, psicologici, sociali e culturali che definiscono l'identità di genere di un individuo. Viene utilizzato per indicare il ruolo pubblico, socioculturale e l'individuo lo esplicita attraverso i modi di fare, di vestirsi, di comportarsi e di interagire. (DuBois et al., 2021).

L'orientamento sessuale nonostante spesso viene confuso con il sesso e il genere, si discosta sensibilmente da questi in quanto si riferisce alla duratura attrazione romantica, sessuale ed emotiva di una persona nei confronti di individui di un genere particolare. Si tratta di un aspetto centrale dell'identità di una persona e può essere suddiviso in diverse categorie: eterosessuale, omosessuale, bisessuale, pansessuale, asessuale, tra gli altri. L'orientamento sessuale può essere fluido e può evolversi nel corso della vita di un individuo. (J. Michael Bailey et al., 2016).

2. DISFORIA DI GENERE: DEFINIZIONI PRINCIPALI

Nell'ambito della Disforia di Genere è importante conoscere queste definizioni:

Genere assegnato alla nascita (maschio/femmina): si assegna basandosi sul sesso fenotipico/biologico. [spesso è intercambiabile con sesso assegnato alla nascita];

Riassegnazione del genere: indica un cambiamento di genere ufficiale; i trattamenti per l'affermazione di genere sono procedure mediche che mirano a adattare le caratteristiche fisiche di un individuo al suo genere esperito.

[in queste ultime due definizioni vengono evidenziate piccole differenze terminologiche tra il DSM-V e il DSM-V-TR: in questa ultima versione il termine genere desiderato è stato sostituito da genere esperito e il termine procedura medica per il cambio di sesso è stato sostituito da procedura medica di affermazione del genere; allo stesso modo i termini maschio/femmina alla nascita è stato sostituito da maschio/femmina assegnat* all'individuo femmina/maschio alla nascita.]

Cisgender: termine usato per descrivere una persona il cui genere identitario corrisponde al sesso assegnato alla nascita.

Transgender: utilizzato per descrivere persone il cui genere identitario non corrisponde al sesso biologico che è stato loro assegnato alla nascita.

Uomo Transgender: individuo che all'anagrafe risulta femmina e che ha un'identità di genere maschile (FtM) AFAB o Assigned Female At Birth.

Donna Transgender: individuo che all'anagrafe risulta maschio e che ha un'identità di genere femminile (MtF) AMAB o Assigned Male At Birth.

Genere non Binario: l'identità di genere che non si limita esclusivamente alle categorie tradizionali di uomo o donna. Le identità non binarie possono includere termini come genderqueer, genderfluid, bigender, agender, tra molti altri.

CAPITOLO II: DISFORIA DI GENERE E SALUTE MENTALE

1. STORIA

Lo studio della disforia di genere ha inizio all'incirca nei primi anni del 1900 con l'introduzione dei termini "travestitismo" e "transessualismo" grazie al medico e sessuologo tedesco Magnus Hirschfeld, il quale fondò il primo Istituto di sessuologia nel mondo nel 1919. Gran parte del suo lavoro, purtroppo, venne persa durante la Seconda Guerra Mondiale (Marta Dora et al., 2021). L'obiettivo di Hirschfeld era quello di distinguere i soggetti con plausibile incongruenza di genere (ma non necessariamente disforia) dagli omosessuali senza disforia (R. Toni et al. 2023).

Nello stesso periodo, l'endocrinologo e sessuologo Harry Benjamin – nato nel 1885 a Berlino – combinando l'endocrinologia e la sessuologia, diventò il clinico principale per le persone transgender. Egli stesso, nel 1978, istituì la "Harry Benjamin Gender Dysphoria Association (HBGDA)", la quale redasse e pubblicò i primi standard di cura al mondo per le persone transgender l'anno seguente. Nel 2007, la HBGDA divenne la "World Association for Transgender Health" o "WPATH" (Marta Dora et al., 2021).

Il Travestitismo per molto tempo è stato utilizzato come termine per descrivere il desiderio di un gruppo di persone di vestirsi con i vestiti del sesso opposto. È stato considerato per molto tempo un vero e proprio "sintomo" ma solo nel momento in cui questo avveniva in un contesto di pressione emozionale (Benjamin. H, 1954).

La moderna distinzione tra genere e sesso può essere ricondotta a John Money e ai suoi collaboratori negli anni '50. Money rivendicò la priorità per il ruolo di genere ma fu ambivalente sulla separazione dell'identità di genere dal ruolo di genere. (D. Haig, 2023). Money discusse "ruolo di genere", "identità di genere" e "identità di genere centrale" (A. Bjrne, 2023).

"Il termine ruolo di genere è utilizzato per indicare tutte quelle cose che una persona dice o fa per rivelarsi come avendo lo status di ragazzo o uomo, ragazza o donna, rispettivamente. Include, ma non è limitato, alla sessualità nel senso dell'erotismo." (Money p. 254, 1955; Money et al., p.302, 1955)

Money ha avuto a che fare con l'introduzione del termine "ruolo di genere" ma non per quanto riguarda "l'identità di genere"; il concetto di quest'ultima è stato elaborato in discussioni congiunte di un progetto di ricerca su questo e problemi correlati da parte di Greenson e Stoller (Bjorne, 2023; Haig, 2023).

Robert Stoller e Ralph Greenson "hanno introdotto insieme il termine 'identità di genere' al 23° Congresso Psicoanalitico Internazionale a Stoccolma nel luglio-agosto del 1963 (D. F. Janssen, 2023):

"L'identità di genere è il senso di sapere a quale sesso si appartiene, cioè la consapevolezza 'Sono un maschio' o 'Sono una femmina'... Il termine 'identità di genere' è stato elaborato in discussioni congiunte di un progetto di ricerca su questo e problemi correlati da parte di Greenson e Stoller durante le quali molte delle formulazioni in questo articolo sono state sviluppate" (Stoller, 1964, p. 220).

"L'identità di genere si riferisce al proprio senso di appartenenza a un sesso particolare; viene espressa clinicamente nella consapevolezza di essere un uomo o un maschio, in distinzione dall'essere una donna o una femmina. (Il termine è stato formulato in collaborazione con Stoller, il cui intervento tratta un altro aspetto di questo argomento)" (Greenson, 1964, p. 217).

Con Money, Stoller e Greenson si inizia a delineare la definizione di Disforia di Genere caratterizzata, ad oggi, da due componenti: costituzionale a cui si è legati per causalità genetica (si cerca di superare questa tramite la chirurgia di riassegnazione di genere coadiuvata dalla terapia ormonale); neuro-plastica che coincide con le circuitazioni neuronali e che risente dell'imprinting di sviluppo (R. Toni et al., 2023).

Ad oggi, l'American Psychiatric Association nel DSM-V preferisce utilizzare il termine Disforia di Genere per le condizioni di disagio e/o malessere dovute al non

combaciare tra il sesso assegnato alla nascita e quello determinato dall'identità di genere; inoltre, ha limitato l'utilizzo del termine "travestito" ad un disordine di tipo mentale solo se associato all'eccitamento sessuale e quello di "transgender" al compimento della transizione di genere con terapia ormonale e/o chirurgia di riassegnazione.

Sempre nell'ottica di de-patologizzare questa condizione, nell'ICD-11 con l'introduzione del termine "incongruenza di genere" si è cercato di rimuovere l'identità transgender dalla classificazione dei disturbi mentali in quanto si è visto che potrebbe costituire un'importante leva nel contesto della discussione delle politiche sanitarie pubbliche, finalizzate ad ottimizzare l'accesso a cure appropriate e a mitigare le esperienze di discriminazione e violenza nei confronti delle persone transgender (R. Robles et al., 2016).

2. DISFORIA DI GENERE O INCONGRUENZA DI GENERE?

Dal punto di vista terminologico è fondamentale distinguere la disforia di genere dall' Incongruenza di genere. Nel contesto medico, l'"incongruenza di genere" si verifica quando il genere che una persona percepisce o desidera non corrisponde al sesso assegnato alla nascita, causando così una discrepanza tra il proprio corpo e il ruolo sociale tipico del sesso biologico (Claahsen-van der Grinten et al., 2020). Questa condizione, una volta considerata un disturbo mentale, è stata progressivamente depatologizzata nel campo della psicologia clinica e della psicopatologia, ed è attualmente vista come un'espressione naturale dell'identità personale (Crapanzano A. et al., 2021).

Il termine "disforia di genere" è utilizzato quando questa incongruenza di genere è associata a una forte sofferenza e al desiderio di modificare le caratteristiche sessuali del sesso assegnato alla nascita per conformarsi al genere con cui ci si identifica (Sanavio & Cornoldi, 2017).

3. DEFINIZIONE DI DISFORIA GENERE

“La disforia di genere si riferisce al disagio che può accompagnare l'incongruenza tra il genere vissuto o espresso e il genere assegnato. Tuttavia, è definita più specificamente quando utilizzata come categoria diagnostica. Non si riferisce al disagio legato allo stigma, una fonte di disagio distintamente anche se possibilmente co-occorrente (DSM-V, American Psychiatric Association, 2014).”

Negli anni, la definizione di disforia di genere ha subito notevoli cambiamenti, principalmente per evitare di considerare questa condizione come patologica, ma piuttosto come una forma di disagio causata dall'incongruenza tra il sesso biologico assegnato alla nascita e quello percepito. Nei codici internazionali di malattie, come l'ICD-9 e l'ICD-11, si è cercato di distinguere tra diverse manifestazioni della condizione, prendendo in considerazione anche la sessualità dell'individuo (Crapanzano et al., 2021)

Nel DSM-IV, la disforia di genere era chiamata "Disturbo dell'Identità di Genere", ma nel DSM-V è stata ribattezzata "Disforia di Genere", evidenziando il disagio emotivo sperimentato dall'individuo anziché considerare l'identità di genere come una patologia. Questo cambiamento riflette una prospettiva più inclusiva e sensibile alle variazioni dell'identità di genere, mirando a ridurre lo stigma sociale nei confronti delle persone transgender (Crapanzano et al., 2021)

La disforia di genere può manifestarsi in diverse fasi dello sviluppo, ma diventa spesso più pronunciata durante la pubertà, quando si sviluppano le caratteristiche sessuali secondarie (DSM-V, APA, 2014).

Il passaggio dal DSM-IV TR al DSM-V indica un cambiamento nella percezione della disforia di genere, spostandosi da una visione patologica verso una più ampia comprensione dell'identità di genere come parte integrante della persona. Questo cambiamento è evidenziato anche dall'eliminazione del criterio relativo all'orientamento sessuale come indicatore diagnostico, poiché gli studi hanno dimostrato che l'orientamento sessuale non influisce sull'esito del processo di transizione di genere.

4. EPIDEMIOLOGIA

I risultati degli studi basati sui sistemi sanitari negli Stati Uniti indicano proporzioni di persone transgender e di genere diverso (TGD) che variano dallo 0,02% allo 0,08%. (Coleman et al., 2022). Tuttavia, è nei dati provenienti dagli studi basati sull'autodichiarazione che emergono proporzioni significativamente più elevate di persone TGD. In paesi come gli Stati Uniti, i Paesi Bassi, il Belgio, la Svezia e il Brasile, le stime variano dall'0,3% all'0,5% tra gli adulti e dall'1,2% al 2,7% nei bambini e negli adolescenti (Coleman et al., 2022) Quando le definizioni si ampliano per includere manifestazioni più ampie di diversità di genere, come l'incongruenza o l'ambivalenza di genere, le proporzioni possono raggiungere dallo 0,5% al 4,5% tra gli adulti e dall'1,2% all'8,4% tra i bambini e gli adolescenti. Questi dati mettono in luce l'importanza di considerare una gamma più ampia di identità di genere nella valutazione e nell'assistenza ai pazienti (Coleman et al., 2022).

Gli studi condotti su giovani TGD in paesi come la Nuova Zelanda e gli Stati Uniti confermano questa tendenza, con proporzioni che variano dal 1,2% al 2,7%. Questi dati sono particolarmente rilevanti in un contesto di cambiamento del rapporto tra persone assegnate maschi alla nascita (AMAB) e persone assegnate femmine alla nascita (AFAB), con una maggiore proporzione di persone AFAB negli ultimi anni, soprattutto tra i giovani TGD (Coleman et al., 2022).

Ciò che emerge è che le persone TGD rappresentano una parte significativa e in crescita della popolazione generale (Coleman et al., 2022). Questo richiede una risposta adeguata da parte della comunità medica e della società nel suo complesso, che vada oltre la semplice comprensione e includa l'implementazione di politiche e servizi che rispettino e sostengano pienamente le persone TGD nelle loro identità di genere (Coleman et al., 2022).

È importante sottolineare come vi è una differenza fondamentale tra adolescenti con disforia di genere e prepuberi con la stessa condizione; si è visto infatti che solo una percentuale che va dal 6 al 23% dei bambini con disforia di genere presentano una persistenza di quest'ultima anche in età adulta (Miscioscia et al., 2020); l'esito più probabile della disforia di genere infantile è l'omosessualità o la bisessualità

(>60%). Per quanto riguarda gli adolescenti, invece, questi raramente desistono in età adulta dalla disforia di genere (Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). Questa differenza è importante soprattutto ai fini terapeutici di cui tratteremo in seguito.

5. FATTORI DI RISCHIO E PROGNOSI

Il DSM-V individua vari elementi che influenzano il rischio e la prognosi della disforia di genere:

1. Età di Insorgenza: La disforia di genere che emerge in giovane età tende ad avere un esito migliore rispetto a quella che si manifesta più tardi nella vita.
2. Supporto Sociale: Un forte supporto da parte della famiglia, degli amici e della comunità può favorire una prognosi positiva, facilitando l'accettazione e il sostegno durante il processo di transizione di genere.
3. Accesso alle Cure Mediche: Accedere tempestivamente e adeguatamente alle terapie mediche, come la terapia ormonale e la chirurgia di riassegnazione del sesso, può migliorare la qualità della vita e ridurre il rischio di complicazioni psicologiche.
4. Stigma e Discriminazione: L'esposizione al pregiudizio e alla discriminazione sociale può impattare negativamente sulla prognosi, aumentando il rischio di depressione, ansia e comportamenti suicidari tra le persone con disforia di genere.
5. Comorbidità Psichiatriche: La presenza di disturbi mentali aggiuntivi, come depressione o ansia, può complicare il trattamento e influenzare negativamente il percorso di guarigione.

Valutare attentamente questi fattori può aiutare a determinare il piano di trattamento più efficace e migliorare la prognosi nel lungo periodo per le persone con disforia di genere. Il supporto sociale, l'accesso tempestivo alle cure mediche e la sensibilizzazione della società sono essenziali per favorire il benessere e la qualità della vita delle persone transgender (DSM-V, American Psychiatric Association, 2014).

6. DIAGNOSI (DSM-V, American Psychiatric Association, 2014)

La disforia di genere è il disagio o malessere che può verificarsi quando il sesso biologico di una persona e la sua identità di genere non combaciano. Le inconsistenze percepite tra il proprio sesso biologico e l'identità di genere sono spesso accompagnate da un significativo disagio e dall'insorgere della disforia di genere. (Sean R Atkinson et al., 2015).

6.1 Criteri per la diagnosi della disforia di genere nei bambini

- A. Marcata incongruenza tra genere esperito/espresso da un individuo e il genere assegnato, della durata di almeno 6 mesi, che si manifesta attraverso almeno sei dei seguenti criteri (di cui uno deve essere A1):
1. Un forte desiderio di appartenere al genere opposto o insistenza sul fatto di appartenervi
 2. Una forte preferenza per l'abbigliamento del genere opposto e resistenza ad indossare quello del genere assegnato
 3. Una forte preferenza per i ruoli tipicamente assegnati al genere opposto nei giochi del "far finta" o di fantasia
 4. Una forte preferenza per giocattoli, giochi o attività tipicamente assegnati al genere opposto
 5. Una forte preferenza per compagni di gioco del genere opposto
 6. Un forte rifiuto per giocattoli, giochi o attività tipici del genere assegnato
 7. Una forte avversione per la propria anatomia sessuale
 8. Un forte desiderio per le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie del genere esperito
- B. La condizione è associata a sofferenza clinicamente significativa o a compromissione del funzionamento in ambito sociale, scolastico o in altre aree importanti.

6.2 Criteri per la diagnosi della disforia di genere negli adolescenti e negli adulti

- A. Una marcata incongruenza tra il genere esperito/espresso da un individuo e il genere assegnato, della durata di almeno sei mesi, che si manifesta attraverso almeno due dei seguenti criteri:
1. Una marcata incongruenza tra il genere esperito/espresso da un individuo e le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie (o, nei giovani adolescenti, le caratteristiche sessuali secondarie attese)
 2. Un forte desiderio di liberarsi delle proprie caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie a causa di una marcata incongruenza con il genere esperito/espresso (o, nei giovani adolescenti, un desiderio di impedire lo sviluppo delle caratteristiche sessuali secondarie attese)
 3. Un forte desiderio per le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie del genere opposto
 4. Un forte desiderio di appartenere al genere opposto (o un genere alternativo diverso dal genere assegnato)
 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)
- B. La condizione è associata a sofferenza clinicamente significativa o a compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

7. DIAGNOSI DIFFERENZIALE

La diagnosi differenziale della disforia di genere, secondo il DSM-V, implica l'esclusione di altre condizioni che potrebbero presentare sintomi simili. Alcune considerazioni includono:

- a) Non conformità ai ruoli di genere: si riferisce a una condizione in cui un individuo esprime un'identità di genere o manifesta comportamenti che non corrispondono alle aspettative culturali associate al genere assegnato alla nascita ma senza la presenza di disagio significativo associato alla discrepanza di genere (DSM-V, American Psychiatric Association, 2014).
- b) Disturbo da travestitismo: caratterizzato da fantasie, impulsi o comportamenti ricorrenti di vestirsi con abiti tipicamente associati al sesso opposto, generalmente in un contesto di eccitazione sessuale. Tale comportamento non è considerato parte di un ruolo di genere diverso e non è limitato a un desiderio di una riclassificazione sociale come individuo di genere opposto (DSM-V, American Psychiatric Association, 2014).
- c) Disturbo di dismorfismo corporeo: caratterizzato da una preoccupazione eccessiva per un presunto difetto o imperfezione nell'aspetto fisico, che causa disagio significativo o interferenza nel funzionamento quotidiano della persona (DSM-V, American Psychiatric Association, 2014).
- d) Disturbi psichiatrici: Condizioni come la schizofrenia o i disturbi dell'umore possono manifestare sintomi che possono essere confusi con la disforia di genere. La valutazione accurata dei sintomi e della storia clinica può aiutare a distinguere tra queste condizioni (DSM-V, American Psychiatric Association, 2014).
- e) Condizioni mediche: Alcune condizioni mediche, come i disturbi della differenziazione sessuale o i disturbi ormonali, possono influenzare l'identità di genere e richiedono una diagnosi differenziale accurata (DSM-V, American Psychiatric Association, 2014).

8. PERCORSO DI AFFERMAZIONE DI GENERE

Percorso che porta una persona ad appartenere al genere in linea con l'identità di genere percepita (I.S.d.S. "infotrans" – Glossario).

L'affermazione di genere comprende una serie di fasi:

- a) Percorso psicologico: serve per la "diagnosi" di disforia di genere; è necessario per intraprendere i percorsi successivi.
- b) Percorso clinico-medico (endocrinologico): prescrizione e somministrazione terapia ormonale.
- c) Percorso Legale: relativo alla modifica legale del nome e del sesso indicati su tutti i documenti legali di proprietà dell'individuo;
- d) Percorso chirurgico: interviene sui caratteri sessuali primari e secondari con l'obiettivo di adattare l'aspetto fisico di un individuo alla sua identità di genere.

Non tutti gli individui transgender optano per un percorso di conferma di genere; infatti, alcuni non sentono il bisogno di farlo. La definizione di transgender di un individuo rimane invariata, indipendentemente dal desiderio o meno di modificare le proprie caratteristiche fisiche attraverso interventi medici; pertanto, il percorso appena descritto non è necessario e, soprattutto non deve essere necessariamente completato in tutte le sue parti.

- a. Percorso psicologico
- b. Percorso medico (endocrinologico)
- c. Percorso legale
- d. Percorso chirurgico

Sono presenti delle linee guida e degli "standard of care" che aiutano il professionista (endocrinologo, psicologo, psichiatra, chirurgo) e la persona con disforia di genere durante questo percorso. Queste sono consultabili sulla pagina web dell'Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere (ONIG) o anche consultando lo "Standards of Care for the Health of Transgender and Gender

Diverse People, Version 8” della World Professional Association for Transgender Health (WPATH).

8.1 Percorso Psicologico / Psichiatrico

Il percorso psicologico è di fondamentale importanza non solo ai fini “diagnostici” per intraprendere la terapia di affermazione di genere, bensì anche per evidenziare eventuali comorbidità psichiatriche/psicologiche che, come vedremo in seguito, sono molto frequenti nella popolazione con disforia di genere (Miscioscia et al. 2020).

La valutazione psichiatrica comprende la verifica dei seguenti aspetti principali: l'accurata diagnosi della disforia di genere secondo i criteri del DSM; la conferma della costanza della richiesta; la diagnosi e il trattamento di eventuali condizioni psichiatriche associate. È rilevante sottolineare che la non conformità di genere non costituisce di per sé un disturbo psichiatrico (Colizzi et al., 2015).

Il percorso di transizione inizia con una valutazione psicologica condotta da professionisti specializzati nella salute transgender, come psicologi e psichiatri. Durante queste sessioni, il paziente esplora la sua identità di genere e vengono individuate eventuali sfide che potrebbero influenzare il suo benessere o rappresentare un rischio per i trattamenti ormonali successivi (Coleman et al., 2022). Durante questi incontri, viene anche redatto un documento che attesta la “diagnosi” di disforia di genere, seguendo le linee guida dell'ICD-11 (sito web World Health Organization, ICD-11). In questa fase, al paziente vengono fornite informazioni sui possibili effetti collaterali dei trattamenti ormonali e viene informato della possibilità di preservare la fertilità tramite il congelamento dei gameti. La durata di questo processo psicologico e diagnostico può variare, ma di solito dura almeno sei mesi.

In questo percorso, nel caso del bambino o dell'adolescente con disforia di genere, viene inclusa anche la famiglia e si cerca di analizzare il contesto sociale in cui è inserita (Miscioscia et al. 2020).

8.2 Percorso clinico (endocrinologico)

La terapia ormonale di conferma di genere (GAHT) è una componente essenziale nella gestione dei pazienti transgender e gender diverse (TGD). Questo tipo di terapia è considerata necessaria dal punto di vista medico per consentire ai pazienti di raggiungere cambiamenti fisici ed emotivi che siano in linea con la loro identità di genere e i loro obiettivi di “embodiment” (Coleman et al. 2022). Le raccomandazioni per la GAHT sono state sviluppate seguendo gli Standard of Care” stabiliti dalla World Professional Association for Transgender Health (WPATH) e le linee guida della Società Endocrinologica, garantendo così un approccio basato su prove scientifiche e best practices nel campo della medicina transgender (Coleman et al., 2022).

Sono stati riscontrati differenze importanti tra prima e dopo il trattamento GAHT (Meyer G. et al., 2020):

- a. Riduzione sintomi depressivi;
- b. Riduzione della sensazione di disagio nei confronti del proprio corpo;
- c. Riduzione della disforia di genere

È fondamentale comprendere che la GAHT non è una terapia universale e che il suo utilizzo varia in base all'età e allo stadio di sviluppo del paziente. È importante anche comprendere i potenziali rischi associati alla GAHT, tra cui complicanze cardiovascolari e tromboemboliche (Coleman et al., 2022). I principali effetti avversi sopraggiungono in caso di trattamento non controllato dal medico e in caso di “over-treatment” (Meyer G. et al., 2020). Gli operatori sanitari devono essere consapevoli di questi rischi e discuterli apertamente con i pazienti, oltre a monitorare attentamente la salute ossea e altri parametri fisiologici durante il trattamento (Coleman et al., 2022).

I due principali scopi della terapia ormonale sono i seguenti (M. Colizzi et al., 2015):

- 1) abbassare i livelli di ormoni prodotti naturalmente e, di conseguenza, ridurre le caratteristiche sessuali secondarie associate al sesso biologico (genetico) e al genere assegnato dell'individuo (Coleman et al., 2022);
- 2) sostituire i livelli ormonali prodotti naturalmente con quelli del sesso riassegnato, seguendo i principi del trattamento ormonale sostitutivo utilizzato nei pazienti con ipogonadismo (Coleman et al., 2022).

Le linee guida della “Endocrine Society” del 2019 dicono che il trattamento può essere iniziato dai 16 anni ma è necessario che i genitori o il tutore dell'adolescente forniscano un consenso scritto e documentato e che l'adolescente sia sufficientemente maturo da poter prendere questa decisione (Meyer G. et al., 2020). L'assenza di supporto da parte del “caregiver” o del genitore può rappresentare una difficoltà in questo percorso di affermazione del bambino con disforia di genere (Bonifacio Joseph H. et al., 2019).

In molte circostanze, i professionisti che curano la salute delle persone Transgender possono incontrare delle sfide nel rispetto delle linee guida rigide relative all'età, specialmente quando si tratta di adolescenti in pubertà che hanno già vissuto nel genere non desiderato per un periodo prolungato. Inoltre, è comune che molti giovani desiderino attraversare la pubertà nel genere che sentono come proprio, e questo desiderio spesso coincide con l'età dei loro coetanei. Di conseguenza, ciò potrebbe richiedere l'inizio della terapia ormonale a un'età più giovane rispetto a quanto comunemente raccomandato. (Bonifacio Joseph H. et al., 2019).

In caso di disforia di genere in bambini o di adolescenti con meno di 16 anni è possibile iniziare una terapia ormonale reversibile all'inizio della pubertà con analoghi dell'ormone rilasciante gonadotropine (GnRH) (Meyer G. et al., 2020). La “Endocrine Society” raccomanda di non iniziare il trattamento prima della pubertà bensì allo stadio Tanner II (10.5 anni per femmine assegnate alla nascita e 11.5 per i maschi assegnati alla nascita).

Sebbene ancora dibattuto e necessari di ulteriori analisi attraverso ricerche future, vi è un consenso diffuso riguardo all'importanza dell'identificazione e del supporto fornito agli adolescenti e ai bambini con disforia di genere, data la suscettibilità di questa popolazione a patologie psichiatriche (Bonifacio Joseph H. et al., 2019).

Male – To – Female:

Trattamento basato sulla somministrazione orale o transdermica di 17β -estradiolo o 17β -estradiolo valerato. Dal momento che sono comuni complicazioni tromboemboliche con la somministrazione orale di estradiolo, viene data la preferenza alla via transdermica in caso di fattori di rischio trombotici addizionali come sovrappeso, età avanzata e fumo (Meyer et al., 2020).

Importante per il trattamento femminilizzante è anche un supplemento di antiandrogeni (ciproterone acetato o, in alternativa, spironolattone); a volte viene considerato il trattamento con analoghi del GnRH ma bisogna tener conto del loro costo elevato (Meyer et al., 2020).

Le limitazioni di questo trattamento riguardano il fatto che questo non è particolarmente in grado di cambiare il tono della voce e di arrestare completamente la crescita di peli corporei e facciali; per tale motivo nella maggior parte dei casi vengono richiesti trattamenti di epilazione e logopedici (Meyer et al., 2020).

Female – to – Male:

Trattamento basato sulla somministrazione di testosterone per via transdermica (gel) o intramuscolare (preparazione a lento rilascio). Tipicamente si inizia con una bassa dose una volta/die; se non è sufficiente può essere aumentata la frequenza di somministrazione a due volte/die o si può aggiungere un analogo del GnRH (Meyer et al., 2020).

Può essere aggiunto temporaneamente un progestinico per sopprimere la mestruazione fino a quando non si ottiene una soppressione adeguata dell'asse gonadotropo mediante il testosterone (Meyer et al., 2020).

I rischi avversi legati alla terapia con testosterone sono: acne; aumento di comportamenti aggressivi, eritrocitosi, aumento di peso (anche dovuto all'aumento di massa muscolare) (Meyer et al., 2020).

Per aver un riepilogo riguardo alla GATH e ai rischi associati a tale terapia si può far riferimento rispettivamente alla Figura 1 e alla Figura 2.

FOLLOW – UP: è di fondamentale importanza seguire nel tempo il paziente con disforia di genere in trattamento ormonale regolarmente con esami di follow up clinici e laboratoristici. Vengono monitorati i livelli sierici di ormoni somministrati (per valutare un eventuale sotto o sovra dosaggio); nel transgender man è importante valutare anche emoglobina ed ematocrito; nel transgender woman è importante valutare i livelli di prolattina. In entrambi è importante monitorare pressione arteriosa, peso corporeo e BMI, funzionalità epatica, assetto lipidico e valutare eventuale presenza di fattori di rischio (Meyer G. et al., 2020).

Durante il primo anno: visite/esami ad intervalli di tre mesi; a lungo termine: visite/esami a cadenza semestrale o annuale (va portata avanti anche dopo l'eventuale chirurgia di affermazione di genere).

Livelli di riferimento:

- Transgender woman: estradiolo (< 200 pg/mL); testosterone (< 55 ng/dL).
- Transgender man: testosterone (250-840 ng/dL).

8.3 Percorso legale

Nel 1982, venne introdotta la legge 164/1982, la quale limitava la possibilità di richiedere il cambiamento di identità legale solo a chi aveva già subito un intervento chirurgico per confermare il proprio genere. Questo requisito escludeva chi non poteva permettersi o non desiderava sottoporsi all'operazione, creando così una restrizione significativa. Questo rendeva la legge inadeguata alle esigenze della comunità transgender. Nel 2011, vi fu una modifica iniziale (articolo 31 del Decreto legislativo 150/2011), ma sono state le sentenze della Corte di Cassazione n. 15138/2015 e della Corte costituzionale n. 221/2015, entrambe del 2015, a delineare il processo attuale. Oggi, si parla di "riattribuzione anagrafica" per indicare il cambiamento dei dati personali, come nome e sesso assegnato alla nascita nei registri anagrafici (I.S.d.S «Infotrans - Glossario,»). Per ottenere questa modifica, è necessario richiedere l'approvazione al tribunale della propria residenza, fornendo documentazione medica e psicologica che confermi la discrepanza di genere. Durante questo processo, è possibile anche richiedere l'accesso all'intervento chirurgico di conferma del genere tramite il Sistema Sanitario Nazionale, ma questa opzione non è obbligatoria. Il giudice valuterà la richiesta per garantire che la persona sia impegnata a vivere permanentemente nel genere scelto, e potrebbe richiedere una relazione psicologica e medica per sostenere la validità della richiesta.

8.4 Percorso chirurgico di affermazione di genere

Questo percorso ha lo scopo di modificare in modo permanente i caratteri sessuali primari che non possono essere alterati tramite terapia ormonale. Attualmente, in Italia, queste operazioni possono essere eseguite tramite il Sistema Sanitario Nazionale, ma molti pazienti si rivolgono anche a strutture private nazionali o all'estero. Porta ad un miglioramento significativo della qualità di vita degli individui con disforia di genere aumentando la soddisfazione riguardo al proprio corpo (Wigert et al., 2013; Van de Grift et al., 2018; Van de Grift et al., 2016; Agarwal et al., 2018).

La chirurgia di affermazione di genere (“Gender Affirmation Surgery” o “GAS”) ingloba tutte le procedure facciali, genitali e del corpo richieste per creare un fenotipo corporeo che rappresenti al meglio la propria identità di genere; questo fenotipo non sempre combacia con un aspetto totalmente maschile o femminile (G. Selvaggi et al., 2018). È un’area super-specialistica in costante crescita che richiede un’importante cooperazione tra i centri.

Negli uomini transgender potrebbe comprendere mastectomia, e GAS genitale (“metoidioplastica” o “faloplastica”); nelle donne transgender può comprendere aumento di dimensioni del seno, GAS genitale (“vaginoplastica”, “vulvo-plastica per affermazione di genere” o “orchietomia bilaterale”) (Wouter B. et al., 2021).

Oltre a questi interventi principali, esistono anche interventi chirurgici ausiliari, come la chirurgia vocale per modificare la voce nelle persone AMAB, che potrebbero non ottenere un cambiamento significativo con la terapia medica da sola. Altri interventi includono la tireoplastica, la femminilizzazione/mascolinizzazione del viso, il trapianto di capelli e gli interventi di modellamento del corpo, come la liposuzione, che contribuiscono a scolpire ulteriormente il corpo del paziente (Coleman et al., 2022).

9. DE-TRANSIZIONE

La transizione di genere è mirata a migliorare la qualità della vita delle persone affette da disforia di genere (Coleman et al., 2023); tuttavia, un numero crescente di individui ha reso note le loro esperienze di pentimento e di interruzione della transizione negli ultimi anni (Levine et al., 2018; Jorgensen et al., 2023).

Il pentimento è un'emozione negativa che ha radici nella nostra cognizione e che può avere un impatto sulle decisioni che prendiamo. Spinge le persone a riflettere sulle alternative non perseguite e può generare sentimenti di responsabilità personale o auto-critica (Zeelenberg et al., 2007). Gli studi che esaminano il pentimento dopo la transizione medica hanno adottato definizioni non uniformi, e i metodi per rilevare il pentimento sono stati variabili (Jorgensen et al., 2023).

È importante comprendere che il pentimento è una reazione emotiva complessa che può essere influenzata da diversi fattori, tra cui la presenza di disturbi psichiatrici e informazioni incomplete o distorte riguardo ai rischi e benefici della transizione di genere (Jorgensen et al., 2023). I professionisti sanitari devono essere adeguatamente preparati per affrontare la varietà di esperienze e percorsi dei “detransitioners”, fornendo loro un supporto psicologico e pratico mirato alle loro specifiche esigenze. È altresì cruciale condurre ulteriori studi per individuare le migliori pratiche terapeutiche e strategie di gestione dei trattamenti ormonali e chirurgici nel contesto della detransition (Jorgensen et al., 2023).

10. COMORBIDITÀ DELLA DISFORIA DI GENERE

Negli ultimi anni, diversi studi hanno individuato una serie di disturbi psichiatrici comunemente riscontrati in pazienti affetti da disforia di genere, complicando ulteriormente la gestione clinica di tali individui. È cruciale comprendere che queste comorbidità non solo impattano sul benessere generale dei pazienti, ma possono anche influenzare significativamente la loro identità di genere e la risposta ai trattamenti terapeutici. È importante sottolineare che anche le comorbidità mediche, come la dislipidemia, l'asma e l'ipertensione, giocano un ruolo rilevante nella gestione della disforia di genere (Ciaran Judge et al., 2014)¹.

Nello studio condotto da Joost à Campo e colleghi, è emerso che nei casi di individui con disforia di genere, questa condizione rappresenta il problema principale nel 39% dei casi, mentre nel restante 61% è associata ad altri disturbi psichiatrici. Di questi ultimi, nel 79% dei casi la disforia di genere viene interpretata come una conseguenza dei disturbi psichiatrici preesistenti (Joost à Campo et al., 2003).

È difficile stimare la correlazione tra i vari disturbi psichiatrici e la disforia di genere. Ricercando tra i vari studi pubblicati vi sono molte differenze in quanto tutti gli studi hanno molte limitazioni soprattutto in termini di numerosità; nonostante ciò, molti studi concordano sul fatto che molti pazienti con disturbo di identità di genere (GID), rispetto alla popolazione cisgender, sono a maggior rischio di sviluppare disturbi mentali, tra cui ansia, disturbi affettivi, suicidio e abuso di sostanze (Schulman & Erickson-Schroth, 2019). In molti studi, infatti, si è visto che molte persone con disforia di genere presentano segni di disturbi psicologici come depressione, ansia, malessere correlato al proprio corpo, scarsa autostima e sintomi di disconnessione dalla realtà (Azadeh Mazaheri Meybodi et al., 2014). Questi individui vivono un costante senso di insoddisfazione riguardo diversi aspetti della loro vita, tra cui il modo in cui si identificano sessualmente, i rapporti con gli altri, il percorso educativo e professionale; spesso, devono affrontare il bias sociale e le

¹ Un aspetto significativo evidenziato da questo studio è stata anche l'alta incidenza di fumatori tra gli individui con disforia di genere.

discriminazioni provenienti dalla società e persino dalla propria famiglia (Azadeh Mazaheri Meybodi et al., 2014). La pressione causata dalla loro condizione di appartenenza a una minoranza e dalla conseguente esclusione sociale può intensificare i sintomi di ansia e depressione. Inoltre, è frequente che questi individui siano coinvolti nella prostituzione, situazione che aumenta il rischio di vivere eventi traumatici e sviluppare sintomi depressivi a seguito di tali esperienze (Azadeh Mazaheri Meybodi et al., 2014).

Nello studio del 2014 effettuato da Azadeh Mazaheri Meybodi et al. è stata valutata la presenza di comorbidità psichiatriche dell'asse I in soggetti adulti con GD tramite la somministrazione della SCID-I e si è osservata una percentuale importante di disturbi dell'umore (43.4%), in particolar modo la depressione maggiore (33.7%). In secondo luogo, sono stati trovati i disturbi d'ansia (36.1%), in particolar modo la fobia specifica (20.5%). Al terzo posto si è trovata il disturbo di adattamento (15.7%) e al quarto posto il disturbo da uso di sostanze (8.4%). In totale si è riscontrata una percentuale del 62.7% di disturbi psichiatrici dell'asse I. In altri studi ancora sono stati riscontrati anche atti di autolesionismo e altre condizioni psichiatriche come schizofrenia, disturbo bipolare e sindrome di Asperger (Ciaran Judge et al., 2014). Nello studio fatto nel 2018 da Chao, Kuo-Yu et al., si è visto che negli adolescenti con GD, invece, la più frequente è la depressione, seguita dall'ADHD e da ASD e schizofrenia.

Le condizioni menzionate possono emergere prima o dopo l'insorgenza della disforia di genere e hanno il potenziale di compromettere significativamente la qualità della vita e il benessere sociale e psicologico dei pazienti (Joost à Campo et al., 2003). La stigmatizzazione, sia a livello personale che sociale, rappresenta il principale catalizzatore dei disturbi psichiatrici riscontrati nelle persone con disforia di genere (Verbeek et al., 2020). È inoltre rilevante notare che molte persone affette da disforia di genere tendono a interrompere il loro percorso educativo e a entrare nel settore del lavoro sessuale a causa delle loro scarse opportunità di istruzione e delle esperienze discriminatorie che affrontano (de Lind van Wijngaarden & Fongkaew, 2021).

La presenza di disforia di genere associata a diversi disturbi psichiatrici mette in luce l'importanza di affrontare in modo preventivo le eventuali comorbidità al fine di stabilire con certezza che la disforia sia direttamente correlata all'incongruenza di genere. In assenza di tale trattamento preventivo, sussiste il rischio che la disforia possa persistere anche dopo l'intervento chirurgico di riassegnazione sessuale o che si verifichi un rimpianto nei confronti della decisione di cambiamento di genere se la comorbidità viene trattata successivamente (José Luis Jiménez-López, 2023). Questo aspetto è particolarmente rilevante nei giovani durante la pubertà, poiché la soppressione degli ormoni e gli interventi chirurgici sui genitali interni possono influenzare la loro futura fertilità (José Luis Jiménez-López, 2023).

È importante ricordare che il DSM-III richiedeva che i sintomi non fossero "dovuti a un altro disturbo mentale". Questo criterio di esclusione è stato eliminato nelle edizioni successive del DSM anche se queste ultime sottolineano sempre l'importanza di escludere i disturbi psichiatrici concomitanti (Joost à Campo et al., 2003).

10.1 Disforia di Genere e Schizofrenia

La riduzione dell'età per i procedimenti di riassegnazione di sesso può portare a un aumento del rischio di diagnosi errate. Un esempio è la schizofrenia, una malattia difficile da diagnosticare con certezza fino all'età adulta (Joost à Campo et al., 2003).

Secondo il DSM-V (APA, 2014), la schizofrenia è un disturbo mentale grave caratterizzato da esperienze come deliri, allucinazioni e confusione nel pensiero e nel comportamento. Inoltre, possono manifestarsi sintomi come la mancanza di emozioni e interessi nelle attività sociali o lavorative. Affinché la diagnosi di schizofrenia sia confermata, è necessario che questi sintomi persistano per un periodo significativo e influenzino negativamente la capacità della persona di svolgere le attività quotidiane e di prendersi cura di sé stessa. È importante anche escludere altre possibili cause mediche o psichiatriche dei sintomi prima di confermare la diagnosi di schizofrenia.

Secondo il DSM-IV, le "delusioni di appartenenza all'altro sesso" sono rare nella schizofrenia. Riconosce che l'omissione di questo criterio può portare alla coesistenza di schizofrenia e grave disturbo dell'identità di genere nello stesso paziente, ma ritiene che tale comorbidità sia improbabile.

Quando una persona manifesta un episodio psicotico acuto, è consigliabile evitare di diagnosticare contemporaneamente il disturbo dell'identità di genere (Joost et al., 2003)². È di vitale importanza valutare attentamente il momento appropriato per iniziare la terapia di riassegnazione di genere, poiché un'errata etichettatura della disforia di genere in pazienti con psicosi può avere conseguenze gravi. Pertanto, potrebbe essere prudente posticipare la valutazione fino all'età adulta per confermare con precisione il desiderio di cambiare genere e garantire la sicurezza dell'intervento di riassegnazione sessuale (Joost et al., 2003)

La co-occorrenza di disforia di genere e schizofrenia presenta notevoli sfide sia dal punto di vista della diagnosi che della terapia. Decidere se intraprendere un trattamento per il cambiamento di sesso in pazienti con entrambi i disturbi richiede una valutazione dettagliata, la stabilizzazione dello stato mentale e l'esclusione di influenze deliranti sulla disforia di genere (Stusiński et al., 2018). Tuttavia, offrire cure appropriate, inclusa la possibilità di cambiamento di genere se non vi è una correlazione causale tra i due disturbi, potrebbe essere una scelta terapeutica ragionevole, sebbene complessa e associata a rischi (Stusiński et al., 2018).

² I sintomi più gravi dei disturbi psicotici solitamente si manifestano durante l'adolescenza o l'inizio dell'età adulta. Tuttavia, segni come confusione sull'identità, distorsioni dell'immagine corporea e desiderio di cambiare radicalmente l'aspetto possono presentarsi prima che si verifichi un episodio psicotico completo (Joost à Campo et al., 2003).

10.2 Disforia di Genere e Disturbi dello Spettro Autistico³

I risultati ottenuti in diversi studi indicano che i bambini e gli adolescenti con GD presentano, in media, un numero maggiore di sintomi autistici rispetto ai coetanei tipicamente sviluppati, ma meno sintomi rispetto a coloro con disturbo dello spettro autistico (ASD).

Utilizzando il questionario di screening CSBQ⁴, è emerso che circa il 14.5% dei partecipanti con GD ha mostrato segni di possibili disturbi dello spettro autistico, una percentuale significativamente più alta rispetto alla popolazione generale (prevalenza ASD popolazione generale: 1%) (Anna I. R. van der Miesen et al., 2018).

Questi risultati confermano studi precedenti che evidenziavano un'elevata presenza di sintomi autistici nei soggetti con GD. Tuttavia, è interessante notare che i sintomi autistici nei partecipanti con GD non si limitavano solo a comportamenti stereotipati e resistenza al cambiamento, ma comprendevano anche difficoltà nell'interazione sociale e nella comunicazione, suggerendo un coinvolgimento di diversi domini dell'ASD (Anna I. R. van der Miesen et al., 2018).

In passato vi sono stati degli studi che hanno confermato la teoria dell'”EMB (Extreme Male Brain)”, la quale afferma che individui con ASD dimostrano un tipico comportamento maschile e ciò origina da livelli elevati di testosterone fetali (Baron-Cohen, 2002). Lo studio di Jones R. et al., 2012 ha supportato la previsione EMB secondo cui individui AFAB con GD mostrerebbero più tratti autistici rispetto a soggetti AMAB con GD; tuttavia, nella maggior parte degli studi successivi non sono emerse differenze significative di genere nei sintomi autistici tra ragazzi e

³ Disturbi dello spettro autistico (ASD): deficit persistenti nella comunicazione sociale e nell'interazione sociale in diversi contesti, insieme a schemi di comportamento, interessi o attività ristretti e ripetitivi. Questi disturbi si presentano in varie forme e gravità e sono considerati condizioni neurosvilupicali che emergono precocemente nell'infanzia, influenzando il funzionamento sociale, comunicativo e comportamentale dell'individuo nel corso della vita (DSM-V, APA, 2014).

⁴ Il CSBQ, acronimo di Children's Social Behaviour Questionnaire, è uno strumento utilizzato per valutare i sintomi dell'ASD (Disturbi dello Spettro Autistico) nei bambini. È compilato dai genitori o dai caregiver e consiste in 49 item valutati su una scala Likert a 3 punti, che riguardano diversi aspetti del comportamento sociale tipici dell'ASD (C. Hartman et al., 2006, 2015).

ragazze con GD (Strang et al., 2014; Skagerberg et al., 2015); infatti, è stato evidenziato che sia i ragazzi che le ragazze con GD hanno ottenuto punteggi significativamente più alti nel CSBQ rispetto ai loro coetanei tipicamente sviluppati, suggerendo che la presenza di sintomi autistici indipendentemente dal genere nel contesto della GD (Anna I. R. van der Miesen et al., 2018).

È fondamentale che gli operatori sanitari considerino attentamente l'intero spettro dei sintomi dell'ASD durante la diagnosi e il trattamento dei pazienti con GD (Anna I. R. van der Miesen et al., 2018).

10.3 Disforia di Genere e Disturbo di Personalità

I disturbi di personalità sono caratterizzati da modelli persistenti di percezione, relazioni e comportamenti che deviano marcatamente dalle aspettative culturali e causano disagio o compromissione significativa in diverse aree della vita di una persona. Questi modelli si manifestano in adolescenza o in età adulta e si ripresentano in una vasta gamma di contesti. Il DSM-V elenca dieci disturbi di personalità specifici, tra cui il Disturbo Borderline di Personalità, il Disturbo Narcisistico di Personalità e il Disturbo Antisociale di Personalità. (DSM-V, APA, 2014).

Nei pazienti con disturbo borderline di personalità⁵, la disforia di genere e la depressione maggiore sono spesso correlati e contribuiscono a difficoltà nella gestione delle emozioni, esperienze di stress e abusi precoci, insieme a disturbi identitari e una maggiore probabilità di identificazione come omosessuali (Wainipitapong et al., 2022). L'instabilità nell'identità personale rende anche più complicata la diagnosi della disforia di genere, richiedendo una dettagliata raccolta

⁵ Disturbo mentale caratterizzato da un modello pervasivo di instabilità nelle relazioni interpersonali, nell'immagine di sé e dei propri obiettivi, accompagnato da una marcata impulsività. Le persone affette da questo disturbo spesso sperimentano intensi sbalzi d'umore, ansia cronica o sentimenti di vuoto, e possono essere inclini a comportamenti autodistruttivi o suicidari (DSM-V, APA, 2014).

dell'anamnesi e frequenti aggiornamenti delle informazioni cliniche dei pazienti Wainipitapong et al., 2022).

È consigliabile eseguire uno screening per il disturbo borderline di personalità nei soggetti transgender con problemi identitari, poiché la terapia per confermare il genere da sola, senza il trattamento psichiatrico correlato, o viceversa, potrebbe portare a esiti clinici meno favorevoli (Smith et al., 2019). Sono necessarie ulteriori ricerche per acquisire una comprensione completa dell'impatto della terapia psicologica positiva sui disturbi della personalità nelle persone con disforia di genere. È altresì fondamentale identificare gli aspetti efficaci e le azioni pratiche che possono favorire la riduzione di tali disturbi tra i pazienti coinvolti (Meybodi et al., 2022).

10.4 Disforia di Genere e Disturbi Dissociativi

I disturbi dissociativi rappresentano un'alterazione dei processi abituali di integrazione della coscienza, dell'identità, della memoria e della percezione dell'ambiente, evidenziando sintomi quali amnesia, depersonalizzazione e alterazioni dell'identità. Tra questi disturbi, troviamo il disturbo dissociativo dell'identità (DID), il disturbo dissociativo dell'identità non specificato (DDNOS), il disturbo dissociativo della memoria (DSM) e il disturbo dissociativo dell'identità dell'infanzia. In particolare, il DID si caratterizza per la presenza di due o più identità distinte che prendono ricorrentemente il controllo del comportamento del soggetto (DSM-V, APA, 2014).

Le persone affette da DID mostrano spesso disturbi legati all'identità sessuale, con alterazioni sessualmente orientate nelle personalità alternative, aspetto di rilevanza nella diagnosi differenziale della disforia di genere (GD) (Colizzi et al., 2015). Sebbene la stima della frequenza del DID nella popolazione generale si collochi tra l'1% e il 3%, la sua prevalenza nei gruppi di individui con GD non sembra essere significativamente più elevata. È tuttavia fondamentale considerare che la ricerca scientifica in questo campo è limitata (Soldati et al., 2022).

Le persone che vivono maggiori difficoltà psicosociali tendono a manifestare più frequentemente sintomi dissociativi legati alla loro GD. La co-occorrenza del disturbo dissociativo potrebbe accentuare il disagio associato alla percezione del proprio corpo tra gli individui con GD. Inoltre, l'esperienza di eventi traumatici durante l'infanzia, soprattutto tra i pazienti con GD diagnosticati anche con disturbo dissociativo dell'identità (DID), suggerisce che gli abusi e la mancanza di attenzione durante l'infanzia possano influenzare sia i disturbi dissociativi che lo sviluppo dell'identità di genere (Colizzi et al., 2015).

Un'errata identificazione del disturbo dissociativo dell'identità (DID) come disturbo della disforia di genere (GD) e la consulenza per la GD in un paziente che in realtà soffre di DID potrebbero aver causato problemi psicologici aggiuntivi⁶ (Soldati et al., 2022).

I professionisti sanitari che si occupano di persone con GD seguono principalmente le linee guida della World Professional Association for Transgender Health (WPATH), che prevedono una valutazione fisica e mentale prima di avviare qualsiasi trattamento medico per la GD, escludendo così la possibilità che l'incongruenza di genere sia causata da disturbi mentali o altre condizioni. Le procedure di riassegnazione sessuale possono contribuire a consolidare l'identità di genere del paziente e migliorare il suo status sociale (Colizzi et al., 2015).

Durante il trattamento ormonale, viene fornito un costante supporto psicologico per gestire le fluttuazioni emotive e comportamentali dei pazienti con GD. Se necessario, vengono prescritti trattamenti farmacologici per gestire e stabilizzare eventuali condizioni psichiatriche concomitanti, sempre in linea con le linee guida del WPATH (Colizzi et al., 2015).

⁶ Se la diagnosi di DID viene confermata, la terapia di scelta è la psicoterapia secondo le "Linee guida per il trattamento del disturbo dissociativo dell'identità nell'adulto" dell'ISSTD (Soldati et al., 2022).

10.5 Disforia di Genere e Comportamenti Anticonservativi

I dati relativi ai giovani transgender indicano un'allarmante frequenza di tentativi di suicidio e comportamenti autolesionistici (NSSI o "Non Suicidal Self-Injury"). Più del 25% dei giovani transgender ha segnalato tentativi di suicidio, mentre quasi il 42% ha riportato comportamenti autolesionistici (Peterson et al., 2017; Dickey et al., 2015). Questo mette in luce un elevato rischio di tali comportamenti rispetto ai coetanei cisgender. Inoltre, la prevalenza di comportamenti autolesionistici è significativamente più alta tra i giovani transgender rispetto ai coetanei cisgender, che si attesta tra il 15% e il 18%. Poiché esiste una correlazione tra autolesionismo e suicidio, è cruciale comprendere meglio i fattori di rischio per i comportamenti autolesionistici nei giovani transgender (Peterson et al., 2017; Mitchell et al., 2022).

Le persone transgender sono esposte a un alto rischio di abusi, tra cui molestie, violenza fisica e sessuale, legate alla loro identità di genere (Peterson et al., 2017). Inoltre, c'è una forte correlazione tra lo stigma percepito e il NSSI. Questo sottolinea l'importanza di affrontare le radici dello stigma e dell'isolamento sociale come parte delle strategie di prevenzione del NSSI tra le persone transgender (Jackman et al., 2018).

Il confronto dei dati relativi allo NSSI tra persone con disforia di genere non ha mostrato differenze significative negli ultimi 12 mesi tra i gruppi di genere transgender⁷. Questo solleva interrogativi importanti sulle dinamiche dello stigma e del disagio psicologico che possono influenzare il comportamento autolesionistico (Jackman et al., 2018). Ulteriori ricerche sono necessarie per comprendere meglio i fattori di rischio specifici per il suicidio e l'autolesionismo nei giovani transgender (Peterson et al. 2017; Jackman et al., 2018).

Un'insoddisfazione significativa per il proprio corpo è stata osservata tra i giovani transgender, con il 35,4% che riportava percezioni di corpulenza eccessiva. (Peterson et al., 2017). Questo dato non differisce sostanzialmente da quello riscontrato nella popolazione generale, tuttavia, i giovani transgender che

⁷ A differenza di quanto osservato tra le persone cisgender, dove le donne mostrano generalmente tassi più elevati rispetto agli uomini (Jackman et al., 2018).

desiderano modificare il loro peso⁸ sono più inclini a riportare tentativi di suicidio, suggerendo una possibile correlazione tra insoddisfazione corporea e comportamenti suicidari (Peterson et al., 2017).

Per sostenere i giovani transgender e i loro genitori, è essenziale adottare una varietà di strategie. Queste comprendono fornire informazioni approfondite sui problemi che i giovani transgender affrontano, compresi gli effetti negativi degli abusi verbali, fisici o psicologici. Inoltre, è importante offrire istruzioni pratiche su come affrontare gradualmente i cambiamenti nel proprio corpo per migliorare l'autostima nel tempo (Peterson et al., 2017; Jackman et al., 2018).

Parallelamente, è necessario garantire un sostegno emotivo ai giovani transgender che possono vivere conflitti interni e disagio legati alla loro identità di genere. Questo sostegno mira ad aiutarli a gestire lo stress che deriva da tali situazioni (Grossman et al., 2007).

Un altro aspetto fondamentale è la formazione adeguata dei professionisti della salute mentale per fornire supporto sia ai giovani transgender che ai loro genitori. Questo supporto è cruciale per affrontare il disagio psicologico e prevenire comportamenti a rischio (Grossman et al., 2007).

Tutti questi approcci riflettono la necessità di un approccio complessivo e attento alle esigenze dei giovani transgender e delle loro famiglie. È importante concentrarsi sulla riduzione dello stigma percepito e sulla mitigazione della disforia di genere attraverso interventi che favoriscano un allineamento più armonioso con la loro identità di genere (Jackman et al., 2018; Mitchell et al., 2022).

⁸ È importante notare che sia il desiderio di aumentare che di ridurre il peso sono associati a un aumento del rischio di suicidio, suggerendo che le preoccupazioni legate al peso potrebbero essere influenzate dalla disforia di genere anziché da preoccupazioni riguardanti il peso e la forma del corpo tipiche dei disturbi alimentari (Peterson et al., 2017).

11. SALUTE MENTALE

“La salute mentale è uno stato di benessere in cui ogni individuo realizza il proprio potenziale, può affrontare le normali sfide della vita, può lavorare in modo produttivo e fruttuoso e contribuire alla propria comunità” (WHO, Concept in Mental Health: strengthening mental health promotion, 2022).

Questa definizione mette in rilievo il fatto che la salute mentale non si limita alla mancanza di disturbi mentali, ma riguarda il benessere generale dell'individuo. È fondamentale potenziare le capacità personali per affrontare le sfide quotidiane in modo efficace e per svolgere un ruolo produttivo nella società. La salute mentale comprende sia la gestione dei problemi di salute mentale che il mantenimento di uno stato emotivo e psicologico positivo.

La salute mentale è uno dei tre domini che, insieme alla salute fisica e sociale costituiscono il concetto di salute⁹ (Huber et al., 2011). Questa nuova definizione è stata arricchita includendo concetti chiamati "trans-domini", che coprono quattro specifiche aree sovrapposte e considerazioni empiriche, morali e legali. Questo approccio aiuta a capire meglio come i diversi aspetti della salute interagiscano e influenzino la nostra qualità di vita (Manwell et al., 2015). Ad esempio, l'integrazione tra salute mentale e fisica può essere spiegata dalla nostra capacità individuale di gestire la nostra vita, mentre quella tra salute mentale e sociale può essere compresa osservando il nostro senso di appartenenza alla comunità. Inoltre, l'apice di questa integrazione è rappresentato dalla nostra capacità di decidere il nostro coinvolgimento sociale (Manwell et al., 2015) (Figura 3).

⁹ "La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non meramente l'assenza di malattia o infermità." (OMS, 1948).

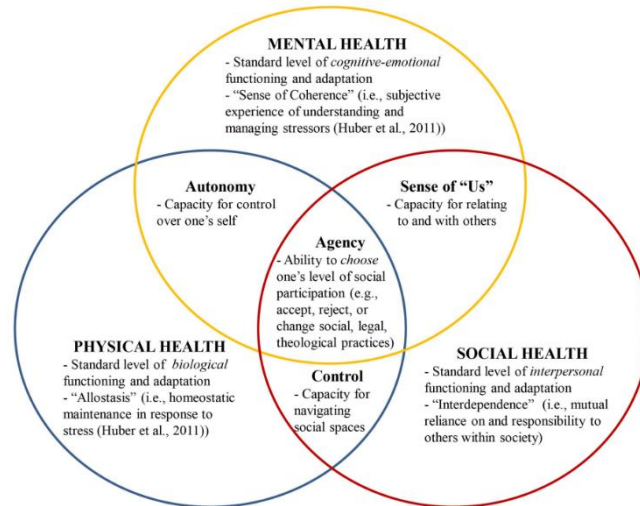


Figura 3. "Transdomain Model of Health" (Manwell et al., 2015)

Questo modello considera i parametri proposti da Vaillant per valutare lo stato di salute mentale. Questi parametri mettono in risalto l'importanza di superare gli standard medi, considerando invece le molteplici influenze umane sulla salute mentale. Inoltre, riconosce la salute mentale come una forma di intelligenza socio-emotiva avanzata, tenendo conto anche della sensibilità culturale e del rispetto per la diversità individuale. (Vaillant et al., 2012).

Nonostante non si ha ancora una definizione univoca della salute mentale, questa si può descrivere come uno stato dinamico di equilibrio interno che permette agli individui di utilizzare le proprie abilità in sintonia con i valori universali della società. In questa condizione, sono coinvolte abilità cognitive e sociali fondamentali, insieme alla capacità di regolare le emozioni e di avere empatia verso gli altri. È anche essenziale essere flessibili nell'affrontare le sfide quotidiane e nel ricoprire ruoli sociali. La correlazione tra mente e corpo riveste un ruolo chiave in questo equilibrio, il quale può essere influenzato da varie fasi della vita, come l'adolescenza, la genitorialità o il pensionamento, e richiedere adattamenti in conseguenza (Galderisi et al., 2017).

I principali aspetti empirici che contribuiscono alla salute mentale ottimale includono: (i) conoscenza e comprensione della salute mentale, (ii) atteggiamento nei confronti dei disturbi mentali, (iii) percezioni personali e valori, (iv) abilità di

pensiero, (v.) successo accademico o lavorativo, (vi) gestione delle emozioni, (vii) comportamenti, (viii) strategie di auto-regolazione, (ix) abilità sociali, (x) relazioni familiari e affettive, (xi) benessere fisico, (xii) salute sessuale, (xiii) significato personale e senso di scopo, e (xiv) soddisfazione generale nella vita (Fusar-Poli et al., 2020).

Promuovere una salute mentale ottimale porta ad un maggiore senso di benessere, capacità di far fronte alle sfide e resilienza, incoraggiando le persone a migliorare il proprio stato mentale e ad acquisire maggiore controllo su di esso (Fusar-Poli et al., 2020).

CAPITOLO III: SCOPO DELLO STUDIO

Lo scopo dello studio è quello di analizzare la salute mentale e il benessere della comunità transgender nella Regione del Veneto, Italia. Per raggiungere questo obiettivo, abbiamo reclutato partecipanti transgender attraverso comunicazioni inviate tramite le liste di distribuzione dei gruppi LGBTQ+ della regione. I partecipanti sono stati invitati a compilare un sondaggio online che comprendeva questionari riguardanti autostima (RSES), confronto dell'aspetto fisico (PACS), sintomi depressivi (PHQ-9), disturbi alimentari (EAT-26) e comportamenti ad alto rischio (11 quesiti su comportamenti anticonservativi).

Lo studio si propone di confrontare i risultati ottenuti dai partecipanti transgender con quelli di un gruppo di controllo cisgender al fine di individuare eventuali disuguaglianze nella salute mentale e nel benessere tra i due gruppi.

CAPITOLO IV: METODI

1. PARTECIPANTI E PROCEDURE

I partecipanti allo studio sono stati reclutati attraverso comunicazioni inviate tramite le liste di distribuzione dei gruppi LGBTQ+ della Regione del Veneto, situata nella regione nord-orientale dell'Italia. Queste comunicazioni sono state inviate tramite un'e-mail ufficiale autorizzata dai rappresentanti legali delle associazioni coinvolte. Gli individui sono stati invitati a partecipare a un'indagine online che aveva come obiettivo l'analisi della salute mentale e del benessere della comunità transgender. Coloro che hanno manifestato il loro interesse a partecipare hanno ricevuto un collegamento specifico per accedere a un questionario online tramite una piattaforma sicura, come [surveymonkey.com](https://www.surveymonkey.com).

I partecipanti considerati idonei sono stati individuati in base a una definizione ampia di transgender, senza requisiti riguardanti una transizione sociale o medica del genere. La raccolta dei dati è avvenuta nel periodo compreso tra agosto 2019 e gennaio 2020. Prima di compilare il sondaggio online, ciascun partecipante ha fornito il proprio consenso informato.

Lo studio è stato condotto nel rispetto dei principi etici della Dichiarazione di Helsinki. Poiché i dati raccolti sono stati trattati in forma anonima, non è stato necessario applicare la normativa sulla privacy a livello europeo e nazionale.

2. MISURE

La sezione iniziale del questionario si è concentrata sulla raccolta di dati demografici, quali età, altezza, peso attuale e il range di peso minimo e massimo raggiunto nel corso della vita del soggetto. Questi dati sono stati impiegati per calcolare l'indice di massa corporea (BMI), che rappresenta il rapporto tra il peso corporeo (misurato in chilogrammi) e l'altezza al quadrato (misurata in metri quadrati). Inoltre, sono state raccolte informazioni riguardanti il livello di istruzione ricevuta. Ai partecipanti è stato richiesto di specificare la loro identità di genere, potendo scegliere tra cisgender, transgender o queer, e di fornire dettagli relativi al sesso assegnato alla nascita e al genere attuale. Inoltre, l'orientamento sessuale è stato valutato attraverso la selezione di una delle quattro opzioni disponibili: eterosessuale, bisessuale, omosessuale o asessuale. La parte successiva del sondaggio si è servita di quattro questionari (RSES; PACS; PHQ-9; EAT-26) seguiti da undici domande finalizzate alla valutazione della propensione verso comportamenti non conservativi.

2.1 Questionari

La Scala dell'Autostima di Rosenberg (“RSES” o “Rosenberg Self-Esteem Scale”) è considerata lo standard nell'ambito della ricerca psicologica per valutare l'autostima complessiva in modo rapido e conveniente. Questo strumento è composto da dieci affermazioni, di cui metà sono formulate in modo negativo. Tipicamente, i partecipanti rispondono su una scala a quattro punti, esprimendo il loro grado di accordo o disaccordo con ciascuna affermazione (Rosenberg, 1965). Poiché la scala segue il modello di Guttman, la valutazione dei risultati può essere complessa. Fondamentalmente, si esaminano le risposte dei partecipanti per determinare se riflettono una percezione di sé positiva o negativa. Se si è d'accordo o fortemente d'accordo con gli elementi 2, 5, 6, 8, 9, si presume una buona autostima, mentre se si è in disaccordo o fortemente in disaccordo con gli elementi 1, 3, 4, 7, 10, si presume una bassa autostima (Rosenberg, 1965).

Il PACS (Physical Appearance Comparison Scale), sviluppato da Thompson, Heinberg e Tantleff nel 1991, è il principale strumento utilizzato per valutare i

confronti legati all'aspetto fisico (Schaefer et al., 2014; Schaefer et al., 2018) e consiste in cinque domande mirate a valutare con quale frequenza un individuo si confronta con l'aspetto fisico degli altri. La nuova misura, chiamata Physical Appearance Comparison Scale—Revised (PACS–R), ha cercato di migliorare le proprietà psicometriche della scala, esaminare numerose dimensioni dell'aspetto fisico rilevanti per individui maschi e femmine e includere una gamma più ampia di contesti o bersagli di confronto dell'aspetto (Schaefer et al., 2014). Il PACS-R è un questionario composto da undici elementi che misura la tendenza a confrontare il proprio aspetto fisico con quello degli altri in una vasta gamma di contesti sociali (Vall-Roqué et al., 2022; Schaefer et al., 2018).

In questo studio è stato somministrato il PACS a cinque items. Il coefficiente alfa di Cronbach nello studio attuale è stato 0,75 (Meneguzzo et al., 2024). Il partecipante, tramite una scala Likert a 5 punti, indica il grado di accordo con ciascuna affermazione, attribuendo punteggi che vanno da 1 (mai) a 5 (sempre). Punteggi più elevati indicano una maggiore frequenza di confronto dell'aspetto. (Meneguzzo et al., 2024).

Il Questionario della salute del paziente - 9 (“Patient Health Questionnaire – 9” o “PHQ-9”) è uno strumento molto usato in campo medico per valutare la presenza e la gravità della depressione (Kroenke et al., 1999; Kroenke et al., 2001). Esso consiste in nove domande, ognuna delle quali riflette uno dei criteri principali del DSM-IV per diagnosticare il disturbo depressivo maggiore (Manea et al., 2014). I pazienti rispondono indicando con quanta frequenza hanno sperimentato ciascun sintomo nel corso delle ultime due settimane, usando una scala graduata da 0 a 3, dove: 0 indica che il sintomo non è stato presente affatto, 1 indica che è stato presente per alcuni giorni, 2 indica che è stato presente per più della metà dei giorni, 3 indica che è stato presente quasi tutti i giorni. Il coefficiente alfa di Cronbach nello studio attuale è stato 0,80. (Meneguzzo et al., 2024; Kroenke et al., 1999; Kroenke et al., 2001).

Il punteggio totale viene ottenuto sommando le risposte a ciascuna domanda, con un punteggio massimo di 27 (Kroenke et al., 1999). Punteggi più elevati indicano una maggiore gravità dei sintomi depressivi. In ambito clinico e di ricerca, un

punteggio di dieci o superiore è comunemente considerato come indicativo di una depressione di moderata o grave entità. Punteggi inferiori a 5 solitamente indicano la presenza minima o assente di depressione, mentre punteggi compresi tra 5 e 9 suggeriscono sintomi depressivi lievi (Manea et al., 2014; Meneguzzo et al., 2024).

Il Test delle Attitudini Alimentari (EAT-26) è una versione più breve del test originale, che includeva 40 domande. Inizialmente progettato per individuare l'anoressia nervosa, studi successivi hanno dimostrato che il test è in grado anche di rilevare la bulimia nervosa e altri disturbi del comportamento alimentare (Papini et al., 2022). Il EAT-26 è costituito da 26 domande ed è strutturato in tre fattori distinti che in questo studio sono stati analizzati sia singolarmente (EAT26-Dieting; EAT26-Bulimia; EAT26-Oral) che nell'insieme (EAT26-tot.) (Meneguzzo et al. 2024; Dotti & Lazzari; 1998).

Il primo fattore, noto come "Dieta", è composto da tredici domande e si concentra sull'attenzione dedicata al contenuto calorico, ai carboidrati e allo zucchero, spinta dal desiderio di perdere peso. Il secondo fattore, denominato "Bulimia e preoccupazione per il cibo", include sei domande e riguarda comportamenti come il vomito dopo i pasti e un'eccessiva preoccupazione per il cibo. I restanti sette item appartengono al fattore "Controllo orale", che evidenzia il desiderio di esercitare un controllo autonomo sull'assunzione di cibo (Papini et al., 2023; Meneguzzo et al., 2024). Ciascuna domanda viene valutata su una scala Likert a sei punti (Meneguzzo et al., 2024). Il coefficiente alfa di Cronbach nello studio attuale è stato 0,90.

Il questionario finale comprende undici domande mirate a esplorare comportamenti che possono essere dannosi per la salute mentale e fisica dell'individuo, come autolesionismo e comportamenti ad alto rischio. Le domande sono strutturate per raccogliere informazioni dettagliate sulle abitudini e le esperienze dei partecipanti riguardo a tali comportamenti. Le domande sono state formulate in modo chiaro e preciso per garantire che i partecipanti comprendessero appieno il loro significato e potessero rispondere in modo accurato. Ogni domanda offre tre possibilità di risposta: "mai" (0), "una volta" (1) e "più volte" (2), permettendo una valutazione dettagliata della frequenza e della gravità dei comportamenti esplorati.

Per una panoramica approfondita dei questionari utilizzati nello studio, si prega di fare riferimento ai seguenti documenti:

- Per il “Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)”, si consultino i dati riportati nella Tabella 1.
- Per la “Physical Appearance Comparison Scale (PACS)”, si faccia riferimento alla Tabella 2.
- Per il “Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)”, si trovino le informazioni nella Tabella 3.
- Per l’”Eating Attitudes Test 26 (EAT26)”, si osservi la Figura 4.
- Per gli undici quesiti riguardanti i comportamenti anticonservativi, si esaminino i dati presentati nella “Tabella 4”.

3. ANALISI STATISTICHE

Per determinare la dimensione del campione necessaria per lo studio, abbiamo eseguito un'analisi con G*Power 3.1.9.7 basata su dati pregressi sulla salute mentale delle persone transgender tratti da diverse fonti scientifiche (Guzmán-González et al., 2020; Newcomb et al., 2020; Tan et al., 2020; Scandurra et al., 2021). Dopo un'attenta valutazione di tali dati, è emerso che per ottenere risultati attendibili e significativi, sarebbe stato necessario coinvolgere 70 partecipanti in ciascun gruppo. Questo ci avrebbe consentito di raggiungere un livello di fiducia del 95% con un margine di errore del 5%. Tenendo conto della possibilità di perdite di partecipanti durante lo studio, abbiamo deciso di reclutare 77 individui per gruppo al fine di garantire il mantenimento del numero desiderato di soggetti anche dopo l'attrito.

I partecipanti di controllo sono stati estratti da un campione di 1033 individui cisgender che avevano precedentemente preso parte a uno studio (Meneguzzo et al., 2020; Meneguzzo et al., 2024). Per garantire una corretta comparabilità, è stata

eseguita una procedura di matching dei punteggi di propensione¹⁰ in modo accurato e seguendo specifici parametri come età, indice di massa corporea (BMI) attuale, anni di istruzione, genere auto-identificato attuale e orientamento sessuale (Vanderweele et al., 2006; Meneguzzo et al., 2024). Complessivamente, il campione incluso nello studio era composto da 77 individui transgender (TP) e 77 coetanei cisgender (CP), come descritto nei risultati (Meneguzzo et al. 2024).

Inizialmente, è stato eseguito il Test t di Student per confrontare le medie dei punteggi ottenuti dai questionari tra i gruppi cisgender e transgender. Questo ci ha permesso di capire se ci fossero differenze statisticamente significative tra di loro sui questionari riguardanti l'atteggiamento verso il cibo (EAT-26), la salute mentale (PHQ9), la comparazione dell'aspetto fisico tra individui (PACS) e l'autostima (RSES). Successivamente, abbiamo applicato il test di Levene per esaminare se le varianze dei punteggi tra i gruppi transgender e cisgender fossero omogenee. Questo passo è stato cruciale perché il Test t di Student richiede che le varianze nei due gruppi siano simili. Il test di Levene ci ha aiutato a determinare se questa condizione fosse soddisfatta o meno. Se le varianze fossero state significativamente diverse, avremmo dovuto considerare metodi statistici alternativi per analizzare i dati correttamente.

In secondo luogo, abbiamo eseguito analisi di correlazione di Pearson all'interno di ciascuno dei gruppi per indagare le relazioni tra le variabili di interesse. Per garantire una comparazione accurata dei risultati tra i diversi gruppi, abbiamo applicato la trasformazione r-to-Z di Fisher (Silver & Dunlap, 1987). Questo processo ci ha permesso di standardizzare i coefficienti di correlazione, rendendo più agevole il confronto delle relazioni tra le variabili nei gruppi in questione.

In terzo luogo, è stato utilizzato il test di Kruskal-Wallis per valutare se ci fossero differenze significative nelle frequenze di risposta tra i due gruppi, cisgender e transgender, rispetto alle 11 domande poste. Questo tipo di analisi è utile per comprendere se ci sono differenze di percezione o di esperienza tra i due gruppi su vari aspetti trattati dalle domande, ad esempio abitudini come mangiarsi le unghie,

¹⁰“Propensity Score Match” (Vanderweele et al., 2006)

tirarsi i capelli o la barba, pizzicarsi diverse parti del corpo, tagliarsi la pelle volontariamente, autolesionismo e pensieri suicidi.

Nel contesto di questo studio, è stato impiegato il software SPSS Statistics 25.0 (2022) per condurre tutte le analisi statistiche, compresa la procedura di matching utilizzando lo strumento specifico disponibile nel software. Il livello di significatività α è stato fissato a 0.05 per tutte le analisi, considerando la natura esplorativa dello studio.

CAPITOLO V: RISULTATI

1. PROCEDURA DI MATCHING

La maggioranza dei soggetti nel gruppo TP è stata individuata come transgender (84,4% del totale del gruppo TP), mentre una minoranza è stata identificata come queer (15,6% del totale del gruppo TP).

Il gruppo di controllo (CP) è stato selezionato per essere comparabile al gruppo sperimentale (TP) per variabili chiave quali età, BMI, sesso biologico alla nascita, orientamento sessuale e livello di istruzione. Questo processo di matching ha garantito che non vi fossero differenze significative tra i gruppi per quanto riguarda l'età (TP = $24,34 \pm 5,95$, CP = $23,19 \pm 5,60$; $Z = 1,449$, $p = 0,147$), il sesso biologico alla nascita (TP n = 66 (86%) femmine, CP n = 61 (79%), $\chi^2 = 1,123$, $p = 0,289$), il BMI (TP = $21,08 \pm 3,86$, CP = $21,20 \pm 3,61$; $Z = 0,681$, $p = 0,496$), gli anni di istruzione (TP = $12,92 \pm 2,90$, CP = $13,89 \pm 2,71$; $Z = 1,950$, $p = 0,051$), e gli orientamenti sessuali (TP: eterosessuali n = 50 (65,3%), bisessuali n = 24 (31,2%), gay/lesbiche n = 3 (3,5%), CP: eterosessuali n = 56 (72,7%), bisessuali n = 14 (18,2%), gay/lesbiche n = 7 (9,1%); $\chi^2 = 4,571$, $p = 0,102$) (Meneguzzo et al., 2020; Meneguzzo et al., 2024).

2. ANALISI COMPARATIVA TRA I DUE GRUPPI

Considerando che i gruppi hanno la stessa età, lo stesso peso attuale e hanno avuto fluttuazioni di peso simili in passato, abbiamo notato che nel gruppo transgender (TP) ci sono sintomi depressivi e alimentari significativamente più elevati rispetto al gruppo cisgender. Questa ultima differenza è stata evidenziata sia nel punteggio totale che nelle sotto-scale del test EAT (“Dieting”, “Bulimia” e “Oral”), che misura l'atteggiamento verso il cibo. Non sembra che ci siano differenze significative nei confronti fisici attuali, poiché il test PACS (“Physical Appearance Comparison Scale”) e la sorveglianza corporea non hanno mostrato differenze rilevanti tra i due

gruppi. Tuttavia, per quanto riguarda l'autostima, valutata tramite il test RSES (Rosenberg Self-Esteem Scale), è emerso che è significativamente più bassa nei soggetti transgender (TP) rispetto al gruppo cisgender (CP). Consultare la Tabella 5 per una descrizione del campione.

	t	p-value (a due code)	Δ Media	ΔDev. Standard	Intervallo di confidenza	
					inferiore	superiore
Età	1,227	0,222	1,143	0,931	-0,697	2,983
BMI	-0,206	0,837	-0,124	0,602	-1,314	1,0666
RSES	-6,08	0	-4,325	0,711	-5,730	-2,919
PACS	0,47	0,639	0,364	0,774	-1,165	1,892
PHQ9	5,607	0	4,545	0,811	2,943	6,148
EAT26_tot	4,118	0	5,416	1,315	2,815	8,0162
EAT26_Dieting	5,071	0	3,208	0,633	1,956	4,460
EAT26_Bulimia	3,546	0,001	2,545	0,718	1,126	3,965
EAT26_Oral	4,697	0	11,169	2,378	6,465	15,873

Tabella 5. Confronto tra gruppi per profili sociodemografici e clinici.

Nel confronto tra i due gruppi riguardo alle 11 domande, si è riscontrata una differenza significativa nelle risposte a quattro domande specifiche: “le è mai capitato di tagliarsi la pelle volontariamente?”; “le è mai capitato di farsi male in altro modo?”; “le è mai capitato di pensare di voler morire?”; “ha mai avuto tentativi di suicidio?”. Le risposte indicano che il gruppo transgender (TP) ha sperimentato queste situazioni in misura significativamente maggiore rispetto al gruppo cisgender (CP). Ciò suggerisce che i partecipanti transgender hanno affrontato queste difficoltà in modo più pronunciato rispetto ai loro coetanei cisgender. Fare riferimento alla Tabella 6 per ottenere informazioni dettagliate sul gruppo di partecipanti coinvolto nello studio.

	H di Kruskal-Wallis	Significatività (p-value)
<i>Le è mai capitato di mangiarsi le unghie?</i>	0,225	0,635
<i>Le capita di tirarsi i capelli/barba?</i>	1,450	0,229
<i>Le capita di pizzicarsi alcune parti del viso?</i>	0,150	0,698
<i>Le capita di pizzicarsi in altre parti del corpo?</i>	0,615	0,433
<i>Le è mai capitato di tagliarsi la pelle volontariamente?</i>	22,621	0
<i>Le è mai capitato di scottarsi o bruciarsi volontariamente</i>	1,673	0,196
<i>Le è mai capitato di farsi male in altro modo?</i>	8,536	0,003
<i>Le è mai capitato di pensare di voler morire?</i>	19,886	0
<i>Le è mai capitato di assumere volontariamente farmaci non prescritti dal medico?</i>	1,280	0,258
<i>Ha mai avuto tentativi di suicidio?</i>	20,040	0
<i>Le è mai capitato di assumere sostanze illegali?</i>	3,402	0,065

Tabella 6. Confronto dei ranghi della media della risposta a quesiti su comportamenti anticonservativi.

3. ANALISI DI CORRELAZIONE

Sono state condotte analisi di correlazione al fine di esplorare le relazioni tra i fattori considerati. Nel gruppo TP (transgender), è emerso che l'età presenta correlazioni negative significative con i questionari PACS (scala di confronto dell'aspetto fisico) e con l'EAT-26 (test delle abitudini alimentari) sia nel punteggio totale che nelle sue sotto-scale. Al contrario, sempre all'interno del gruppo TP, sono state osservate correlazioni positive significative tra l'età e il BMI (indice di massa corporea) e tra il BMI massimo e il PHQ-9 (questionario sulla salute del paziente).

Consultare la Figura 5 per confronti delle correlazioni analizzate con la trasformazione di Fisher-Z e la Figura 6 per una rappresentazione grafica delle correlazioni.

Variable		Age	BMI	BMI_MAX	BMI_min	PACS	PHQ9	EAT26_Dieting	EAT26_Bulimia	EAT26_Oral	EAT26_Tot
1. Age	Pearson's r	—									
	p-value	—									
	Effect size (Fisher's z)	—									
	SE Effect size	—									
2. BMI	Pearson's r	0.432***	—								
	p-value	< .001	—								
	Effect size (Fisher's z)	0.463	—								
	SE Effect size	0.082	—								
3. BMI_MAX	Pearson's r	0.505***	0.844***	—							
	p-value	< .001	< .001	—							
	Effect size (Fisher's z)	0.556	1.235	—							
	SE Effect size	0.082	0.082	—							
4. BMI_min	Pearson's r	-0.001	0.659***	0.524***	—						
	p-value	0.988	< .001	< .001	—						
	Effect size (Fisher's z)	-0.001	0.791	0.582	—						
	SE Effect size	0.082	0.082	0.082	—						
5. PACS	Pearson's r	-0.419***	-0.065	-0.102	0.081	—					
	p-value	< .001	0.423	0.208	0.319	—					
	Effect size (Fisher's z)	-0.446	-0.065	-0.103	0.081	—					
	SE Effect size	0.082	0.082	0.082	0.082	—					
6. PHQ9	Pearson's r	0.086	-0.034	0.207*	-0.250**	0.096	—				
	p-value	0.293	0.680	0.010	0.002	0.238	—				
	Effect size (Fisher's z)	0.086	-0.034	0.210	-0.255	0.096	—				
	SE Effect size	0.082	0.082	0.082	0.082	0.082	—				
7. EAT26_Dieting	Pearson's r	-0.322***	-0.201*	-0.053	-0.248**	0.359***	0.323***	—			
	p-value	< .001	0.013	0.519	0.002	< .001	< .001	—			
	Effect size (Fisher's z)	-0.334	-0.203	-0.053	-0.253	0.376	0.335	—			
	SE Effect size	0.082	0.082	0.082	0.082	0.082	0.082	—			
8. EAT26_Bulimia	Pearson's r	-0.398***	-0.090	0.010	-0.072	0.410***	0.220**	0.852***	—		
	p-value	< .001	0.267	0.905	0.375	< .001	0.006	< .001	—		
	Effect size (Fisher's z)	-0.422	-0.091	0.010	-0.072	0.435	0.224	1.262	—		
	SE Effect size	0.082	0.082	0.082	0.082	0.082	0.082	0.082	—		
9. EAT26_Oral	Pearson's r	-0.263**	-0.428***	-0.328***	-0.347***	0.064	0.325***	0.611***	0.483***	—	
	p-value	0.001	< .001	< .001	< .001	0.429	< .001	< .001	< .001	—	
	Effect size (Fisher's z)	-0.269	-0.458	-0.340	-0.362	0.065	0.337	0.710	0.527	—	
	SE Effect size	0.082	0.082	0.082	0.082	0.082	0.082	0.082	0.082	—	
10. EAT26_Tot	Pearson's r	-0.364***	-0.264***	-0.125	-0.261**	0.327***	0.335***	0.964***	0.863***	0.768***	—
	p-value	< .001	< .001	0.122	0.001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	—
	Effect size (Fisher's z)	-0.381	-0.271	-0.126	-0.267	0.340	0.349	2.000	1.388	1.016	—
	SE Effect size	0.082	0.082	0.082	0.082	0.082	0.082	0.082	0.082	0.082	—

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001
 Note: Conditioned on variables: Case.

Figura 5. Ogni casella riporta la trasformazione r-to-Z. Se r del gruppo TP è maggiore di r del gruppo CP, il risultato Z è riportato con un segno positivo, altrimenti, Z è riportato con un segno negativo. BMI: indice di massa corporea; PACS: scala di confronto dell'aspetto fisico; PHQ-9: questionario sulla salute del paziente; EAT: test delle abitudini alimentari.

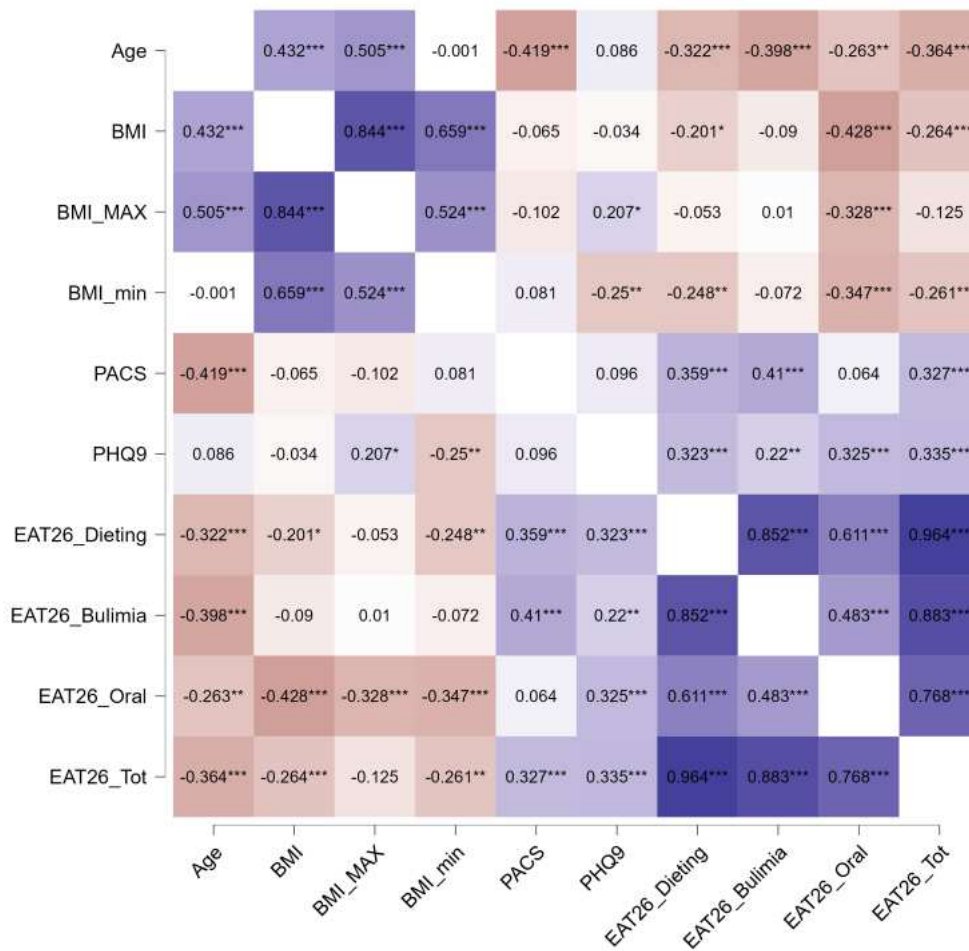


Figura 6. Le analisi di correlazione di Pearson sono state riportate come mappe termiche per TP e ogni casella ha riportato il valore rho. Le correlazioni positive sono colorate in viola, mentre le correlazioni negative sono colorate in arancione. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$. BMI: indice di massa corporea; PACS: scala di confronto dell'aspetto fisico; PHQ-9: questionario sulla salute del paziente; EAT: test delle abitudini alimentari.

CAPITOLO VI: DISCUSSIONE

I risultati di questa indagine mettono in luce una disparità nei sintomi depressivi, nei disturbi alimentari e nei comportamenti autolesionistici tra individui transgender e cisgender. Tale divario ha rilevanze significative per la salute psicologica e il benessere delle persone transgender, evidenziando l'importanza di una particolare attenzione rivolta a questo gruppo vulnerabile (Meneguzzo et al., 2024). Nonostante un processo di matching che ha garantito la comparabilità tra i gruppi transgender e cisgender per variabili cruciali come età, BMI e orientamento sessuale, il gruppo transgender ha mostrato un'incidenza significativamente più alta di sintomi depressivi e disturbi alimentari rispetto al gruppo cisgender (Meneguzzo et al., 2024). Questi risultati sono in linea con ricerche precedenti che hanno documentato una prevalenza maggiore di depressione e disturbi alimentari tra individui transgender rispetto alla popolazione cisgender (Reisner et al., 2014; Reisner et al., 2015; Pellicane & Ciesla, 2022).

Un'altra cosa messa in evidenza dal nostro studio è la tendenza dei soggetti transgender ad avere un'autostima più bassa rispetto ai soggetti cisgender; ciò ha un impatto significativo sulle scelte e sulle prospettive di vita delle persone (Julia Friederike e Ulrich, 2013). Individui con bassa autostima possono essere maggiormente influenzati dal giudizio e dalle critiche degli altri, il che potrebbe spingerli a celare i propri sentimenti più profondi e ad evitare di partecipare attivamente a progetti di gruppo. Invece di concentrarsi sul miglioramento delle proprie abilità, tendono a mettere l'accento sulla protezione personale. (Baumeister, 1993; Rosenberg e Owens, 2001). Di conseguenza, le persone con bassa autostima potrebbero incontrare ostacoli maggiori nel raggiungere obiettivi professionali e potrebbero essere più predisposte a sviluppare disturbi mentali e, in casi estremi, possono anche essere a rischio di pensieri suicidi. (Brausch e Decker, 2014; Lakey et al., 2014). Gestire sentimenti di intrappolamento e sconfitta è fondamentale per ridurre il rischio di depressione nelle persone transgender. L'autostima rappresenta un attributo intrinseco individuale di difficile modifica, pertanto, l'attenuazione della depressione richiede l'adozione di strategie alternative. Dal punto di vista

medico, emerge la necessità di garantire un sostegno globale alla salute psicologica dei soggetti transgender (Chang et al., 2019).

L'analisi delle risposte specifiche a domande riguardanti comportamenti autolesionistici e pensieri suicidi ha rivelato una frequenza significativamente maggiore di tali esperienze nel gruppo transgender rispetto al gruppo cisgender. Questo dato è coerente con altre ricerche che hanno evidenziato un aumento del rischio di autolesionismo e suicidio tra individui transgender, attribuito spesso alla discriminazione, alla stigmatizzazione e alle sfide legate all'identità di genere (Testa et al., 2017; Perez-Brumer et al., 2017).

L'esposizione continua allo stress cronico, allo stigma e alla discriminazione che le persone transgender affrontano può aumentare il rischio di sviluppare sintomi depressivi (Chang et al., 2019; Meneguzzo et al., 2024). È importante considerare questi processi psicologici all'interno di un contesto più ampio di stigma ed esclusione sociale che le persone transgender vivono regolarmente.

Per affrontare efficacemente questo problema, servirebbero interventi a livello sociale e strutturale che mirino a ridurre la stigmatizzazione e la discriminazione contro le persone transgender. Questo include non solo interventi diretti sulla discriminazione individuale, ma anche sulle strutture istituzionali che possono perpetuare queste forme di stigma, come l'accesso equo a lavoro, alloggio, servizi sanitari e legali (Yang et al., 2015). È fondamentale incoraggiare strategie di coping e specifiche abilità sociali interpersonali nelle persone transgender per gestire gli effetti dello stigma e della discriminazione che possono incontrare. Questo può comportare la promozione di strategie che favoriscano la resilienza mentale, come la partecipazione a gruppi di supporto e l'incoraggiamento dell'auto-accettazione e della validazione dell'identità di genere individuale. (Yang et al., 2015). Inoltre, è essenziale che gli studiosi, i decisori politici e gli attivisti continuino a sostenere l'uguaglianza per le persone transgender e non conformi al genere, adottando pratiche inclusive all'interno degli ambienti di socializzazione primaria, come famiglie, scuole e luoghi di lavoro. Allo stesso tempo, è importante diffondere messaggi di uguaglianza e accettazione all'intera società, attraverso campagne di

sensibilizzazione e promuovendo una maggiore consapevolezza dei diritti e delle sfide affrontate dalle persone TGNC (Scandurra et al., 2021).

L'analisi delle correlazioni ha evidenziato connessioni significative tra l'età e i sintomi depressivi, nonché gli atteggiamenti verso l'aspetto fisico e le abitudini alimentari all'interno della comunità transgender. Ciò implica che l'età potrebbe svolgere un ruolo chiave nel determinare l'intensità dei sintomi e dei comportamenti relativi alla salute mentale tra le persone transgender. Ricerche precedenti hanno indicato che i partecipanti transgender più giovani tendono ad avere una maggiore incidenza di disturbi mentali e sintomi di distress psicologico, una tendenza che rispecchia quella della popolazione generale, dove i giovani sono generalmente più a rischio di problemi di salute mentale rispetto agli adulti e agli anziani (Tan et al., 2020). Inoltre, studi pregressi hanno rivelato che le persone transgender più anziane solitamente mostrano livelli inferiori di stigma internalizzato nel corso del tempo, suggerendo una progressiva costruzione di capacità di coping e reti di supporto per affrontare le sfide legate al genere (Jackman et al., 2018). Tuttavia, ulteriori ricerche longitudinali sono necessarie per approfondire la comprensione di come le persone transgender sviluppino resilienza e sostegno nel tempo, e in che modo ciò influenzi la loro salute mentale (Tan et al., 2020).

Le persone transgender hanno dimostrato una propensione a sottostimare il proprio peso corporeo (Meneguzzo et al., 2024). Questa condizione necessita di essere approfondita per comprendere meglio il suo impatto sul loro benessere mentale. Le sfide uniche legate all'identità di genere, all'immagine corporea e alle aspettative della società possono portare allo sviluppo di psicopatologia alimentare (Duffy et al., 2019; Ferrucci et al., 2022; Jones et al., 2018). I risultati del nostro studio sottolineano la rilevanza di elementi specifici, come la bulimia, la depressione e le credenze sul controllo dell'aspetto, nelle esperienze delle persone transgender. Affrontare le pressioni della transizione e le aspettative della società può intensificare i sentimenti di inadeguatezza e scatenare comportamenti disadattivi, come il “binge eating” o il “purgino”, per gestire il disagio e l'ansia (Parker & Harriger, 2020; Meneguzzo et al., 2024). Inoltre, la ricerca del passaggio come il genere identificato può alimentare le credenze sul controllo dell'aspetto nelle persone transgender. Questo focus ossessivo sulla modifica degli attributi fisici per

conformarsi alle norme sociali può aggravare l'insoddisfazione per il corpo e contribuire allo sviluppo di problemi di salute mentale (Meneguzzo et al., 2024).

Questi risultati sottolineano l'importanza di fornire un supporto psicologico adeguato e interventi mirati per affrontare i bisogni specifici delle persone transgender. L'accesso a servizi di salute mentale culturalmente competenti e sensibili alle questioni di genere potrebbe essere cruciale per migliorare il benessere psicologico di questa popolazione. In conclusione, i risultati di questo studio confermano l'importanza di continuare a condurre ricerche sulla salute mentale delle persone transgender al fine di sviluppare interventi efficaci e promuovere un ambiente più inclusivo e accogliente per tutti gli individui, indipendentemente dall'identità di genere.

CAPITOLO VII: CONCLUSIONI

Lo studio ha individuato una marcata discrepanza nei sintomi depressivi, nei disturbi alimentari e nei comportamenti autolesionistici tra individui transgender e cisgender, con significative implicazioni per la loro salute mentale e benessere. I risultati evidenziano una maggiore prevalenza di tali problematiche nel gruppo transgender, suggerendo che fattori come stigma, discriminazione e stress cronico possano contribuire in modo significativo allo sviluppo di tali disturbi. Questo sottolinea l'importanza di fornire un'attenzione specifica e interventi mirati alle persone transgender.

L'analisi delle correlazioni ha mostrato relazioni significative tra età e sintomi depressivi, nonché atteggiamenti verso l'aspetto fisico e abitudini alimentari nella comunità transgender, indicando l'importanza di considerare il contesto di vita e sviluppo nella valutazione e nel trattamento della salute mentale di queste persone. Inoltre, è emerso che i soggetti transgender tendono a sottovalutare il loro peso, presentando ulteriori sfide nella valutazione e nel trattamento dei disturbi alimentari, suggerendo la necessità di ulteriori ricerche sull'interazione tra identità di genere, immagine corporea e salute mentale.

È stato osservato che i soggetti transgender tendono ad avere un'autostima più bassa rispetto ai soggetti cisgender, con implicazioni rilevanti sulle loro scelte di vita e benessere psicologico. Questo enfatizza l'importanza di fornire un adeguato sostegno psicologico e interventi mirati per affrontare le specifiche esigenze delle persone transgender. È cruciale garantire un supporto psicologico mirato e accessibile alle persone transgender, adattato alle loro particolari esigenze, incluso l'accesso a servizi di salute mentale culturalmente competenti e sensibili alle questioni di genere.

In conclusione, i risultati dello studio enfatizzano l'importanza di fornire un adeguato supporto psicologico e interventi mirati per affrontare le specifiche esigenze delle persone transgender e di continuare a condurre ricerche sulla salute mentale di questa popolazione al fine di sviluppare interventi efficaci e promuovere un ambiente inclusivo per tutti, indipendentemente dall'identità di genere.

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. (Edizione italiana a cura di Massimo Biondi; introduzione all'edizione italiana di Mario Maj). Raffaello Cortina Editore, 2014.
2. American Psychiatric Association. DSM-5-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. (G. Nicolò, & E. Pompili, A cura di) Raffaello Cortina Editore, 2023.
3. American Psychiatric Association. DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (ed. ital. a cura di Vittorino Andreoli, Giovanni B. Cassano, Romolo Rossi). American Psychiatric Association, 1995.
4. Atkinson Sean R., and Darren Russell. "Gender dysphoria." *Australian family physician* vol. 44,11, pp. 792-6, 2015.
5. Bailey, J Michael et al. "Sexual Orientation, Controversy, and Science." *Psychological science in the public interest: a journal of the American Psychological Society* vol. 17,2, pp. 45-10, 2016.
6. Baron-Cohen, Simon. "The extreme male brain theory of autism." *Trends in cognitive sciences* vol. 6,6, pp. 248-254, 2002. doi: 10.1016/s1364-6613(02)01904-6
7. Baumeister, R. F. "Understanding the inner nature of low self-esteem: uncertain, fragile, protective, and conflicted," in *Self-Esteem. The Plenum Series in Social / Clinical Psychology*, ed. R. F. Baumeister (Boston, MA: Springer), 1993.
8. Beale, Jennifer M, and Sarah M Creighton. "Long-term health issues related to disorders or differences in sex development/intersex." *Maturitas* vol. 94, pp. 143-148, 2016.

9. Benjamin H. “Transsexualism and transvestism as psychosomatic and somatopsychic syndromes.” *American journal of psychotherapy* vol. 8,2, pp. 219-30, 1954.
10. Bonifacio Joseph H. et al. “Management of gender dysphoria in adolescents in primary care.” *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne* vol. 191,3 (2019): E69-E75. doi: 10.1503/cmaj.180672
11. Brausch, A. M., and Decker, K. M. Self-esteem and social support as moderators of depression, body image, and disordered eating for suicidal ideation in adolescents. *J. Abnorm. Child Psychol.* 42, pp. 779–789, 2014. doi: 10.1007/ s10802-013-9822-0
12. Byrne, A. The Origin of “Gender Identity”. *Arch Sex Behav* **52**, 2709–2711 (2023). <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02628-0>
13. C. Agarwal, M. Scheefer, L. Wright, N. Walzer e A. Rivera, «Quality of life improvement after chest wall masculinization in female-to-male transgender patients: A prospective study using the BREAST-Q and Body Uneasiness Test,» *Journal of Plastic Reconstructive & Aesthetic Surgery*, vol. 71, n. 5, pp. 651-657, 2018.
14. Chang, Ruijie et al. “Feelings of Entrapment and Defeat Mediate the Association Between Self-Esteem and Depression Among Transgender Women Sex Workers in China.” *Frontiers in psychology* vol. 10 2241. 4 Oct. 2019, doi: 10.3389/fpsyg.2019.02241

15. Chao, Kuo-Yu et al. "Prevalence and Comorbidity of Gender Dysphoria in Taiwan, 2010-2019." *Archives of sexual behavior* vol. 52,3 (2023): 1009-1017. doi: 10.1007/s10508-022-02500-7
16. Claahsen-van der Grinten, Hedi et al. "Gender incongruence and gender dysphoria in childhood and adolescence-current insights in diagnostics, management, and follow-up." *European journal of pediatrics* vol. 180,5 (2021): 1349-1357. doi: 10.1007/s00431-020-03906-y
17. Coleman E. et al. "Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8." *International journal of transgender health* vol. 23, Suppl 1 S1-S259. 6 Sep. 2022.
18. Colizzi, Marco et al. "Dissociative symptoms in individuals with gender dysphoria: is the elevated prevalence real?" *Psychiatry research* vol. 226,1; pp. 173-80, 2015. doi: 10.1016/j.psychres.2014.12.045
19. Crapanzano A, Carpiniello B, Pinna F. Approccio alla persona con disforia di genere: dal modello psichiatrico italiano al modello emergente basato sul consenso informato. *Riv Psichiatr* 2021;56(2):120-128. doi 10.1708/3594.35771
20. de Lind van Wijngaarden, Jan W, and Kangwan Fongkaew. "'Being Born like This, I Have No Right to Make Anybody Listen to Me': Understanding Different Forms of Stigma among Thai Transgender Women Living with HIV in Thailand." *Journal of homosexuality* vol. 68,14; pp. 2533-2550, 2021. doi: 10.1080/00918369.2020.1809892
21. Dickey, I. M., Reisner, S. L., & Juntunen, C. L. "Non-suicidal self-injury in a large online sample of transgender adults." *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(1), pp. 3-11, 2015. <https://doi.org/10.1037/a0038803>

22. Dora Marta et al. "Gender dysphoria, gender incongruence and gender nonconformity in adolescence - changes and challenges in diagnosis." "Dysforia płciowa, niezgodność płciowa i nonkonformizm płciowy w adolescencji – zmiany i wyzwania diagnostyczne." *Psychiatria polska* vol. 55,1, pp. 23-37, 2021.
23. Dotti, A, and R Lazzari. "Validation and reliability of the Italian EAT-26." *Eating and weight disorders: EWD* vol. 3,4: pp. 188-94, 1998. doi: 10.1007/BF03340009
24. DSM IV-TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Text revision. Milano: Masson, 2000.
25. DuBois, L Zachary, and Heather Shattuck-Heidorn. "Challenging the binary: Gender/sex and the bio-logics of normalcy." *American journal of human biology: the official journal of the Human Biology Council* vol. 33,5, e23623, 2021.
26. Duffy, M. E., Henkel, K. E., & Joiner, T. E. Prevalence of self-injurious thoughts and behaviors in transgender individuals with eating disorders: A national study. *Journal of Adolescent Health*, 64(4), pp. 461–466, 2019. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.07.016>
27. Ferrucci, K. A., Lapane, K. L., & Jesdale, B. M. Prevalence of diagnosed eating disorders in US transgender adults and youth in insurance claims. *International Journal of Eating Disorders*, 55(6), pp. 801–809, 2022. <https://doi.org/10.1002/eat.23729>
28. Ford, Joseph et al. "Use of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) in Practice: Interactions between patients and physicians." *Qualitative health research* vol. 30,13: pp. 2146-2159, 2020. doi: 10.1177/1049732320924625
29. Fusar-Poli, Paolo et al. "What is good mental health? A scoping review." *European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of*

- Neuropsychopharmacology* vol. 31: pp. 33-46, 2020. doi: 10.1016/j.euroneuro.2019.12.105
30. Galderisi, Silvana et al. "A proposed new definition of mental health." "Propozycja nowej definicji zdrowia psychicznego." *Psychiatria polska* vol. 51,3: pp. 407-411, 2017. doi:10.12740/PP/74145
31. Garner, D M et al. "The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates." *Psychological medicine* vol. 12,4: pp. 871-8, 1982. doi: 10.1017/s0033291700049163
32. Greenson, R. R. On homosexuality and gender identity. *International Journal of Psycho-Analysis*, 45, 217–219, 1964.
33. Grossman, Arnold H, and Anthony R D'Augelli. "Transgender youth and life-threatening behaviors." *Suicide & life-threatening behavior* vol. 37,5 (2007): 527-37. doi: 10.1521/suli.2007.37.5.527
34. Guzmán-González, Mónica, et al. "Salud mental en población transgénero y género no conforme en Chile." *Revista médica de Chile* 148.8: pp. 1113-1120, 2020.
35. Haig, David. "On the Origins of Gender Identity." *Archives of sexual behavior* vol. 52,7, 2023. 2717-2718. doi: 10.1007/s10508-023-02694-4
36. Hartman, C. A., Luteijn, E., Moorlag, H., de Bildt, A., & Minderaa, R. Vragenlijst voor Inventarisatie van Sociaal gedrag Kinderen (VISK). Handleiding. Amsterdam: Boom test uitgevers, 2015
37. Hartman, Catharina A et al. "Refinement of the Children's Social Behavior Questionnaire (CSBQ): an instrument that describes the diverse problems seen in milder forms of PDD." *Journal of autism and developmental disorders* vol. 36,3, pp. 325-42, 2006. doi: 10.1007/s10803-005-0072-z

38. Huber, Machteld et al. "How should we define health?" *BMJ (Clinical research ed.)* vol. 343 d4163. 26 Jul. 2011, doi: 10.1136/bmj.d4163
39. I.S.d.S «Infotrans - Glossario,» [Online]. Available: https://www.infotrans.it/it-schede-8-glossario_transgender. [consultato il 07/02/2024]
40. Jackman, Kasey B et al. "Generational Differences in Internalized Transnegativity and Psychological Distress Among Feminine Spectrum Transgender People." *LGBT health* vol. 5,1: pp. 54-60, 2018. doi: 10.1089/lgbt.2017.0034
41. Jackman, Kasey B et al. "Stigma, gender dysphoria, and nonsuicidal self-injury in a community sample of transgender individuals." *Psychiatry research* vol. 269: pp. 602-609, 2018. doi: 10.1016/j.psychres.2018.08.092
42. Janssen Diederik F. "Who Invented Gender Identity?" *Archives of sexual behavior* vol. 52,7, 2023. 2713-2716. doi: 10.1007/s10508-023-02650-2
43. Jiménez-López, José Luis. "Disforia y comorbilidad psiquiátrica en personas transgénero que solicitan atención médica para transición somática" [Dysphoria and psychiatric comorbidity in transgender people seeking medical care for somatic transition]. *Revista medica del Instituto Mexicano del Seguro Social* vol. 61,5 617-622. 4 Sep. 2023, doi: 10.5281/zenodo.8316452
44. Jones, B. A., Haycraft, E., Bouman, W. P., Brewin, N., Claes, L., & Arcelus, J. Risk Factors for eating disorder psychopathology within the treatment seeking transgender population: The role of cross-sex hormone treatment. *European Eating Disorders Review*, 26(2), pp. 120–128, 2018. <https://doi.org/10.1002/erv.2576>
45. Jones, Rebecca M et al. "Brief report: female-to-male transsexual people and autistic traits." *Journal of autism and developmental disorders* vol. 42,2, pp. 301-6, 2012. doi: 10.1007/s10803-011-1227-8

46. Joost à Campo et al. "Psychiatric comorbidity of gender identity disorders: a survey among Dutch psychiatrists." *The American journal of psychiatry* vol. 160,7, pp. 1332-6, 2003. doi: 10.1176/appi.ajp.160.7.1332
47. Jorgensen, Sarah C J. "Transition Regret and Detransition: Meanings and Uncertainties." *Archives of sexual behavior* vol. 52,5: pp. 2173-2184, 2023. doi: 10.1007/s10508-023-02626-2
48. Judge, Ciaran et al. "Gender dysphoria - prevalence and co-morbidities in an Irish adult population." *Frontiers in endocrinology* vol. 5 87. 13 Jun. 2014, doi: 10.3389/fendo.2014.00087
49. Julia Friederike, S., and Ulrich, O. Does low self-esteem predict depression and anxiety? a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol. Bull.* 139, pp. 213–240, 2013. doi: 10.1037/a0028931
50. Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. W. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), pp. 606–613, 2001. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
51. Kroenke, Kurt, Robert L. Spitzer, and Janet BW Williams. "Patient health questionnaire-9." *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 1999.
52. Lakey, C. E., Hirsch, J. K., Nelson, L. A., and Nsamenang, S. A. (2014). Effects of contingent self-esteem on depressive symptoms and suicidal behavior. *Death Stud.* 38, 563–570. doi: 10.1080/07481187.2013.809035
53. Levine, S.B. Transitioning Back to Maleness. *Arch Sex Behav* 47, pp. 1295–1300, 2018. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1136-9>

54. M. Miscioscia, P. Rigo, M. Spandri, D. Cerantola e A. Simonelli, «La disforia di genere in età evolutiva: questioni diagnostiche e aspetti relazionali. Una rassegna narrativa della letteratura,» *Giornale Italiano di Psicologia*, 2020.
55. Manea, Laura, Simon Gilbody, and Dean McMillan. "A diagnostic meta-analysis of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) algorithm scoring method as a screen for depression." *General hospital psychiatry* 37.1: pp. 67-75, 2015.
56. Manwell, Laurie A et al. "What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey." *BMJ open* vol. 5,6 e007079. 2 Jun. 2015, doi: 10.1136/bmjopen-2014-007079
57. Mazaheri Meybodi, Azadeh et al. "Psychiatric Axis I Comorbidities among Patients with Gender Dysphoria." *Psychiatry journal* vol. 2014, 2014. 971814. doi: 10.1155/2014/971814
58. Meneguzzo, P., Collantoni, E., Bonello, E., Vergine, M., Behrens, S. C., Tenconi, E., et al. The role of sexual orientation in the relationships between body perception, body weight dissatisfaction, physical comparison, and eating psychopathology in the cisgender population. *Eating and Weight Disorders*, 1–6, 2020. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-01047-7>, 0123456789.
59. Meneguzzo, Paolo, et al. "Transgender body image: Weight dissatisfaction, objectification & identity-Complex interplay explored via matched group." *International Journal of Clinical and Health Psychology* 24.1: 100441, 2024.
60. Meybodi, Azadeh M, and Atefeh G Jolfaei. "Evaluation of personality disorders in patients with Gender Identity Disorder (GID): An update." *Journal of family*

medicine and primary care vol. 11,6: pp. 3196-3202, 2022. doi:
10.4103/jfmpe.jfmpe_1931_21

61. Meyer, Gesine et al. "Hormonal Gender Reassignment Treatment for Gender Dysphoria." *Deutsches Arzteblatt international* vol. 117,43, pp. 725-732, 2020. doi: 10.3238/arztebl.2020.0725
62. Mezzalana, Selene et al. "Gender Felt Pressure, Affective Domains, and Mental Health Outcomes among Transgender and Gender Diverse (TGD) Children and Adolescents: A Systematic Review with Developmental and Clinical Implications." *International journal of environmental research and public health* vol. 20,1 785. 31 Dec. 2022, doi: 10.3390/ijerph20010785
63. Mitchell, Hannah K et al. "Prevalence of gender dysphoria and suicidality and self-harm in a national database of paediatric inpatients in the USA: a population-based, serial cross-sectional study." *The Lancet. Child & adolescent health* vol. 6,12: pp. 876-884, 2022. doi: 10.1016/S2352-4642(22)00280-2
64. Money, J. Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: Psychologic findings. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, 96, pp. 253–264, 1955.
65. Money, J., Hampson, J. G., & Hampson, J. L. An examination of some basic sexual concepts: The evidence of human hermaphroditism. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, 97, pp. 301–319, 1955.
66. Newcomb, Michael E., et al. "High burden of mental health problems, substance use, violence, and related psychosocial factors in transgender, non-binary, and gender diverse youth and young adults." *Archives of sexual behavior* 49: pp. 645-659, 2020.

67. Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: Principi generali, 1948. Recuperato da <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>
68. Papini, Natalie M et al. "Psychometric properties of the 26-item eating attitudes test (EAT-26): an application of rasch analysis." *Journal of eating disorders* vol. 10,1 62. 4 May. 2022, doi: 10.1186/s40337-022-00580-3
69. Parker, L. L., & Harriger, J. A. Eating disorders and disordered eating behaviors in the LGBT population: A review of the literature. *Journal of Eating Disorders*, 8(1), 2020. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00327-y>. BioMed Central Ltd.
70. Pellicane, M. J., & Ciesla, J. A. Associations between minority stress, depression, and suicidal ideation and attempts in transgender and gender diverse (TGD) individuals: Systematic review and meta-analysis. In *Clinical psychology review*, 91, 2022. Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102113>
71. Perez-Brumer, Amaya et al. "Prevalence and Correlates of Suicidal Ideation Among Transgender Youth in California: Findings From a Representative, Population-Based Sample of High School Students." *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* vol. 56,9: pp. 739-746, 2017. doi: 10.1016/j.jaac.2017.06.010
72. Peterson, Claire M et al. "Suicidality, Self-Harm, and Body Dissatisfaction in Transgender Adolescents and Emerging Adults with Gender Dysphoria." *Suicide & life-threatening behavior* vol. 47,4 (2017): 475-482. doi: 10.1111/sltb.12289
73. R. Weigert, E. Frison, Q. Sessiecq, K. Al Mutairi e V. Casoli, «Patienti satisfaction with breasts and psychological, sexual and physical well-being after breast

- augmentation in male-to-female transsexuals,» *Plastic Reconstructive Surgery*, vol. 132, n. 6, pp. 1421-1429, 2013.
74. Reisner, Sari L et al. "Mental health of transgender youth in care at an adolescent urban community health center: a matched retrospective cohort study." *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine* vol. 56,3: pp. 274-9, 2015. doi: 10.1016/j.jadohealth.2014.10.264
75. Reisner, Sari L et al. "Transgender Health Disparities: Comparing Full Cohort and Nested Matched-Pair Study Designs in a Community Health Center." *LGBT health* vol. 1,3: pp. 177-184, 2014. doi: 10.1089/lgbt.2014.0009
76. Robles Rebeca et al. "Removing transgender identity from the classification of mental disorders: a Mexican field study for ICD-11." *The lancet. Psychiatry* vol. 3,9, pp. 850-9, 2016. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30165-1
77. Rosenberg, M., and Owens, T. J. "Low self-esteem people: a collective portrait," in *Extending Self-Esteem Theory and Research: Sociological and Psychological Currents*, eds T. J. Owens, S. Stryker, and N. Goodman (New York, NY: Cambridge University Press), pp. 400–436, 2001. doi: 10.1017/cbo9780511527739.018
78. Rosenberg, Morris. "Rosenberg self-esteem scale (RSE)". *Acceptance and commitment therapy. Measures package*, 61.52: 18, 1965.
79. Scandurra, Cristiano et al. "Gender Identity Milestones, Minority Stress and Mental Health in Three Generational Cohorts of Italian Binary and Nonbinary Transgender People." *International journal of environmental research and public health* vol. 18,17 9057. 27 Aug. 2021, doi: 10.3390/ijerph18179057
80. Scandurra, Cristiano, et al. "Gender identity milestones, minority stress and mental health in three generational cohorts of Italian binary and nonbinary transgender

people." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18.17, 2021: 9057.

81. Schaefer, Lauren M, and J Kevin Thompson. "The development and validation of the Physical Appearance Comparison Scale-Revised (PACS-R)." *Eating behaviors* vol. 15,2: pp. 209-17, 2014. doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.01.001
82. Schaefer, Lauren M, and J Kevin Thompson. "The development and validation of the Physical Appearance Comparison Scale-3 (PACS-3)." *Psychological assessment* vol. 30,10: pp. 1330-1341, 2018. doi: 10.1037/pas0000576
83. Schulman, Julie K, and Laura Erickson-Schroth. "Mental Health in Sexual Minority and Transgender Women." *The Medical clinics of North America* vol. 103,4; pp.723-733, 2019. doi: 10.1016/j.mcna.2019.02.005
84. Selvaggi, Gennaro et al. "Gender Affirmation Surgery." *BioMed research international* vol. 2018 1768414. 5 Jul. 2018, doi: 10.1155/2018/1768414
85. Silver, N. C., & Dunlap, W. P. Averaging correlation coefficients: Should Fisher's z transformation be used? *Journal of Applied Psychology*, 72(1), 146, 1987.
86. Skagerberg, E., Di Ceglie, D., & Carmichael, P. Brief report: Autistic features in children and adolescents with gender dysphoria. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 45(8), pp. 2628–2632, 2015.
87. Smith, William B et al. "Affirming Gender Identity of Patients With Serious Mental Illness." *Psychiatric services (Washington, D.C.)* vol. 70,1; pp. 65-67, 2019. doi: 10.1176/appi.ps.201800232
88. Soldati, Lorenzo et al. "Gender Dysphoria and Dissociative Identity Disorder: A Case Report and Review of Literature." *Sexual medicine* vol. 10,5: pp. 100553, 2022. doi: 10.1016/j.esxm.2022.100553

89. Stoller, R. J. A contribution to the study of gender identity. *International Journal of Psycho-Analysis*, 45, 220–226, 1964.
90. Strang, J. F., Kenworthy, L., Dominska, A., Sokoloff, J., Kenealy, L. E., Berl, M., et al. Increased gender variance in autism spectrum disorders and attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 43(8), pp. 1525–1533, 2014.
91. Stusiński, Jarosław et al. "Gender dysphoria symptoms in schizophrenia." *Psychiatria Polska*, vol. 52, no. 6, 2018, pp. 1053-1062. doi:10.12740/PP/80013.
92. T. Van de Grift, B. Kreukels, L. Elfering, M. Özer, M. Bouman, M. Buncamper, J. Smit e M. Mullender, «Body image in transmen: Multidimensional measurement and the effects of mastectomy,» *The Journal of Sexual Medicina*, vol. 13, n. 11, pp. 1778-1786, 2016.
93. T. Van de Grift, L. Elfering, M. Greijdanus, J. Smit, M. Bouman, A. Klassen e M. Mullender, «Subcutaneous mastectomy improves satisfaction with body and psychological funtion in trans men: findings of a cross-sectional study usinf the BODY-Q chest module,» *Plastic Reconstructive Surgery*, vol. 142, n. 5, pp. 1125-1132, 2018.
94. Tan, Kyle K H et al. "Mental Health Inequities among Transgender People in Aotearoa New Zealand: Findings from the Counting Ourselves Survey." *International journal of environmental research and public health* vol. 17,8 2862, 21 Apr. 2020. doi: 10.3390/ijerph17082862
95. Tan, Kyle KH, et al. "Mental health inequities among transgender people in Aotearoa New Zealand: Findings from the Counting Ourselves

- Survey." *International journal of environmental research and public health* 17.8, 2020: 2862.
96. Testa, Rylan J et al. "Suicidal ideation in transgender people: Gender minority stress and interpersonal theory factors." *Journal of abnormal psychology* vol. 126,1: pp. 125-136, 2017. doi: 10.1037/abn0000234
97. Thompson, Joel Kevin; Heinberg, L.; and Tantleff-Dunn, S., "The Physical Appearance Comparison Scale". *Psychology Faculty Publications*. 2116, 1991. https://digitalcommons.usf.edu/psy_facpub/2116
98. Toni R., Scudellari P. Disforia di genere: aspetti storici di un complexus psiconeuroendocrino. *L'Endocrinologo* 24, pp. 301–310, 2023. <https://doi.org/10.1007/s40619-023-01273-y>
99. Vaillant, George E. "Positive mental health: is there a cross-cultural definition?" *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)* vol. 11,2: pp. 93-9, 2012. doi: 10.1016/j.wpsyc.2012.05.006
100. Vall-Roqué, Helena, Ana Andrés, and Carmina Saldaña. "Validation of the Spanish version of the Physical Appearance Comparison Scale-Revised (PACS-R): Psychometric Properties in a Mixed-Gender Community Sample". *Behavioral Psychology/Psicología Conductual* 30.1, 2022.
101. van der Miesen, Anna I R et al. "Autistic Symptoms in Children and Adolescents with Gender Dysphoria." *Journal of autism and developmental disorders* vol. 48,5, pp. 1537-1548, 2018. doi: 10.1007/s10803-017-3417-5
102. Vanderweele, T. The use of propensity score methods in psychiatric research. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 15(2), 95–103, 2006. <https://doi.org/10.1002/mpr.183>

103. Verbeek, Maria J A et al. “Experiences with stigmatization among transgender individuals after transition: A qualitative study in the Netherlands.” *International journal of transgender health* vol. 21,2 220-233. 15 Apr. 2020, doi: 10.1080/26895269.2020.1750529
104. Wainipitapong, Sorawit et al. “Complex psychiatric comorbidities in Thai trans women: A case series.” *F1000Research* vol. 11 74. 21 Jan. 2022, doi:10.12688/f1000research.75144.1
105. Wallien & Cohen-Kettenis. *J Am Acad Child Adoles Psychiatry*, 47, pp. 1413–1423, 2008.
106. WHO. Mental health: Concept in Mental Health; strengthening mental health promotion, 2022; Fact Sheet No. 120. Updated January 2024: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
107. World Health Organization (WHO), International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11), <https://icd.who.int/browse11>, 2019/2021.
108. Wouter B, van der Sluis et al. “Gender-affirmation surgery and bariatric surgery in transgender individuals in The Netherlands: Considerations, surgical techniques and outcomes.” *International journal of transgender health* vol. 23,3 355-361. 1 Mar. 2021, doi: 10.1080/26895269.2021.1890302
109. Yang, Mei-Fen et al. “Stigmatization and Mental Health in a Diverse Sample of Transgender Women.” *LGBT health* vol. 2,4: pp. 306-12, 2015. doi: 10.1089/lgbt.2014.0106

110. Zeelenberg, M., & Pieters, R. A theory of regret regulation 1.0. *Journal of Consumer Psychology*, 17(1), pp. 3–18, 2007. https://doi.org/10.1207/s15327663jcp1701_3

ALLEGATI

1. FIGURE

Medications used and dose recommendations (according to [9])

Medication	Preparations	Recommended doses
Feminizing hormone therapy for male-to-female gender dysphoria		
Estradiol	Oral: estradiol or estradiol valerate	2–6 mg/day
	Transdermal: gel Transdermal: patch	1.5–3 mg/day 25–200 µg/24 hours
Anti-androgen medication	Cyproterone acetate Spironolactone GnRH analogs: e.g. leuprorelin	10–50 mg/day PO 100–300 mg/day PO 3.75 mg every 4 weeks or 11.25 mg every 12 weeks SC
	Virilizing hormone therapy for female-to-male gender dysphoria	
Testosterone	Transdermal gel	40–125 mg/day
	Testosterone undecanoate	1000 mg every 10 to 16 weeks IM
Additive menstruation suppression (if necessary)	Progestins: Medroxyprogesterone Dydrogesterone	5–10 mg/day 10–20 mg/day
	GnRH analogs: e.g. leuprorelin	3.75 mg every 4 weeks or 11.25 mg every 12 weeks SC

Effects and course of gender-affirming hormone therapy (according to [9, 10])

Effect	Start	Maximum effect
Course shows marked inter-individual heterogeneity.		
Feminizing hormone therapy for male-to-female gender dysphoria		
Breast growth	3–6 months	2–3 years
Fat redistribution	3–6 months	2–3 years
Reduction of muscle mass and strength	3–6 months	1–2 years
Softening of the skin	3–6 months	
Decrease in body and facial hair	6–12 months	> 3 years
Reduction of libido and spontaneous erections	1–3 months	3–6 months
Decrease in testicular size	3–6 months	2–3 years
Virilizing hormone therapy for female-to-male gender dysphoria		
Suppression of menstrual periods	2–6 months	
Low pitched voice	3–12 months	1–2 years
Virilization of body build, increase in muscle mass	6–12 months	2–5 years (training-dependent)
Facial and body hair growth	3–6 months	3–5 years
Clitoral growth	3–6 months	1–2 years

Figura 1 Terapia ormonale e dose raccomandate; Tempo manifestazione effetti terapia ormonale. (Mayer et al., 2020).

Adverse reactions and risks of gender-affirming hormone therapy (adapted from [9, 10])

	Feminizing hormone therapy	Virilizing hormone therapy
Risk markedly increased	Venous thromboembolism ^{*1}	Erythrocytosis (hematocrit >50) Acne
Risk moderately increased	Cerebral ischemia ^{*1} Cardiovascular complications ^{*1} Hyperprolactinemia /prolactinoma ^{*1} Hypertriglyceridemia ^{*1} Increase in liver enzyme levels ^{*1, *2} Depressive symptoms/aggravation of a pre-existing depression ^{*2} Weight gain ^{*1, *2} Meningioma ^{*2}	Weight gain Increase in liver enzyme levels Dyslipidemia Cardiovascular complications Hypertension
Risk not/not clearly increased	Breast cancer Prostate cancer	Breast cancer Ovarian cancer Endometrial cancer, cervical cancer

Figura 2 Reazioni avverse e rischi della terapia ormonale per l'affermazione di genere (Mayer et al., 2020)

EAT26

Trova una risposta per ciascuna delle seguenti affermazioni	Sempre	Di solito	Spesso	Qualche volta	Raramente	Mai
1 Sono terrorizzato dall'essere sovrappeso.	3	2	1	0	0	0
2 Evito di mangiare quando ho fame.	3	2	1	0	0	0
3 Mi ritrovo preoccupato per il cibo.	3	2	1	0	0	0
4 Ho avuto dei binge eating dove ho la sensazione di non poter smettere.	3	2	1	0	0	0
5 Taglio il cibo in piccoli pezzi.	3	2	1	0	0	0
6 Sono consapevole del contenuto calorico degli alimenti che mangio.	3	2	1	0	0	0
7 Evito particolarmente cibi con un alto contenuto di carboidrati (ad es. pane, riso, patate, ecc.).	3	2	1	0	0	0
8 Sento che gli altri preferirebbero se mangiassi di più.	3	2	1	0	0	0
9 Vomito dopo aver mangiato.	3	2	1	0	0	0
10 Mi sento estremamente colpevole dopo aver mangiato.	3	2	1	0	0	0
11 Sono preoccupato dal desiderio di essere più magro.	3	2	1	0	0	0
12 Penso a bruciare calorie quando faccio esercizio fisico.	3	2	1	0	0	0
13 Gli altri pensano che io sia troppo magro.	3	2	1	0	0	0
14 Sono preoccupato dal pensiero di avere grasso sul mio corpo.	3	2	1	0	0	0
15 Impiego più tempo degli altri per mangiare i miei pasti.	3	2	1	0	0	0
16 Evito cibi con zucchero.	3	2	1	0	0	0
17 Mangio cibi dietetici.	3	2	1	0	0	0
18 Sento che il cibo controlla la mia vita.	3	2	1	0	0	0
19 Dimostro autocontrollo intorno al cibo.	3	2	1	0	0	0
20 Sento che gli altri mi pressano a mangiare.	3	2	1	0	0	0
21 Dedico troppo tempo e pensiero al cibo.	3	2	1	0	0	0
22 Mi sento a disagio dopo aver mangiato dolci.	3	2	1	0	0	0
23 Sono coinvolto in comportamenti dietetici.	3	2	1	0	0	0
24 Mi piace avere lo stomaco vuoto.	3	2	1	0	0	0
25 Ho l'impulso di vomitare dopo i pasti.	3	2	1	0	0	0
26 Mi piace provare nuovi cibi ricchi.	0	0	0	1	2	3

Figura 4. EAT-26: (Garner et al. 1982, *Psychological Medicine*, 12, 871-878)

EAT26-Dieting: 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 26.

EAT26-Bulimia: 3, 4, 9, 18, 21, 25.

EAT26-Oral: 2, 5, 8, 13, 15, 19, 20.

2. TABELLE

RSES

Prego registrare la risposta appropriata per ciascun elemento (tab.1), a seconda se

- *Sei totalmente d'accordo: quesiti 1, 3, 4, 7 e 10 dare punteggio 3; quesiti 2, 5, 6, 8 e 9 segnare punteggio 0.*
- *Sei d'accordo: assegna punteggio 2 per quesiti 1, 3, 4, 7 e 10; segna punteggio 1 per i quesiti 2, 5, 6, 8 e 9.*
- *in disaccordo: assegna punteggio 1 per quesiti 1, 3, 4, 7 e 10; segna punteggio 2 per i quesiti 2, 5, 6, 8 e 9.*
- *fortemente in disaccordo: assegna punteggio 3 per i quesiti 1, 3, 4, 7 e 10; segna punteggio 0 per i quesiti 2, 5, 6, 8 e 9 (Rosenberg, 1965b).*

La scala varia da 0 a 30. I punteggi tra 15 e 25 rientrano nell'intervallo normale; i punteggi inferiori a 15 suggeriscono un'autostima bassa.

		Totalmente d'accordo	D'accordo	In disaccordo	Totalmente in disaccordo
1.	Nel complesso, sono soddisfatto di me stesso.	3	2	1	0
2.	A volte penso di non valere nulla.	0	1	2	3
3.	Sento di avere diverse qualità positive.	3	2	1	0
4.	Sono in grado di fare le cose tanto bene quanto la maggior parte delle altre persone	3	2	1	0
5.	Sento che non ho molto di cui essere orgoglioso	0	1	2	3
6.	Certamente mi sento inutile a volte	0	1	2	3
7.	Sento di essere una persona di valore	3	2	2	0
8.	Vorrei poter avere più rispetto per me stesso	0	1	2	3
9.	Tutto sommato, sono incline a pensare di essere un fallimento	0	1	2	3
10.	Ho un atteggiamento positivo verso me stesso	3	2	1	0

Tabella 1. RSES (Rosenberg, 1965b).

PACS (Physical Appearance Comparison Scale)

Utilizzando la seguente scala, ti preghiamo di selezionare un numero che si avvicini di più a come ti senti:

	mai	raramente	A volte	Spesso	Sempre
<i>Alle feste o ad altri eventi sociali, confronto il mio aspetto fisico con quello degli altri.</i>	1	2	3	4	5
<i>Il modo migliore per una persona di sapere se è sovrappeso o sottopeso è confrontare la propria figura con quella degli altri.</i>	1	2	3	4	5
<i>Alle feste o ad altri eventi sociali, confronto come sono vestito/a con il modo in cui sono vestite altre persone.</i>	1	2	3	4	5
<i>Confrontare il proprio "aspetto" con l'"aspetto" degli altri è un modo sbagliato per determinare se si è attraenti o meno</i>	5	4	3	2	1
<i>In situazioni sociali, a volte confronto la mia figura con le figure delle altre persone</i>	1	2	3	4	5

Tabella 2. PACS (Thompson et al., 1991).

PHQ-9

Nelle ultime 2 settimane, quanto spesso sei stato disturbato da qualcuno dei seguenti problemi?

	MAI	QUALCHE GIORNO	PIÙ DELLA METÀ DEI GIORNI	QUASI TUTTI I GIORNI
Scarso interesse o piacere nel fare le cose	0	1	2	3
Sentirsi “giù”, di cattivo umore, disperato	0	1	2	3
Soffrire d’insonnia o dormire troppo	0	1	2	3
Sentirsi stanco o con poche energie	0	1	2	3
Avere scarso appetito o perso peso o essere bulimico	0	1	2	3
Sentirsi contrariato, “un fallito”, lasciarsi andare o sentirsi abbandonato dalla famiglia	0	1	2	3
Difficoltà nel concentrarsi sulle cose, per es. nel leggere il giornale o nel guardare la TV	0	1	2	3
Muoversi o parlare lentamente tanto da non essere compreso da altri. Oppure, sentirsi agitato e muoversi più del solito	0	1	2	3
Pensare che sarebbe meglio morire o ferirsi in qualche modo	0	1	2	3
TOTALE				

Tabella 3. Nine-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9) (Ford et al., 2020).

**QUESTIONARIO SU COMPORAMENTI
ANTICONSERVATIVI**

	MAI	UNA VOLTA	PIÙ VOLTE
Le capita di mangiarsi le unghie?	0	1	2
Le capita di tirarsi i capelli / la barba?	0	1	2
Le capita di pizzicarsi alcune parti del viso?	0	1	2
Le capita di pizzicarsi in altre parti del corpo?	0	1	2
Le è mai capitato di tagliarsi la pelle volontariamente?	0	1	2
Le è mai capitato di scottarsi o bruciarsi volontariamente?	0	1	2
Le è mai capitato di farsi del male in altro modo?	0	1	2
Le è mai capitato di pensare di voler morire?	0	1	2
Le è mai capitato di assumere volontariamente farmaci non prescritti dal medico?	0	1	2
Ha mai avuto tentativi di suicidio?	0	1	2
Le è mai capitato di assumere sostanze illegali?	0	1	2

Tabella 4. 11 domande su comportamenti anticonservativi