



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

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

**Corso di laurea Magistrale in Psicologia Clinica Dello Sviluppo  
(classe LM-51)**

**Tesi di laurea Magistrale**

**Benessere psicologico delle persone transgender e  
gender diverse: il ruolo dell'attaccamento, dello  
stigma e della transfobia interiorizzata**

**Psychological well-being of transgender and gender diverse people:  
the role of attachment, stigma and internalized transphobia**

***Relatore***

**Prof.ssa Marina Miscioscia**

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione DPSS

***Laureando/a: Alessia***

***Aruta***

***Matricola: 2080384***

Anno Accademico 2023/2024

## Sommario

<b>INTRODUZIONE</b> .....	4
<b>CAPITOLO PRIMO: L'INCONGRUENZA DI GENERE</b> .....	1
<b>1.1 Identità di genere: definizione, glossario e cenni storici</b> .....	1
<b>1.2 Incongruenza di genere e disforia di genere: definizione, criteri diagnostici, modelli teorici</b>	14
<b>1.3 Benessere psicosociale delle persone transgender</b> .....	20
<b>1.4 Percorsi di affermazione di genere in Italia e linee guida</b> .....	26
<b>1.4.1 Percorsi di affermazione di genere e linee guida</b> .....	26
<b>1.4.2 Situazione attuale nel contesto italiano</b> .....	35
<b>CAPITOLO SECONDO: INCONGRUENZA DI GENERE, STIGMA E</b>	
<b>ATTACCAMENTO</b> .....	39
<b>2.1 Gender minority stress: transfobia interiorizzata e identità transgender negativa</b>	39
<b>2.2 Pattern di attaccamento nelle persone TGD</b> .....	44
<b>2.3 Attaccamento insicuro, stigma e benessere</b> .....	47
<b>CAPITOLO TERZO: LA RICERCA</b> .....	50
<b>3.1 Il disegno di ricerca e obiettivi</b> .....	50
<b>3.2 Ipotesi</b> .....	51
<b>3.3 Procedure</b> .....	52
<b>3.4 Strumenti</b> .....	53
<b>3.4.1 Gender Minority Stress and Resilience Measure (GMSR)</b> .....	53
<b>3.4.2 Kessler Psychological Distress Scale (K10)</b> .....	55
<b>3.4.3 Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS-18)</b> .....	56
<b>3.4.4 Attachment Style Questionnaire (ASQ)</b> .....	57
<b>3.5 Partecipanti</b> .....	58
<b>CAPITOLO QUARTO: RISULTATI</b> .....	59
<b>4.1 Statistiche Descrittive</b> .....	59
<b>4.2 Analisi correlazionali</b> .....	65
<b>4.3 Test delle ipotesi</b> .....	69
<b>CAPITOLO QUINTO: DISCUSSIONE</b> .....	71

<b>5.1 Conclusioni.....</b>	<b>76</b>
<b>Bibliografia .....</b>	<b>78</b>

## **INTRODUZIONE**

Numerose ricerche hanno dimostrato che le persone transgender e gender diverse (TGD) affrontano significative disparità nella salute mentale rispetto alla popolazione cisgender, con tassi più elevati di depressione, ansia e suicidio. Queste disparità sono principalmente legate a due fattori: la disforia di genere e il gender minority stress. La disforia di genere si riferisce al disagio clinicamente significativo che può insorgere quando le caratteristiche fisiche non sono in linea con la propria identità di genere. Sebbene non tutti i giovani TGD sperimentino disforia di genere, per alcuni essa può rappresentare una fonte rilevante di malessere. Il gender minority stress, invece, si riferisce ad uno stress cronico cui effetti negativi dello stigma e della discriminazione influenzano la salute mentale e fisica delle persone TGD.

Inoltre, questo stress legato allo stigma genera un aumento della disregolazione emotiva generale, la quale è stata collegata a una varietà di esiti negativi sulla salute mentale, tra cui depressione e ansia. Questi ultimi, infatti, sono spesso legati all'incapacità di gestire efficacemente lo stress emotivo causato dalle esperienze di discriminazione.

Infine, alcuni studi hanno dimostrato che le relazioni di attaccamento di scarsa qualità rappresentano un fattore di rischio per la psicopatologia. Le persone TGD possono presentare gli stessi stili di attaccamento delle persone cisgender, ma il loro sviluppo e le loro esperienze relazionali possono essere influenzate da fattori aggiuntivi legati alla discriminazione, al rifiuto o al supporto che ricevono da parte della famiglia e della comunità.

Alla luce di questa cornice teorica, il presente elaborato si propone di esplorare più a fondo i temi dell'attaccamento insicuro, dello stigma e della transfobia

interiorizzata nelle persone TGD, analizzando il loro impatto sul benessere psicologico ed il ruolo della regolazione emotiva. In particolare, si indagherà se un tipo di attaccamento insicuro possa essere un possibile elemento che determini una maggiore interiorizzazione di uno stigma più elevato rappresentando un fattore di rischio.

L'elaborato è articolato in cinque capitoli: il primo introduce le definizioni di identità di genere e distingue tra incongruenza e disforia di genere, fornendo una panoramica del percorso di affermazione di genere e delle linee guida diagnostiche e terapeutiche, con un focus specifico sul contesto italiano. Il secondo capitolo approfondisce i temi del gender minority stress e i pattern di attaccamento nelle persone TGD, analizzando i principali modelli teorici e le loro implicazioni. Il terzo capitolo descrive il progetto di ricerca e gli strumenti utilizzati, mentre il quarto capitolo espone i risultati ottenuti. Infine, il quinto capitolo offre una discussione di questi risultati alla luce della letteratura esistente con l'esplorazione dei limiti e delle prospettive future.



## **CAPITOLO PRIMO: L'INCONGRUENZA DI GENERE**

### **1.1 Identità di genere: definizione, glossario e cenni storici**

L'identità di genere è un senso interno di essere maschio, femmina, o qualcos'altro, che può o può non corrispondere al sesso di un individuo assegnato alla nascita o alle caratteristiche sessuali. (APA, 2018)

L'introduzione di questo concetto è stata di fondamentale importanza sia per la medicina sia per la psicologia, perché in questo modo si è arrivati a considerare la percezione psicologica che la persona ha della propria identità di genere, la quale in alcuni casi può essere incongrua rispetto al corpo e agli organi sessuali con i quali si nasce, ovvero il sesso attribuito alla nascita (Baiocco, 2019).

Il concetto di identità sessuale nasce nella seconda metà del Novecento e nel tempo sono stati adoperati vari costrutti e variabili per descriverla. Oggi l'identità sessuale è considerata un costrutto multi-componenziale che indica una dimensione soggettiva del proprio essere sessuato. Essa rappresenta il risultato di un complesso processo interattivo dove si intrecciano varie componenti: sesso biologico, identità di genere, orientamento sessuale e ruolo di genere (Valerio, Scandurra, & Mezza, 2020).

Grazie al contributo di autori come Money (1975) e Stoller (1968), a partire dai primi anni della metà del '900 viene introdotta la distinzione tra i termini sesso e genere.

Mentre il termine sesso si riferisce al sesso biologico – dunque ai caratteri sessuali biologici assegnati alla nascita e agli aspetti biologici che determinano lo sviluppo sessuale di una persona –, il termine genere è un costrutto più attinente alla sfera psicologica e socioculturale (Valerio, Scandurra, & Mezza, 2020).

L'identità di genere, dunque, è l'idea intima che la persona ha di sé come uomo, donna, entrambi, nessuno dei due o qualcos'altro (Cicero & Wesp, 2017). Le identità di genere sono varie e comprendono anche quelle non binarie, transgender, genderqueer, gender neutral, agender, gender fluid e altre ancora (Coleman et al., 2022).

Il ruolo di genere è quell'insieme di comportamenti, attitudini e modalità di presentazione sociale che ogni società e cultura considera come tipicamente maschile o femminile. Il ruolo di genere indica le modalità con cui si esprime pubblicamente l'identità di genere; tuttavia, questi due aspetti non sono strettamente legati tra loro (Baiocco, 2019).

L'orientamento sessuale indica la direzione della sessualità e dell'affettività, a livello comportamentale o fantasmatico, verso uno specifico genere, nessuno o più generi.

L'interazione complessa tra tutti questi elementi tra loro, ovvero sesso biologico, identità di genere, orientamento sessuale e ruolo di genere, definisce l'identità psicosessuale di una persona (Valerio, Scandurra, & Mezza, 2020).

Per quanto riguarda i primi cenni riguardo l'identità sessuale, lo stesso Freud nel 1905 sosteneva l'esistenza di una bisessualità originaria come caratteristica comune al genere umano. La sua concezione, infatti, è quella di una struttura originaria bisessuale

che nel corso dell'evoluzione si è ritirata in monosessualità, con la presenza di residui minimali dell'altro sesso.

Egli introduce questo tema per spiegare certe tipologie di invertiti sessuali e richiama l'attenzione su una forma di ermafroditismo anatomico dove i caratteri sessuali maschili e femminili possono essere entrambi presenti (oggi definiamo questo stato con il termine intersex). Sulla base di questo dato biologico Freud sostiene l'ipotesi di una bisessualità originaria nell'individuo di tipo costituzionale che si manifesta però anche a livello psichico. Infatti, nonostante l'individuo tenda ad adottare prevalentemente l'identità di genere legata al suo sesso biologico, essa si struttura sempre alienando una componente sessuale psichica, una disposizione maschile o femminile, che rimane latente e che influenza alcuni aspetti sia dell'identità sessuale sia dell'orientamento sessuale della persona stessa. (Freud, 1905).

Tuttavia, fu Westphal nel 1869 a coniare il primo termine di sensibilità sessuale invertita (*Die Konträre Sexualempfindung*), con il quale non faceva più riferimento ai comportamenti anomali dell'invertito, ma ai suoi desideri, alle sue fantasie e ai suoi vissuti interiori, che richiedevano un lavoro di decifrazione della personalità. Egli non distingueva omosessualità e transessualità e le comprendeva entrambe all'interno delle trasformazioni provocate dagli elementi maschili e femminili della vita psichica (Westphal, 1869).

Sempre a proposito dell'analisi della personalità degli invertiti, Ferenczi (1914) propone di sostituire il termine omosessualità con omoerotismo per enfatizzare la dimensione psichica rispetto a quella biologica e stabilisce una distinzione tra omoerotico passivo e omoerotico attivo. L'omoerotico passivo è colui che si sente donna a tutti gli effetti in tutti gli aspetti del suo essere, la sua identità, dunque, è un'identità

femminile imbrigliata in un corpo maschile. L'omoerotico attivo, invece, mantiene la sua identità di genere corrispondente al sesso biologico e presenta un cambiamento solo per quanto riguarda l'orientamento sessuale e l'interesse sessuale che porta verso una scelta di un oggetto del desiderio dello stesso genere (Ferenczi, 1914).

Freud, nel 1920 in “Psicogenesi di un caso di omosessualità femminile”, riprende la considerazione sulle componenti sessuali psichiche che contrastano a volte con quelle fisiche e riconosce che il problema sia dell'inversione che dell'orientamento sessuale sia di ordine psicologico. Inoltre, afferma che lo sviluppo dell'omosessualità è da attribuire a tre ordini di fattori: la presenza di un ermafroditismo somatico, l'impostazione sessuale psichica di tipo maschile o femminile (ermafroditismo psichico) e il tipo di scelta oggettuale che si produce in una determinata fase della crescita (Freud, 1920).

Questi studi compiuti alla fine dell'Ottocento per definire la sensibilità sessuale invertita, seppur superati, restano comunque rilevanti ai fini di una ricostruzione della matrice storica su cui è andato delineandosi in seguito il tema del transessualismo (Di Gregorio, 2019).

In epoca moderna, grazie ad Harry Benjamin (1968), per la prima volta l'identità dell'invertito si sdoppia nelle due identità dell'omosessuale e della persona transgender come le conosciamo oggi. Egli, inoltre, piuttosto che considerare i comportamenti sessuali e le manifestazioni esteriori, si concentra sui vissuti interiori e sul bisogno che hanno le persone trans di essere riconosciute per quello che sono. Il desiderio delle persone transgender è quello di poter assumere lo stato psicofisico prescelto come espressione del proprio fondamento dell'identità di genere (Benjamin, 1968).

Un altro contributo a Benjamin è quello di Robert Stoller, il quale nel 1968 sostiene l'esistenza di un'identità di genere nucleare, ovvero un fondamento identitario che comincia a strutturarsi dalla nascita per poi proseguire nelle fasi dello sviluppo psicologico fino ai tre anni di età. Esso si basa su un nucleo embrionale di essere che si sviluppa in età precoce, tramite il quale il bambino in seguito si riconosce come appartenente a un determinato genere. Tuttavia, l'identità nucleare del genere può non corrispondere al sesso biologico, bensì alla sessualità psicologica.

Nella costruzione dell'identità di genere è di fondamentale importanza la figura della madre; infatti, la condizione transessuale è considerata da Stoller come un recupero della propria profemminilità, un ritorno alla vicinanza madre-figlio che sarebbe alla base dello sviluppo di entrambi i generi.

Per l'autore, l'origine dell'incongruenza di genere nei maschi risiederebbe in una mancata differenziazione del bambino dalla relazione simbiotica con la madre, la quale presenta una personalità molto sofferente. Quest'ultima non si riconosce nella propria femminilità ed è ostile nel riconoscere la mascolinità del figlio e la sua possibilità di crearsi un'identità personale e sessuale destinandolo, in questo modo, ad un'identità femminile. Per quanto riguarda i padri, Stoller (1968) li definisce come soggetti dinamicamente assenti, la cui assenza ha un impatto maggiore rispetto a quella di un padre deceduto, perché smette di essere un riferimento affettivo per il figlio maschio. Egli, dunque, considera più difficile il percorso del bambino per uscire dalla simbiosi della madre rispetto a quello della bambina; per questo motivo è molto più probabile che possano verificarsi dei traumi che compromettano il suo sviluppo psicosessuale. Infatti, egli vede nel figlio maschio fissato sin dai primi mesi di vita alla

protofemminilità, una persona che vive l'impossibilità di assumere in futuro un'identità di genere maschile (Stoller, 1968).

A partire dalla tesi di Stoller, la condizione originaria della persona transgender è stata definita come un disturbo dell'identità di genere che deriva da un quadro relazionale e familiare patologico. Tuttavia, l'identificazione a-conflittuale con il corpo materno, che spiega la condizione degli uomini transgender, viene a cadere nel momento in cui la figlia femmina transita nell'identità maschile allontanandosi dal rapporto di corrispondenza con il corpo materno. Infatti, se la condizione transessuale da maschile a femminile è determinata dalla difficoltà nel differenziarsi dalla madre, nel caso della bambina questo percorso di differenziazione dovrebbe essere facilitato dato che, nella costruzione della sua identità sessuale, essa mantiene le sue caratteristiche sessuali biologiche che corrispondono a quelle della madre. In questo caso, dunque, viene a mancare l'elemento disturbante confusivo tra madre e figlia che nel caso del bambino fissa il figlio alla profemminilità della madre impedendogli di costruire una differente identità sessuale (Di Gregorio, 2019).

Nonostante questa incongruenza metodologica, va riconosciuto il valore della teoria dell'identità di genere nucleare, la quale presuppone un nucleo originario autentico del Sé che fonda una definizione di genere in contrasto con la concezione che fissa i generi e le caratteristiche sulla base del biologico e dell'adesione alle convenzioni sociali (Stoller, 1968).

Se ci spostiamo sul piano della critica sociale ai rigidi ruoli sessuali, questa posizione connota anche il pensiero femminista. Infatti, Butler nel 1989 introduce il

concetto di genere non più in base ai sessi, ma al sentire del soggetto, da cui può scaturire anche una non definizione del genere.

Il corpo, secondo l'autrice, e quindi la sessualità, si costruisce in funzione dell'educazione e della socializzazione; dunque, non si tratta di un dato biologico imm modificabile, ma di una costruzione culturale che si ispira ai rigidi modelli di genere maschile e femminile delle società (Butler, 1989).

Il tema della mancata separazione del bambino dalla madre nella storia originaria infantile delle persone transgender è presente nelle teorizzazioni di altri psicanalisti contemporanei a Stoller, secondo i quali il bambino inizialmente sarebbe bisessuale e solo successivamente, attraverso la consapevolezza della mancanza, diventerebbe cosciente della differenza tra sé e la madre. Tuttavia, anche in questo caso viene considerato soltanto la persona transgender maschile e ci si basa ancora una volta sulla mancata dis-identificazione del legame madre figlio (Di Gregorio, 2019).

Altri psicoanalisti hanno introdotto il concetto di un genere fluido, che può determinare un'ambiguità del nucleo dell'identità di genere, la quale va a promuovere nel soggetto la ricerca personale del suo vero essere fino ad individuare una caratteristica sessuale di genere che è sentita maggiormente come propria (Benjamin, 1996).

Person e Ovesey (1983), invece, si soffermano sul processo psicodinamico che sottende l'incongruenza di genere. Secondo questi autori, quest'ultima sarebbe l'esito di una reazione difensiva del bambino nei confronti dell'angoscia di separazione e di un rapporto conflittuale con la madre; tuttavia, fanno riferimento ad un'angoscia di

separazione che si presenta precocemente, ovvero in un periodo precedente alla separazione dal legame originario con la madre.

Cosimo Schinaia sostiene che queste angosce sono da considerare come esperienze di frammentazione e annientamento, ovvero vanno a rappresentare una sorta di trauma precoce, non elaborabile, che spingerebbe il bambino verso una fantasia di fusione simbiotica con la madre, da cui deriverebbe la disposizione transgender. (Schinaia, 2005).

Person e Ovesey, sulla base di queste possibili costellazioni differenti dell'incongruenza di genere, distinguono un transessualismo primario da un transessualismo secondario.

Nella categoria del transessualismo primario rientrano tutti quei soggetti che manifestano un'incongruenza relativa al proprio sesso biologico per tutto l'arco del loro sviluppo psicologico, mentre nel transessualismo secondario rientrano tutti quei soggetti che si limitano ad apparire femmine o maschi per mantenere una fantasia di corrispondenza fisica con la madre e senza dover ricorrere necessariamente a trasformazioni radicali del proprio corpo (Ovesey & Person, 1974).

I due autori, tuttavia, per spiegare l'incongruenza di genere non considerano l'angoscia di separazione e le fantasie fusionali perché, sebbene siano presenti, non sono specifiche solo della condizione trans; dunque, essi riconoscono come determinante l'ambiguità del nucleo dell'identità di genere, laddove per identità nucleare intendono il fondamento primo dell'essere che serve a riconoscersi come appartenente a un determinato genere biologico (Ovesey & Person, 1983).

Person e Ovesey, infine, si differenziano dal quadro relazionale patologico della relazione madre bambino descritta da Stoller e sostengono che il soggetto transgender si trova a vivere all'interno di differenti costellazioni familiari (Person & Ovesey, 1974).

Sebbene da una parte queste costruzioni teoriche finiscano per stigmatizzare il soggetto transgender come una persona psichicamente disturbata, possiamo comunque sostenere che hanno messo in luce la sensibilità interiore del soggetto transgender, il quale prova particolari emozioni e costruisce certe immagini interiori di sé come uomo, donna o altro. Inoltre, quest'ultimo opera un processo di affermazione di genere in base al proprio sentire e ciò rappresenta una forma di autodeterminazione (Di Gregorio, 2019).

Un'altra delle possibili motivazioni psicologiche è stata individuata da alcuni psicoanalisti nella mancanza di strutturazione dell'identità primaria dell'essere.

L'identità nucleare di base è un qualcosa che precede sempre l'identità sessuale e, dunque, si struttura prima di ogni altra forma di identità nucleare di genere.

Alcuni pazienti manifestano una forma di angoscia per una loro mancata identità di base ancor prima che per quella sessuale e cercano di porre rimedio alla mancanza di un fondamento identitario costruendo un'apparenza di genere sessuale che serve ad affermare la propria individualità differenziandosi sia dal genere biologico assegnato alla nascita che dalle identificazioni genitoriali (Di Gregorio, 2019).

La psicoanalista francese Agnès Oppenheimer, infatti, considera l'incongruenza di genere come una patologia della costruzione della soggettività sessuata. In questo caso, il soggetto non riesce a completare il processo di fondazione identitaria a causa di

una patologia narcisistica, dunque il desiderio di un percorso di affermazione di genere sarebbe una ricerca di una propria identità al di fuori della sfera di influenza delle figure genitoriali. In questo modo, il tentativo di affermare il proprio genere non equivale più a un vero e proprio processo di individuazione, ma assume la funzione di creare una pseudo-identità sessuale con la finalità di occultare una mancanza di senso e di riconoscimento di sé come persona. Oppenheimer, infatti, afferma che la persona transgender che assume delle caratteristiche sessuali corporee e tangibili pensa di risolvere in questo modo i suoi problemi di inconsistenza identitaria psichica, poiché le carenze di tipo simbolico e psicologico vengono risolte proprio attraverso l'assunzione di attributi sessuali fisici (Oppenheimer, 1992).

Anche in questo caso, per cercare un'eziologia viene considerata la relazione originaria madre-bambino ed è presente una dimensione patologica. Dobbiamo però considerare che questa tematica è stata ampiamente sfruttata in psicoanalisi per spiegare un'infinità di altri quadri clinici e di altre problematiche psicologiche che non si riferiscono al genere sessuale, ma ad altri aspetti della personalità (Di Gregorio, 2019).

Anche la psicoanalista ginevrina Danielle Quinodoz sostiene che l'incongruenza di genere sia legata alla strutturazione dell'identità primaria del sé, ovvero il senso di essere qualcuno, ed è un qualcosa che si forma prima dell'identità sessuale (Quinodoz, 1998) e addirittura prima dell'identità nucleare di genere (v. Stoller e Person e Ovesey).

È un processo psicologico che si struttura nei primi anni di vita e che avviene in rapporto con il senso di "essere persona" che il bambino sviluppa in funzione della relazione con le figure di accudimento, in particolar modo grazie all'esperienza narcisistica di rispecchiamento del bambino nel caregiver (Winnicott, 1971).

Dunque, secondo queste teorie la mancanza di un fondamento di identità primaria e dell'identità di genere porterebbe la persona transgender verso la ricerca di apparenze sessuali che servirebbero ad occultare l'angoscia legata al sentimento della mancanza di una continuità identitaria non necessariamente di tipo sessuale. In questo modo, per le donne transgender assumere caratteristiche sessuali fisiche differenti rispetto a quelle biologiche, ma più corrispondenti a quelle materne, significherebbe superare il permanere in una condizione di mancanza determinata dalla sua percezione di essere senza fondamento. Per l'uomo transgender, invece, l'assunzione di caratteristiche fisiche maschili avrebbe la funzione di differenziare se stesso dal corpo materno e dunque, in questo caso, è deficitaria la parte di sé differenziata, quella che desidera essere altro dalla madre (Quinodoz, 1998).

Per Quinodoz, l'aiuto del terapeuta deve essere quello di accompagnare il paziente verso la scoperta di questa identità primaria di essere che precede l'identità sessuale, sopportando anche l'incertezza di una mancata definizione di genere (Quinodoz, 2002)

Anche Donald Winnicott fa riferimento a questo sentimento di essere che si struttura nei primi anni di vita sulla base di una di una corrispondenza identitaria forte tra madre e bambino, un'identità primaria del sé che precede l'identità sessuale e l'attribuzione di genere.

Egli introduce gli elementi femminili e maschili puri dell'identità, presenti sia negli uomini che nelle donne, i quali rappresentano delle differenze riguardanti il tipo di relazione che si stabilisce con l'oggetto primario, il seno materno, e il modo specifico di farne esperienza da parte del bambino.

Attraverso l'essere in relazione con la madre, in base all'elemento femminile puro, il bambino diventa il seno e in questo modo non vi è più differenza tra soggetto e oggetto. Questa corrispondenza è l'esperienza attraverso la quale si struttura il primo senso di essere, il primo nucleo del Sé (Winnicott, 1971).

Per contrasto, stabilire una relazione sulla base dell'elemento maschile puro con l'oggetto madre presuppone l'essere separati. In questo modo, l'oggetto madre assume la qualità di essere non-me e verso questo oggetto, ormai separato da sé, il bambino comincia a sperimentare la sua attività istintuale.

Si può ipotizzare, dunque, che la ricerca di un'apparenza sessuale differente da quella biologica rappresenti per la persona transgender un modo per ritrovare, in epoche successive a quella della prima infanzia, un fondamento identitario, il Sé autentico che non si è compiutamente strutturato.

Inoltre, nella volontà di affermare il proprio genere, si manifesta il desiderio di creare una nuova identità sessuale che faccia da fondamento a un più compiuto senso autentico di essere, come se si trattasse di una seconda nascita di tipo psicologico piuttosto che biologico (Winnicott, 1971).

Colette Chiland, infine, considera l'incongruenza di genere una sindrome narcisistica e ritiene che i pazienti transgender siano dei soggetti che non hanno potuto compiere il processo di costruzione del proprio Sé all'interno delle esperienze narcisistiche di base nella relazione originaria. Essa sostiene che i soggetti transgender vivono la loro incongruenza di genere come una conseguenza di una non accettazione piena della propria identità sessuale da parte delle figure genitoriali. Infatti, secondo l'autrice, i soggetti transgender durante l'infanzia hanno interpretato erroneamente

l'intenzionalità dei genitori, credendo che questi gli stessero chiedendo di assumere una differente identità sessuale per meritarsi il loro amore. Secondo Chiland, il sentire di dover corrispondere alle aspettative del genitore conformandosi al genere sessuale che si pensa sia quello desiderato, ci aiuta anche a comprendere la differenza che esiste tra una persona transgender e un soggetto transessuale.

Le persone transgender che non proseguono nella fase di transizione del genere cercano di restare in equilibrio tra il desiderio di corrispondere alle aspettative del modo di vivere l'esclusione dal legame di appartenenza. Infatti, per scongiurare quest'ultima, restano in una condizione intermedia di definizione di genere (Chiland, 1997).

Abbiamo visto come l'incongruenza di genere sia stata analizzata sempre in un'ottica psicopatologica e considerata come risultato di un fallimento nella costruzione del nucleo identitario, come una mancanza del legame originario madre figlio, una deviazione perversa della sessualità o un gap del narcisismo infantile. Oggi possiamo considerarla, invece, come un processo di auto-organizzazione di sé che rimanda al bisogno che hanno alcune persone di trovare se stesse riorganizzando il proprio genere.

Infatti, a guidare le persone transgender verso il lungo e faticoso percorso di affermazione di genere potrebbe essere proprio il desiderio di trovare il proprio Sé autentico. In tal senso, il percorso di affermazione di genere assumerebbe il valore di un processo di auto-concepimento di sé inteso come proprietà emergente dell'individuo, diventando un'occasione per affermare, attraverso l'autodeterminazione dell'identità sessuale, una propria autenticità (Di Gregorio, 2019).

## **1.2 Incongruenza di genere e disforia di genere: definizione, criteri diagnostici, modelli teorici**

Per la maggior parte delle persone vi è congruenza tra sesso assegnato alla nascita, identità di genere e ruolo di genere. Tuttavia, durante l'arco della propria vita un individuo può sperimentare o mostrare incongruenza di genere.

L'incongruenza di genere è l'esperienza marcata e persistente di una persona di un'incompatibilità tra l'identità di genere e il genere che ci si aspetta in base al sesso assegnato alla nascita e di per sé non è considerato un disturbo. Tuttavia, quando la discrepanza percepita tra il sesso alla nascita e il senso interno di identità di genere provoca un disagio significativo o compromette il funzionamento, una diagnosi clinica di disforia di genere può essere appropriata (Coleman et al., 2022). Disforia di genere è “un'espressione utilizzata in ambito medico per descrivere quelle situazioni in cui è presente, per almeno sei mesi, una marcata incongruenza tra il genere esperito ed espresso e il genere assegnato alla nascita. Tale condizione è associata ad uno stato di sofferenza clinicamente significativa o a compromissione del funzionamento in ambito sociale, scolastico o in altre aree importanti della vita della persona.” (Rigobello & Gamba, 2016, p. 193).

La diagnosi è definita dal disagio della persona piuttosto che dalla presenza di un'incongruità o di un'identità di genere.

Il disagio provocato dalla disforia di genere è tipicamente descritto come una combinazione di ansia, depressione, irritabilità e di un senso pervasivo di non sentirsi a proprio agio nel proprio corpo. I soggetti con grave disforia di genere possono presentare sintomi gravi, inquietanti e di lunga durata. Generalmente hanno un forte

desiderio di cambiare il loro corpo mediante interventi medici e/o chirurgici per renderlo più strettamente allineato con la loro identità di genere (Coleman et al., 2022).

Sul piano clinico e metodologico, all'interno dei principali manuali diagnostici utilizzati dagli specialisti (ICD - International Classification of Diseases e nel DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), l'omosessualità e il travestitismo sono comparsi alla fine degli anni '70 come categorie di disturbo mentale nel capitolo dedicato alle parafilie.

A partire dagli anni '80, con la redazione del DSM-III (1980), l'APA (American Psychiatric Association) ha proposto una nuova categoria diagnostica in grado di unificare tutte quelle condizioni in cui vi fosse presente uno stato di malessere persistente riguardante il proprio sesso assegnato, rimuovendo l'omosessualità dai disturbi riportati nel manuale.

Questa categoria prese il nome di disturbo di identità di genere e venne differenziata in tre sottocategorie: disturbo di identità di genere nell'infanzia, transessualismo, disturbo psicosessuale non altrimenti classificato.

La scelta di questa modifica permise di discostarsi dalla sfera personale intima dell'orientamento e delle preferenze sessuali dell'individuo, per concentrarsi unicamente su quelle condizioni considerabili come patologiche in quanto fonti di sofferenza per il paziente (Rigobello & Gamba, 2016).

Nel 1987, con la pubblicazione del DSM-III-R, i quadri diagnostici divennero cinque e furono unificati sotto l'etichetta di disturbi psicosessuali all'interno della sezione denominata “disturbi di solito evidenti nell'infanzia e nell'adolescenza”: disturbo di identità di genere nell'infanzia, transessualismo, disturbo dell'identità di

genere dell'adolescenza e nell'età adulta, disturbo di identità di genere di tipo non transessuale, disturbo dell'identità di genere non altrimenti specificato.

Parallelamente, nel 1990, nel manuale diagnostico ICD-10 vennero inseriti i criteri per la diagnosi di disturbi di identità di genere, con tre differenziazioni interne: disturbo dell'identità di genere della fanciullezza, travestitismo con doppio ruolo, transessualismo.

Nelle successive revisioni del DSM-IV (1994) e IV-TR (2000) furono apportate ulteriori modifiche che differenziarono ulteriormente i criteri interni alla diagnosi del disturbo di identità di genere per l'infanzia e l'adolescenza.

Inoltre, tale diagnosi venne spostata dal capitolo delle parafilie e venne inserito in disturbi sessuali e dell'identità sessuale.

Grazie anche alle lotte politiche degli attivisti e delle attiviste del movimento LGBTQIA+, nella versione del DSM-V del 2013 la categoria di “disturbo di identità di genere” è stata sostituita con la più recente disforia di genere. Oltre ad essere stati modificati i criteri necessari per la diagnosi, tale categoria è stata inserita in un capitolo a parte rispetto ai disturbi sessuali, distinguendosi dalle disfunzioni sessuali e dalle parafilie (DSM-V, 2013).

Inoltre, si è scelto di differenziare ulteriormente le possibili diagnosi a seconda che si presentino i criteri necessari in età infantile o adolescenziale e adulta.

In aggiunta alla diagnosi di disforia di genere sono state inserite altre due categorie: la disforia di genere con altra specificazione e la disforia di genere senza specificazione (DSM-V, 2013).

In questo modo, dunque, la disforia di genere non è più considerata un disturbo della personalità e non sta ad indicare necessariamente il desiderio del soggetto di cambiare sesso o di voler procedere in quella direzione, ma valuta lo stato di disagio personale che deriva dal non sentire come congruo al proprio vissuto interiore la condizione biologica di genere (DSM-5-TR, 2023)

La depatologizzazione dell'incongruenza di genere è stata fondamentale perché si è cominciato a considerare l'incongruenza di genere come una condizione psicologica/biologica singolare e non patologica (Di Gregorio, 2019).

Soltanto di recente, anche l'ultima versione dell'ICD-11 non riporta più la l'incongruenza di genere come una patologia, ma la colloca all'interno del capitolo relativo alle “condizioni legate alla salute sessuale”, ovvero non più come un disturbo psicologico, ma come una categoria per cui possono essere previste delle forme di assistenza sanitaria (ICD-11, 2018).

Per quanto riguarda i criteri diagnostici, affinché possa essere diagnosticata la disforia di genere nel bambino deve essere presente, per almeno sei mesi, una marcata incongruenza tra il genere esperito/espresso da un individuo e il genere assegnato che si manifesta attraverso almeno sei dei seguenti criteri:

1. un forte desiderio di appartenere al genere opposto o insistenza sul fatto di appartenere al genere opposto (o ad un genere alternativo);
2. nei bambini, una forte preferenza per il travestitismo con abbigliamento tipico del genere opposto o per la simulazione dell'abbigliamento femminile; nelle bambine,

una forte preferenza per l'indossare esclusivamente abbigliamento tipicamente maschile e una forte resistenza indossare abbigliamento tipicamente femminile;

3. una forte preferenza per i ruoli tipicamente legati al genere opposto nei giochi del far finta o di fantasia;

4. una forte preferenza per giocattoli giochi e attività stereotipi stereotipicamente usati o praticati dal genere opposto;

5. una forte preferenza per compagni di gioco del sesso opposto;

6. nei bambini, un forte rifiuto per giocattoli, giochi e attività tipicamente maschili, e un forte evitamento dei giochi in cui ci si azzuffa; nelle bambine un forte rifiuto di giocattoli, giochi e attività tipicamente femminili;

7. una forte avversione per la propria anatomia sessuale;

8. un forte desiderio per le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie corrispondenti al genere esperito.

Invece, affinché possa essere diagnosticata negli adolescenti e negli adulti deve manifestarsi 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;

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 di un individuo;

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 ad un genere alternativo);
  5. un forte desiderio di essere trattato come appartenente al genere opposto (o alternativo);
  6. una forte convinzione di avere sentimenti e reazioni tipici del genere opposto (o alternativo)
- (DSM-V, 2013)

Nel DSM-5-TR (2023) si aggiunge un essenziale criterio, cioè "espressione di genere inappropriata per il genere assegnato alla nascita".

L'inclusione dell'espressione di genere inappropriata come criterio diagnostico è un cambiamento determinante: affermare che la disforia di genere può manifestarsi in modi diversi permette il riconoscimento dei vissuti delle persone *gender diverse* che non necessariamente si identificano nel "sesso opposto" e che in precedenza risultavano difficili da diagnosticare, con la conseguente difficoltà di accedere ai percorsi di affermazione di genere.

Se il DSM-5 affermava esplicitamente che "la non conformità di genere non è di per sé un disturbo mentale", nel DSM-5-TR sono state incluse specifiche modifiche nel linguaggio utilizzato per parlare di genere e identità di genere. Ciò traduce nella pratica

l'intenzione espressa dall'edizione precedente di contribuire a ridurre lo stigma, sottolineando come questi aspetti di una persona non siano determinati da una scelta.

Non si tratta solo dell'inserimento di un criterio che specifica come, al di là del desiderio di appartenenza a un altro genere, l'espressione di genere esista prima e al di là del riconoscimento diagnostico, ma include le modifiche più accurate e inclusive come:

- da "genere desiderato" a "genere sperimentato"
- da "procedura medica per il cambio di sesso" a "procedura medica di affermazione di genere"
- da "maschio alla nascita" e "femmina alla nascita" a "individuo assegnato maschio alla nascita" e "individuo assegnato femmina alla nascita".

L'uso dei termini "genere esperito" e "procedura medica di affermazione del genere" convergono nella stessa direzione degli altri cambiamenti: nel riconoscere che l'identità di genere è una dimensione essenziale della persona, le procedure mediche di affermazione del genere diventano uno strumento che permette alle persone transgender di vivere in maggiore armonia con la propria identità.

### **1.3 Benessere psicosociale delle persone transgender**

Le persone che manifestano incongruenza di genere sono spesso vittime di stigma e ostracismo sociale, anche da parte dei loro familiari. L'isolamento e la

stigmatizzazione possono favorire l'insorgere di disturbi psicologici e di comportamenti disadattivi e pericolosi quali l'abuso di sostanze, violenza e atti suicidari (Rigobello & Gamba, 2016).

Uno studio di Scandurra e colleghi del 2018 ha messo in evidenza tre differenti livelli di stigma anti-transgender secondo la prospettiva ecologicosociale: strutturale, interpersonale e individuale.

Nello specifico, lo stigma strutturale si riferisce a quelle condizioni sociali, norme culturali e politiche istituzionali che limitano le opportunità, le risorse e il benessere delle persone stigmatizzate (Hatzenbuehler & Link, 2014).

Questa tipologia di stigma viene attuata da gruppi appartenenti a maggioranze identitarie per escludere e marginalizzare coloro che non sono considerati come normativi. Sulle persone TGD, dunque, le comunità, le istituzioni e le agenzie governative perpetuano differenze di status e di potere attraverso leggi o politiche che restringono l'accesso alle risorse sociali di base (Amodeo & Scandurra, 2014).

Esempi di stigma strutturale possono essere: la medicalizzazione della non conformità di genere; politiche e pratiche che restringono l'accesso ai servizi e alle cure sanitarie o a posti di lavoro; la carenza di competenze specifiche rispetto alla salute delle persone transgender che spesso si riscontra negli operatori sanitari; l'assenza di leggi statali che puniscono la discriminazione, quali le aggravanti per i crimini d'odio transfobici o le discriminazioni sul luogo di lavoro, negli ambienti educativi o nelle regolamentazioni relative all'affitto di appartamenti.

Lo stigma interpersonale, invece, va inteso come una forma di stigma agito che si manifesta nell'abuso verbale, nella violenza fisica e sessuale, e così via.

Gli individui che hanno uno stigma discreditato sono fortemente visibili a causa di segni immediatamente riconoscibili che consentono alle persone che osservano di includerli in una categoria stigmatizzata (Goffman, 1963).

La maggior parte delle persone transgender – in particolare le donne transgender – sono spesso molto visibili e, perciò, esperiscono un elevato rischio di subire processi di stigmatizzazione. Le persone più a rischio di stigmatizzazione perché più visibili sono coloro che, per diverse ragioni, non hanno potuto usufruire delle procedure chirurgiche di cambiamento del corpo, coloro che hanno effettuato la transizione sociale ma che non hanno pianificato alcuna transizione medica o coloro per i quali la transizione medica è stata poco efficace (Bockting et al. 2013, Reisner et al. 2015).

Lo stigma interpersonale si manifesta anche e soprattutto in episodi di violenza, prevaricazione o molestia. A tal proposito, in uno studio di Strauss e colleghi (2020) emerge che molti dei partecipanti alla ricerca avevano subito bullismo (74%) e discriminazione (68,9%) e si sentivano isolati oltre che dalle altre persone in generale (66,1%), anche dai servizi rivolti alle persone TGD (60,1%). La stessa famiglia di questi ragazzi non sempre li accetta e fornisce loro il sostegno necessario, come è possibile cogliere dal 65,8% dei partecipanti, i quali lamentano di non percepire un appoggio da parte dei propri familiari. Si tratta di fattori che vengono associati a esiti negativi per la salute mentale. Rispetto alla popolazione generale, infatti, i partecipanti alla ricerca hanno mostrato un tasso superiore di sintomatologia depressiva e ansiosa e anche le percentuali di autolesionismo e tentativi di suicidio, del 79,7% e del 48,1%, sono risultate estremamente elevate.

Un altro esempio di stigma interpersonale, infine, è costituito dalle problematiche che alcune persone transgender vivono negli ambienti sanitari. Ad esempio, in uno studio americano, è stato riscontrato che, su più di 6.000 persone transgender, il 28% ha subito delle molestie negli ambienti di cura, al 19% è stata rifiutata la cura e il 2% ha subito violenze nello studio dei medici (Grant et al. 2011). Spesso, queste esperienze spingono le persone transgender ad evitare ulteriori contatti con gli ambienti di cura.

Sia lo stigma strutturale che interpersonale possono influenzare la percezione di sé, incrementando l'ansia del rifiuto e l'evitamento sociale o riducendo l'autoefficacia nell'affrontare le situazioni stressanti.

Lo stigma individuale, infine, va riferito ai sentimenti e alle emozioni che la persona stigmatizzata prova verso se stessa o a ciò che essa crede che gli altri pensano di sé.

Un concetto che può aiutare a comprendere meglio lo stigma individuale è il passing, ovvero, la possibilità di “passare per” il genere di elezione.

In contesti violenti, come quello occidentale, il passing può diventare una strategia di coping adattiva utile a proteggere la persona transgender da eventuali violenze; il passing, dunque, non è un segno di transfobia interiorizzata quanto, al contrario, una “safety strategy” (Hill 2003).

Uno studio di Scandurra e colleghi (2017) mostra che la transfobia interiorizzata è costituita da bassi livelli di orgoglio identitario a cui fanno da contraltare alti livelli di vergogna nei confronti della propria identità transgender e alti livelli di alienazione dalla comunità transgender. Infine, la transfobia interiorizzata è risultata essere associata a problematiche di salute mentale, quali ansia, depressione e ideazione suicidaria.

Vi sono vari effetti dei differenti livelli di stigma sulla salute.

Per quanto riguarda lo stigma strutturale, Perez-Brumera e colleghi (2015) hanno dimostrato che, in generale, bassi livelli di stigma strutturale riducono la probabilità che le persone transgender mettano in atto tentativi di suicidio. Hatzenbuehler e colleghi (2014), inoltre, hanno riscontrato un'associazione positiva tra stigma strutturale e rischio di mortalità.

Considerando, invece, lo stigma interpersonale, Lombardi (2009) ha riscontrato che l'elevata frequenza di stigma è positivamente associata ad alti livelli di depressione e ansia. Nuttbrock et al. (2010) hanno riscontrato un'associazione positiva tra gli abusi legati al genere e la depressione. Allo stesso modo, Scandurra et al. (2017), in uno studio italiano, hanno riscontrato che le discriminazioni quotidiane sono positivamente associate a problematiche di salute mentale, quali ansia, depressione e ideazione suicidaria.

Infine, per quanto concerne lo stigma individuale, Perez-Brumera e colleghi (2015) hanno riscontrato che la transfobia interiorizzata aumenta il rischio di attuare tentativi di suicidio ed anche le problematiche nella relazionalità affettiva sono risultate essere associate alla transfobia interiorizzata (Amodeo et al. 2015).

Questi studi, dunque, dimostrano che le problematiche di salute delle persone transgender non sono collegate all'identità in sé, ma possono manifestarsi come risultato della marginalizzazione, dello stress derivante dal nascondere la propria identità o dal subire abusi verbali, emotivi, fisici e/o sessuali da una famiglia o da una comunità intolleranti (Mayer, Bradford, Makadon, Stall, Goldhammer e Landers, 2008).

Per ridurre la probabilità che si manifestino esiti avversi di salute nella popolazione transgender, è necessario implementare interventi psico-sociali che riducano i fattori stigmatizzanti che, a loro volta, finiscono per essere la causa di questi esiti negativi.

Inoltre, come ogni minoranza stigmatizzata, anche quelle sessuali e di genere sono in grado di far fronte allo stigma grazie a dei fattori protettivi, che si differenziano in base all'età. Durante l'infanzia e l'adolescenza, a livello individuale, l'autostima si è mostrata essere un fattore protettivo molto importante (Savin-Williams, 1989), come anche la *disclosure* della propria identità sessuale (Wright e Perry, 2006): i giovani LGBT che svelano la propria identità hanno minori probabilità di sviluppare disagi psicologici. Tuttavia, la *disclosure* può rappresentare anche un fattore di rischio in quanto potrebbe incrementare la probabilità di divenire oggetto di vittimizzazione e violenza (D'Augelli, 2002). A livello interpersonale, l'accettazione da parte della famiglia è risultata essere uno tra i fattori protettivi più forti (Ryan, Russell, Huebner, Diaz e Sanchez, 2010): coloro che hanno vissuto una maggiore accettazione familiare, infatti, riportano livelli più bassi di depressione, abuso di sostanze e tentativi o ideazioni suicidarie. A livello socio-istituzionale, invece, le politiche scolastiche supportive nei confronti delle minoranze sessuali e di genere si sono rilevate un fattore protettivo molto forte poiché correlato a minori episodi di vittimizzazione, di *dropout* scolastico e di tentativi di suicidio (Goodenow, Szalacha e Westheimer, 2006).

Considerando, invece, la fascia d'età adulta e gli anziani transgender la famiglia come rete di supporto primario risulta inaccessibile (Carroll e Gilroy, 2002). Per la

paura di essere rifiutate, molte persone transgender preferiscono non raccontare le violenze e gli episodi di discriminazione subiti ai membri della propria famiglia (Herman, 1997).

Dunque, è il supporto dei pari e della comunità transgender a rappresentare una delle principali fonti di sostegno (Amodeo, Picariello, Scandurra e Valerio, 2015;

Mizock e Lewis, 2008). Nel 2013, infatti, in uno studio di Bockting e colleghi il supporto familiare e dei pari, così come l'orgoglio identitario, sono risultati tutti fattori protettivi in grado di moderare la relazione tra lo stigma vissuto e la salute mentale. Inoltre, lo IOM (2011) tra i fattori protettivi cita anche la qualità della cura fornita dai medici.

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

### **1.4.1 Percorsi di affermazione di genere e linee guida**

Le persone TGD hanno a disposizione diverse modalità per affermare la loro identità di genere, in base alle scelte personali e allo stadio di sviluppo (Mezzalana et al., 2022). L'affermazione di genere può essere concettualizzata come un costrutto che comprende principalmente tre componenti: l'affermazione sociale, legale e medica. In primo luogo, l'affermazione sociale si riferisce a una procedura non medica mediante la quale la persona adotta identità, espressioni e ruoli del genere percepito (Turban, 2017). La transizione sociale può aumentare la cosiddetta *Appearance Congruence*, ovvero l'allineamento che la persona percepisce con la propria identità di genere quando confrontata con l'aspetto fisico e/o anatomico, che sembra essere inversamente correlata alla salute mentale degli individui TGD (Kozee et al., 2012). In secondo luogo,

l'affermazione legale si riferisce al cambio anagrafico del nome e degli indicatori di genere sui documenti, come la carta di identità o la patente. Infine, dal punto di vista medico, alcune persone transgender, ma non tutte, decidono di intervenire sul proprio corpo per renderlo più simile a come si sentono attraverso un percorso di affermazione di genere che procede per fasi successive e può prevedere un trattamento ormonale e/o chirurgico.

Il percorso di affermazione di genere non è obbligatorio e l'iter non è lo stesso per tutte le persone. Si cerca di adattare il percorso a seconda delle reali esigenze individuali (per esempio, non tutte le persone sentono il bisogno di sottoporsi a un trattamento chirurgico). Prima di iniziare il percorso di affermazione di genere, la persona deve essere informata su tutte le procedure e le terapie disponibili, nonché sui possibili rischi che queste comportano e sull'irreversibilità di alcune di esse, così da poter esprimere un consenso informato scritto sul percorso da affrontare, concordato con gli specialisti che prescrivono il trattamento (Infotrans, 2024). La persona che intenda intraprendere un percorso di affermazione di genere può quindi rivolgersi a centri specializzati.

Il 22 settembre 2022 la WPATH (The World Professional Association for Transgender Health, l'associazione internazionale per la salute delle persone transgender) ha reso note le nuove linee guida per la cura e la salute delle persone transgender e gender diverse attraverso la definizione dei SOC 8 (Standards of care).

L'obiettivo generale dei SOC-8 è quello di fornire al personale sanitario una guida clinica affinché l'assistenza per le persone TGD offra percorsi sicuri ed efficaci

con l'obiettivo di raggiungere un benessere personale duraturo con sé stessi al fine di ottimizzare la salute fisica, il benessere psicologico e l'auto-realizzazione.

Sono composti da 18 capitoli contenenti raccomandazioni per il personale sanitario che lavora con le persone TGD. Ogni raccomandazione è seguita da un testo esplicativo con i relativi riferimenti bibliografici. Le tematiche generali relative alla salute delle persone *transgender* sono trattate nei capitoli Terminologia, Applicabilità globale, Stime sulla popolazione e Formazione. I capitoli sviluppati per i diversi gruppi di persone *transgender* comprendono l'*assessment* di persone adulte, adolescenti, bambini, persone non binarie, persone eunuche e *intersex*, infine, persone che vivono in Istituti. Per concludere, i capitoli relativi ai trattamenti per l'affermazione di genere sono: Terapia ormonale, Interventi chirurgici e cure post-operatorie, Voce e comunicazione, Cure primarie, Salute riproduttiva, Salute sessuale e Salute mentale.

Concentrandoci sui percorsi di affermazione di genere, ci soffermeremo sui criteri per i trattamenti ormonali e chirurgici per persone adulte e adolescenti.

Le Linee guida SOC-8 sono state concepite per essere flessibili al fine di soddisfare le diverse esigenze di assistenza sanitaria delle persone TGD a livello globale. I criteri esposti per gli interventi per l'affermazione del genere sono linee guida cliniche; esse possono essere modificate dai singoli professionisti e programmi sanitari, in consultazione con la persona TGD. Gli scostamenti clinici dai SOC possono verificarsi a causa della situazione anatomica, sociale o psicologica unica di una persona TGD; dell'evoluzione del metodo di gestione di una situazione comune da parte di una persona professionista sanitaria esperta; di un protocollo di ricerca; della mancanza di

risorse in varie parti del mondo; o della necessità di strategie specifiche di riduzione del danno. Questi scostamenti devono essere riconosciuti come tali, discussi con la persona TGD e documentati.

## 1. Criteri per le persone adulte

### In relazione al processo di assessment

- Le persone che svolgono la professione di operatori sanitari che fanno l'*assessment* di persone adulte *transgender e gender diverse* che richiedono un trattamento per l'affermazione del genere devono mettersi in contatto con professionisti di diverse discipline nell'ambito della salute delle persone *trans* per consultazioni e invii, se necessario.
- Se è richiesta una documentazione scritta o una lettera per raccomandare un trattamento medico e chirurgico per l'affermazione del genere (GAMST), è necessaria solo una lettera di valutazione da parte di una persona professionista sanitaria che abbia competenze nella valutazione delle persone *transgender e gender diverse*.

### Criteri per gli ormoni

- a) L'incongruenza di genere è marcata e persistente;
- b) Soddisfa i criteri diagnostici per l'incongruenza di genere prima del trattamento ormonale di affermazione di genere nelle Nazioni nelle quali la diagnosi è necessaria per accedere all'assistenza sanitaria;
- c) Dimostra di essere in grado di acconsentire al trattamento ormonale specifico per l'affermazione del genere;

- d) Sono state identificate ed escluse altre possibili cause di apparente incongruenza di genere;
- e) Sono state valutate le condizioni fisiche e di salute mentale che potrebbero influire negativamente sull'esito del trattamento e sono stati discussi i rischi e i benefici;
- f) Comprende l'effetto del trattamento ormonale per l'affermazione del genere sulla riproduzione e ha esplorato le opzioni riproduttive.

#### Criteri per l'intervento chirurgico

- a) L'incongruenza di genere è marcata e persistente;
- b) Soddisfa i criteri diagnostici per l'incongruenza di genere prima dell'intervento chirurgico per l'affermazione del genere nelle Nazioni nelle quali la diagnosi è necessaria per accedere all'assistenza sanitaria;
- c) Dimostra di essere in grado di acconsentire all'intervento chirurgico specifico per l'affermazione del genere;
- d) Comprende l'effetto dell'intervento chirurgico per l'affermazione del genere sulla riproduzione e ha esplorato le opzioni riproduttive;
- e) Sono state identificate ed escluse altre possibili cause di apparente incongruenza di genere;
- f) Sono state valutate le condizioni fisiche e di salute mentale che potrebbero influire negativamente sull'esito dell'intervento chirurgico per l'affermazione del genere e sono stati discussi i rischi e i benefici;
- g) Assumono in maniera stabile la terapia ormonale per l'affermazione del genere (che può includere almeno sei mesi di trattamento ormonale o un periodo più lungo se

necessario per ottenere il risultato chirurgico desiderato, a meno che la terapia ormonale non sia desiderata o sia controindicata da un punto di vista medico)

## 2. Criteri per le persone adolescenti

In relazione al processo di assessment

- Una valutazione biopsicosociale completa con la partecipazione di professionisti della salute mentale e medici;
- Coinvolgimento dei genitori/tutori nel processo di *assessment*, a meno che il loro coinvolgimento non sia ritenuto dannoso per l'adolescente o non sia possibile;
- Se è richiesta una documentazione scritta o una lettera per raccomandare un trattamento medico e chirurgico per l'affermazione del genere (GAMST), è necessaria solo una lettera di valutazione da parte di un membro dell'équipe multidisciplinare. Questa lettera deve riflettere la valutazione e l'opinione dell'équipe, che coinvolge sia medici che professionisti della salute mentale.

Bloccanti della pubertà

- a) La diversità/incongruenza di genere è marcata e persistente nel tempo;
- b) Soddisfa i criteri diagnostici di incongruenza di genere in situazioni in cui la diagnosi è necessaria per accedere all'assistenza sanitaria;
- c) Dimostra la maturità emotiva e cognitiva necessaria per fornire un consenso/assenso informato al trattamento;
- d) Sono stati affrontati i problemi di salute psicologica (se presenti) che possono interferire con la chiarezza diagnostica, la capacità di dare il proprio consenso e le

terapie mediche di affermazione di genere; in modo sufficiente affinché le terapie mediche di affermazione di genere possano essere fornite in modo ottimale.

- e) Informati sugli effetti riproduttivi, compresa la potenziale perdita di fertilità e le opzioni disponibili per preservare la fertilità;
- f) Raggiunto lo stadio 2 di Tanner.

#### Trattamenti ormonali

- a) La diversità/incongruenza di genere è marcata e persistente nel tempo;
- b) Soddisfa i criteri diagnostici di incongruenza di genere in situazioni in cui la diagnosi è necessaria per accedere all'assistenza sanitaria;
- c) Dimostra la maturità emotiva e cognitiva necessaria per fornire un consenso/assenso informato al trattamento;
- d) Sono stati affrontati i problemi di salute psicologica (se presenti) che possono interferire con la chiarezza diagnostica, la capacità di dare il proprio consenso e le terapie mediche per l'affermazione del genere; in modo sufficiente affinché le terapie mediche per l'affermazione del genere possano essere fornite in modo ottimale.
- e) Informate sugli effetti riproduttivi, compresa la potenziale perdita di fertilità e le opzioni disponibili per preservare la fertilità;
- f) Raggiunto lo stadio 2 di Tanner.

#### Chirurgia

- a) La diversità/incongruenza di genere è marcata e persistente nel tempo;
- b) Soddisfa i criteri diagnostici di incongruenza di genere in situazioni in cui la diagnosi è necessaria per accedere all'assistenza sanitaria;

- c) Dimostra la maturità emotiva e cognitiva necessaria per fornire un trattamento;
- d) Sono stati affrontati i problemi di salute psicologica (se presenti) che possono interferire con la chiarezza diagnostica, la capacità di dare il proprio consenso e le terapie mediche per l'affermazione del genere; in modo sufficiente affinché le terapie mediche per l'affermazione del genere possano essere fornite in modo ottimale.
- e) Informate sugli effetti riproduttivi, compresa la potenziale perdita di fertilità e le opzioni disponibili per preservare la fertilità;
- f) Almeno 12 mesi (o più se necessario) di terapia ormonale per l'affermazione del genere per ottenere il risultato chirurgico desiderato per le procedure per l'affermazione del genere, incluse la mastoplastica additiva, l'orchiectomia, la vaginoplastica, l'isterectomia, la falloplastica, la metoidioplastica e la chirurgia al viso nell'ambito del trattamento per l'affermazione del genere, a meno che la terapia ormonale non sia desiderata o sia controindicata dal punto di vista medico.

Trattamenti chirurgici di affermazione di genere

**Tabelle dell'appendice E delle SOC-8 (WPATH, 2022)**

<b>Chirurgia al volto</b>	
Sopracciglio	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Riduzione del sopracciglio</li> <li>● Aumento del sopracciglio</li> <li>● Sollevamento del sopracciglio</li> </ul>
Avanzamento dell'attaccatura dei capelli/ Trapianto di capelli	
Lifting del viso/lifting medio del viso (in seguito ad alterazione delle strutture scheletriche sottostanti)	
Lifting del viso/lifting medio del viso (in seguito ad alterazione delle strutture scheletriche sottostanti)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Plastimoplastica</li> </ul>
Blefaroplastica	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Lipofilling</li> </ul>
Rinoplastica (+/-filler)	
Guancia	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Impianto</li> <li>● Lipofilling</li> </ul>
Labbro	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Accorciamento del labbro superiore</li> <li>● Aumento delle labbra (include autologhi e non autologhi)</li> </ul>
Mascella	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Riduzione dell'angolo mandibolare</li> <li>● Aumento</li> </ul>
Rimodellamento del mento	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Osteoplastico</li> <li>● Alloplastico (su impianti)</li> </ul>
Condrolaringoplastica	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Chirurgia delle corde vocali (v. Capitolo sulla voce)</li> </ul>
<b>Chirurgia mammaria/torace</b>	
Mastectomia	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mastectomia con conservazione/ricostruzione del capezzolo-areola, secondo quanto ritenuto necessario dal punto di vista medico per la paziente.</li> <li>● Mastectomia senza conservazione/ricostruzione del capezzolo-areola, secondo quanto ritenuto necessario dal punto di vista medico per la paziente.</li> </ul>
Liposuzione	
Mastoplastica additiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Impianto e/o espansore tissutale.</li> <li>● Autologa (include lembi e lipofilling)</li> </ul>
<b>Chirurgia genitale</b>	

Falloplastica (con/senza scrotoplastica)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con/senza allungamento dell'uretra</li> <li>• Con/senza protesi (peniena e/o testicolare)</li> <li>• Con/senza colpectomia/colpocleisi</li> </ul>
Metoidioplastica (con/senza scrotoplastica)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con/senza allungamento uretrale</li> <li>• Con/senza protesi (peniena e/o testicolare)</li> <li>• Con/senza colpectomia/colpocleisi</li> </ul>
Vaginoplastica (inversione, peritoneale, colon)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Può includere la conservazione del pene e/o del testicolo</li> </ul>
Vulvoplastica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Può includere procedure descritte come gonadectomia "a fronte piatta".</li> </ul>
Orchiectomia	
Isterectomia e/o salpingo-ovariectomia	
<b>Rimodellamento del corpo</b>	
Liposuzione	
Lipofilling	
Impianti	Pettorali, anca, glutei, polpacci
Monsplastica /mons riduzione	
<b>Procedure aggiuntive</b>	
Epilazione: epilazione del viso, del corpo e delle aree genitali per l'affermazione di genere o come parte di un processo di preparazione preoperatoria. (v. Dichiarazione 15.14 sull'epilazione)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elettrolisi</li> <li>• Epilazione laser</li> </ul>
Tatuaggio (es. areola, capezzolo)	
Trapianto di utero	
Trapianto di pene	

#### 1.4.2 Situazione attuale nel contesto italiano

Nel mese di gennaio del 2024 il Ministero della salute italiano ha inviato una ispezione presso l'Ospedale Careggi di Firenze, centro di riferimento in Italia per i percorsi di affermazione di genere delle persone adolescenti, sollecitata da una interpellanza della maggioranza parlamentare, per verificare i «percorsi relativi al trattamento dei bambini con disforia di genere e all'uso del farmaco triptorelina».

L'accusa riguardava la somministrazione della triptorelina senza rispettare le procedure individuate dall'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) e che la struttura intervenisse su bambini di età media di undici anni, ai quali non sarebbe neanche stata

fornita assistenza psicoterapeutica e psichiatrica, sottolineando anche l'assenza del reparto di neuropsichiatria infantile.

L'ospedale Careggi ha smentito subito le accuse, riferendo numeri molto ridotti e procedure supervisionate che vengono avviate dalle famiglie dei minori coinvolti. Questi dati sono stati confermati dalla regione Toscana, la quale aggiunge che la somministrazione di triptorelina è in realtà diminuita col tempo e che l'età media di chi riceve il farmaco è di 15 anni. Inoltre, viene sottolineato che la triptorelina viene somministrata solo a ragazzi già in pubertà, e non ai bambini, e si spiega che, se a Careggi ci si occupa solo marginalmente della valutazione psicologica dei pazienti è perché a svolgere il servizio è l'ASL Toscana centro: «Lo psicologo valuta nel corso di varie sedute nell'arco di circa un anno se il paziente soddisfa i criteri diagnostici per la disforia di genere. Qualora l'adolescente soddisfi i criteri, l'utente e la famiglia continuano a ricevere regolari colloqui psicologici, con attivazione concomitante dell'équipe multidisciplinare e specialistica (con un neuropsichiatra, un endocrinologo, uno psicologo e uno specialista di bioetica). L'équipe, che si riunisce una volta al mese, ha il compito di confermare la diagnosi di disforia di genere analizzando ogni singolo caso».

In una lettera rivolta al ministero della salute, 259 genitori affermano che quella che è in corso contro l'ospedale Careggi di Firenze è “un'azione punitiva” che per ragioni ideologiche mette a rischio la vita di ragazze e ragazze, e che giorno dopo giorno sta prendendo una piega “molto pericolosa”.

Nella lettera, inoltre, leggiamo che “viene messo a rischio il fondamentale servizio pubblico che il centro offre, si sostengono posizioni antiscientifiche, cresce sulla stampa la diffusione di informazioni manipolate e false. Tutto ciò è contrario ai

principi della Costituzione italiana e dei Trattati fondativi dell'Unione europea, essendo violata la dignità e la salute delle persone in questo caso transgender. Le discriminazioni e le limitazioni all'accesso ai servizi sanitari che si producono sono contrari agli obiettivi generali in materia di salute e giustizia dell'Unione europea”.

Il processo mediatico e politico contro il Careggi ha prodotto, secondo i firmatari, un clima “pericoloso” fatto anche di minacce ai medici e ai pazienti.

Per far fronte alla diffusione di informazioni fuorvianti ed errate dal punto di vista scientifico sull'importante tema dei bloccanti della pubertà, intervengono le società scientifiche (ACP, AIT, AME, ONIG, SIAMS, SID, SIE, SIEDP, SIGIS, SIMA, SINPIA-sezione di Psichiatria, SIPPS) affermando che la triptorelina è un farmaco salva-vita nei giovanissimi transgender e gender diverse ed è prescritto solo dopo attenta valutazione multiprofessionale. Inoltre, sottolineano che a molti sfugge la natura assolutamente transitoria e largamente reversibile del trattamento con GnRHa, il cui obiettivo non è la castrazione chimica o influenzare le scelte dei giovanissimi o delle famiglie ma, al contrario, dar loro tempo per poter effettuare scelte più mature e ponderate.

Successivamente ai fatti accaduti, il Ministero della Salute e della Famiglia ha istituito un tavolo Tecnico, una maxi-commissione da 29 membri che riscriverà le linee guida dell'assistenza nei percorsi di affermazione di genere. Inoltre, l'Aifa sta preparando una stretta sull'uso della triptorelina.

La letteratura scientifica ci ricorda, inoltre, che a fronte del 40% di giovani persone transgender a rischio suicidio (James SE, et al., 2016), la terapia con triptorelina riduce del 70% tale drammatica possibilità (Turban JL et al., 2020). Anche lo studio di Diana Tordoff del 2022 ha dimostrato che interventi legislativi avversi ai percorsi di

affermazione di genere possono aumentare il rischio di suicidio delle giovani persone transgender. Nelle giovani persone trans accompagnate nel loro percorso di affermazione e supportate con terapie di sospensione dello sviluppo si riscontra il 60% in meno di casi di depressione e il 73% in meno di pensieri o tentativi di suicidio rispetto a quelle che non ricevono supporto medico nei loro percorsi.

## CAPITOLO SECONDO: INCONGRUENZA DI GENERE, STIGMA E ATTACCAMENTO

### 2.1 Gender minority stress: transfobia interiorizzata e identità transgender negativa

Tutte le conseguenze legate all'esposizione prolungata allo stigma, che abbiamo riportato nel capitolo precedente in riferimento al benessere psicosociale delle persone transgender, si esplicano in un particolare tipo di stress, che invade la realtà quotidiana di tutti coloro che posseggono quelle peculiarità identitarie non conformi alla norma sessuale di genere. Gli episodi di discriminazione subiti, l'aspettativa di essere discriminati nel mantenere alta la vigilanza per la paura di subire episodi stigmatizzanti, il nascondimento all'interiorizzazione degli atteggiamenti sociali anti-LGBT, confluiscono in uno stress cronico definito "gender minority stress" (Meyer, 2003). Come sostenuto da Meyer (2007), il minority stress è: 1) *unico*, poiché rappresenta un fattore aggiuntivo di stress a quello generale vissuto da tutte le persone. Questa caratteristica di unicità finisce per richiedere uno sforzo di adattamento sociale maggiore rispetto alle categorie non stigmatizzate; 2) *cronico*, perché esso è strettamente collegato a delle sovrastrutture sociali stabili che sono indipendenti dall'individuo e che, dunque, lo preesistono; 3) *socialmente basato* poiché deriva da una serie di processi sociali, istituzionali e strutturali che, al pari di prima, sono indipendenti dall'individuo. In questo modo, il soggetto è inserito in un ambiente stigmatizzante costituito da una serie di processi di stress sia distali, i quali indicano degli stressor oggettivi che non dipendono dagli individui, che prossimali, i quali denotano stressor soggettivi che dipendono dalle percezioni individuali. Meyer (2007) individua i seguenti

stressor, partendo da quelli oggettivi ed arrivando a quelli più soggettivi: 1) eventi e condizioni stressanti esterni ed oggettivi, cronici ed acuti, come ad es., le violenze sessuali, verbali, fisiche subite (stigma vissuto); 2) aspettative che gli eventi prima espliciti si realizzano e vigilanza che questa aspettativa comporta (stigma percepito); 3) occultamento del proprio orientamento sessuale e/o della propria identità di genere e 4) interiorizzazione degli atteggiamenti negativi della società aventi a che fare con l'orientamento sessuale o con l'identità di genere (omofobia o transfobia interiorizzata).

Dunque, gli individui transgender possono interiorizzare le norme e le aspettative di genere, e possono sviluppare vergogna e odio per se stessi a causa della loro mancanza di conformità alle definizioni culturalmente stabilite di mascolinità e femminilità, virilità e femminilità, o mascolinità e femminilità.

Il termine "transfobia interiorizzata" indica il disagio con la propria identità transgender come risultato dell'interiorizzazione delle aspettative di genere normative della società, atteggiamenti negativi e pregiudizi (Bockting, et al., 2020).

Nel modello di Bockting e colleghi (2020), la transfobia interiorizzata è caratterizzata da auto-colpa e bassa autostima derivanti da vittimizzazione, rifiuto e discriminazione legati al genere, portando a un'autovalutazione negativa dell'essere transgender e, in definitiva, il disprezzo di sé, che, a sua volta, influisce negativamente sulla salute mentale.

Inoltre, nello studio viene riportato che la transfobia interiorizzata si manifesta frequentemente in almeno tre modi: gli individui possono provare un'intensa vergogna e senso di colpa per il fatto di essere transgender; per conformarsi alle concettualizzazioni

binarie del genere ed evitare lo stigma associato alla non conformità di genere, gli individui transgender possono nascondere agli altri i loro sentimenti riguardo al genere e all'identità, tentando di conformarsi al sesso assegnato alla nascita o di “passare” per un membro cisgender dell'altro sesso; gli individui transgender potrebbero non voler associarsi con altri individui transgender a causa dell'aver interiorizzato gli atteggiamenti negativi della società o per negare o evitare l'esposizione della propria varianza di genere. Tuttavia, il modo in cui la transfobia interiorizzata si manifesta nella vita di una persona transgender può dipendere dal contesto sociale e può cambiare nel corso del suo sviluppo.

In conclusione, dai risultati dello studio di Bockting e colleghi (2020) emerge che la transfobia interiorizzata può essere concettualizzata come quattro dimensioni interconnesse: l'orgoglio per l'identità transgender, l'impegno nel “passare” come persona cisgender, l'alienazione dalle altre persone transgender e la vergogna.

L'orgoglio riflette una reazione affettiva positiva alla propria identità transgender e quindi si relaziona negativamente con le altre dimensioni della transfobia. Sia l'orgoglio che il *passing*, in modi diversi, potrebbero essere interpretati come una reazione alle dimensioni negative della vergogna e dell'alienazione derivanti dallo stigma legato alla non conformità di genere. Coloro che ottengono un punteggio elevato nel “Pride” potrebbero aver reagito allo stigma entrando in relazione con la comunità e rietichettando la non conformità condivisa come positiva, il che ha dimostrato di tamponare l'influenza negativa dello stigma sulla salute mentale.

Per misurare lo stress di minoranza di genere e la resilienza nelle persone TGD viene utilizzata la Gender and Minority Stress and Resilience Measure (GMSR), la quale è stata sviluppata in America nel 2015 e validata in Italia nel 2020 da uno studio di Scandurra e colleghi (Scandurra, et al., 2020).

La GMSR valuta gli stressor distali (discriminazione, rifiuto, vittimizzazione e non affermazione) e prossimali (transfobia interiorizzata, aspettative negative e non disvelamento), e i fattori di resilienza (orgoglio e connessione alla comunità). La validità di criterio è stata parzialmente confermata, poiché le scale sullo stress sono risultate positivamente associate all'ansia e alla depressione e l'orgoglio è risultato negativamente associato alla depressione ma non all'ansia. Al contrario, la connessione alla comunità non è risultata associata alle scale sulla salute mentale. I risultati hanno confermato sia la validità convergente che discriminante, poiché gli stressor distali e prossimali sono risultati positivamente associati allo stress percepito, così come la connessione comunitaria al supporto amicale. Questo studio dimostra l'affidabilità e la validità della GMSR nel contesto italiano (Scandurra, et al., 2020).

Inoltre, secondo Hatzenbuehler (2009), questo stress legato allo stigma genera un aumento della disregolazione emotiva generale, dei problemi sociali/interpersonali e dei processi cognitivi che possono determinare un aumento del rischio di sviluppo di psicopatologie (Hatzenbuehler, 2009).

La regolazione emotiva è “la capacità di osservare, valutare e modificare le risposte emotive, siano esse positive o negative, nel tentativo di alterarne l'intensità, la durata o la qualità per renderle più adeguate agli obiettivi specifici dell'individuo” (Thompson, 1994), mentre la disregolazione emotiva viene definita come l'incapacità di

riconoscere le proprie emozioni e quelle altrui, una limitata consapevolezza e accettazione delle emozioni, difficoltà nella gestione delle emozioni e dei comportamenti, e l'incapacità di modulare l'intensità e la durata delle esperienze emotive (Gratz & Roemer, 2004). La disregolazione emotiva è stata collegata a una varietà di esiti negativi sulla salute mentale, tra cui depressione e ansia (Aldao et al., 2010). La ricerca, infatti, suggerisce che competenze di regolazione emotiva scarsamente sviluppate e l'uso di strategie che prolungano o amplificano gli effetti negativi rappresentano un rischio significativo per lo sviluppo e il mantenimento della malattia mentale (d'Acremont & Van der Linden, 2007).

Ulteriori studi più recenti hanno approfondito il ruolo del minority stress nella regolazione emotiva nelle persone TGD, rivelando che l'alta incidenza di disturbi d'ansia e depressione in questa popolazione è spesso legata all'incapacità di gestire efficacemente lo stress emotivo causato dalle esperienze di discriminazione (Hendricks & Testa, 2012). Uno degli aspetti fondamentali nella regolazione emotiva è la selezione delle strategie di coping più funzionali, in base alle richieste della situazione. In generale, la capacità di gestire le situazioni stressanti è influenzata dal tipo di strategie di coping adottate. Puckett et al. (2019) hanno dimostrato che le strategie di coping attivo, come la ricerca di supporto sociale e la pianificazione di soluzioni ai problemi, sono associate a un miglioramento della regolazione emotiva e a un ridotto rischio di depressione. Al contrario, il coping passivo o evitante è stato collegato a esiti psicologici negativi, come un aumento dello stress e della disforia (Puckett et al., 2020).

## 2.2 Pattern di attaccamento nelle persone TGD

La teoria dell'attaccamento è un approccio psicologico che descrive il legame emotivo e affettivo che si forma tra un bambino e il suo caregiver principale (solitamente i genitori), e come questo legame influenzi lo sviluppo emotivo e sociale della persona nel corso della vita (Bowlby, Institute of Psycho-analysis, & British Psycho-Analytical Society, 1969-1980). È stata sviluppata dallo psicologo britannico John Bowlby negli anni '50 e successivamente ampliata da Mary Ainsworth, che condusse importanti ricerche empiriche sulla qualità degli attaccamenti infantili (Ainsworth, 1978).

Principi fondamentali della teoria dell'attaccamento:

1. Legame emotivo primario: I neonati hanno un bisogno innato di formare un attaccamento con una figura che si prenda cura di loro. Questo legame è fondamentale per la sopravvivenza e il benessere emotivo del bambino.

2. Attaccamento sicuro: Quando un caregiver risponde in modo coerente e affettuoso ai bisogni del bambino, si sviluppa un attaccamento sicuro. Il bambino, sentendosi al sicuro e protetto, si sente libero di esplorare il mondo circostante e sviluppare relazioni sane.

3. Attaccamento insicuro: Se il caregiver è emotivamente inconsistente, distante o non risponde ai bisogni del bambino, si può sviluppare un attaccamento insicuro, che si manifesta in diversi modi:

- Ansioso-ambivalente: il bambino è incerto sulla disponibilità del caregiver e può diventare molto ansioso e dipendente.

- Evitante: il bambino minimizza l'importanza del caregiver, cercando di essere indipendente anche quando vorrebbe supporto.

- Disorganizzato: il bambino mostra comportamenti contraddittori e confusi, spesso associati a esperienze traumatiche o di abuso.

4. Modelli operativi interni: Secondo la teoria, il bambino costruisce una rappresentazione mentale del proprio legame con il caregiver (positivo o negativo), che influisce sulle relazioni future. Questi "modelli operativi interni" aiutano a prevedere come le persone si comporteranno nelle relazioni affettive da adulti.

La teoria ha profonde implicazioni per la comprensione delle dinamiche familiari, delle relazioni amorose, delle difficoltà relazionali e dei disturbi psicologici. Studi successivi hanno confermato che gli schemi di attaccamento dell'infanzia spesso si riflettono nelle relazioni adulte, influenzando il modo in cui le persone vivono e interpretano l'amore, l'intimità e il conflitto.

In sintesi, la teoria dell'attaccamento sottolinea l'importanza delle prime relazioni di cura nella formazione del benessere psicologico e delle capacità relazionali di una persona (Cassidy, 2016).

Le persone TGD possono presentare gli stessi stili di attaccamento delle persone cisgender, ma il loro sviluppo e le loro esperienze relazionali possono essere influenzate da fattori aggiuntivi legati alla discriminazione, al rifiuto o al supporto che ricevono da parte della famiglia e della comunità (Amodeo, Vitelli, Scandurra, Picariello, & Valerio, 2015).

Esistono pochi studi che hanno esaminato i processi e i modelli di attaccamento delle persone TGD. Uno studio di Birkenfeld-Adams del 2000 ha riscontrato un attaccamento insicuro nel 73% del campione, Cooper et al. (2013) hanno evidenziato

un'associazione negativa tra il costrutto correlato di "contentezza di genere" e attaccamento evitante sia nei ragazzi che nelle ragazze, e con l'attaccamento preoccupato (ambivalente) nei ragazzi in un campione di quinta elementare. Come affermano DeKlyen e Greenberg (2016), i giovani con GD sembrano essere a maggior rischio di attaccamento insicuro, Colizzi et al. (2013) hanno riscontrato un'alta percentuale di attaccamento insicuro (70%) nel loro campione di 50 persone transessuali adulte. In uno studio di Giovanardi e colleghi del 2018, il quale indaga le rappresentazioni dell'attaccamento e il trauma complesso in un campione di adulti con disforia di genere, è emerso che il 27% del campione presenta un attaccamento sicuro, mentre il 73% presenta un attaccamento insicuro. È interessante notare che i dati in letteratura evidenziano alte percentuali di disorganizzazione nei campioni clinici (Allen et al., 1996; West et al., 2001; Steele et al., 2003; Agrawal et al., 2004; Stovall-McClough e Cloitre, 2006; Harari et al., 2007; Ivarsson, 2008; Farina et al., 2014; Murphy et al., 2014) e ad alto rischio psicosociale (Stalker e Davies, 1995; LyonsRuth et al., 2003; Crowell e Hauser, 2008).

Inoltre, lo studio di Giovanardi e colleghi ha confermato l'associazione tra modelli disorganizzati e persone TGD che è stata trovata in studi precedenti (Cook, 1999; Vitelli e Riccardi, 2010; Lingiardi et al., 2017). Sono stati condotti altri studi in Italia che si riferiscono alla teoria dell'attaccamento (Amodeo et al., 2015; Cussino et al., 2017, 2019). I risultati hanno rivelato che il 92,3% dei pazienti che frequentavano il Centro Interdipartimentale Disturbi Identità di Genere e che somministravano l'Adult Attachment Interview mostrava uno stato d'animo di attaccamento insicuro (Cussino et al., 2019). Inoltre, quasi la metà del campione ha riportato uno o più eventi traumatici della vita senza differenze riscontrate tra i gruppi AMAB e AFAB (Cussino, et al., 2017,

2019). Inoltre, gli studi hanno rivelato che i partecipanti transgender con stili di attaccamento sicuri hanno riportato livelli più elevati di identità transgender positiva rispetto a quelli con stili di attaccamento insicuri. Al contrario, gli stili di attaccamento sicuro hanno influenzato in modo significativo l'identità transgender positiva, mentre gli stili di attaccamento insicuri hanno influenzato la transfobia interiorizzata (Amodeo et al., 2015)

### **2.3 Attaccamento insicuro, stigma e benessere**

Studi prospettici basati sulla popolazione hanno dimostrato che le relazioni di attaccamento di scarsa qualità (modelli di attaccamento a rischio) sono un fattore di rischio per la psicopatologia più avanti nella vita (Sroufe, 2005). Più recentemente, e più in generale, la ricerca neuroscientifica ha iniziato a chiarire alcuni dei meccanismi neurobiologici attraverso i quali le esperienze vissute, comprese quelle relative all'attaccamento, modellano il cervello in via di sviluppo, l'espressione dei geni e la serie di capacità che consentono al bambino di affrontare efficacemente o inefficacemente le sfide dello sviluppo di ogni periodo dello sviluppo (Stiles, 2008; Dudley et al., 2011; Babenko et al., 2015; Shonkoff, 2016). Poiché le prime esperienze alterano la struttura e la funzione del cervello, nonché l'espressione genetica, vengono biologicamente incorporate o interiorizzate nella biologia del bambino; influenzano quindi il comportamento del bambino, la qualità delle relazioni del bambino, le rappresentazioni di sé e degli altri e la salute fisica e psicologica nel corso della vita (Nelson, 2013; Sroufe, 2013; Hanlon et al., 2020).

Nella letteratura sulla disforia di genere, la ricerca a livello di sistema relazionale mostra che le relazioni di supporto contribuiscono a risultati migliori per i bambini che

presentano disforia di genere, purtroppo, molti bambini non hanno un'esperienza positiva. Le risposte negative da parte dei membri della famiglia, incluso il rifiuto totale, sono comuni, così come il bullismo da parte dei coetanei (Di Ceglie e Thummel, 2006; Specht et al., 2020; Strauss et al., 2020b). Più in generale, e separatamente dalle risposte al coming out di un bambino, la ricerca disponibile, anche se scarsa, suggerisce che un certo ruolo è giocato dalla qualità delle relazioni dei bambini con le figure di attaccamento, dalla qualità dell'ambiente familiare e dalla presenza di eventi avversi che possono aver aumentato lo stress familiare o contribuito alle biforcazioni nello sviluppo del bambino (Kozłowska et al., 2021).

Wallace e Russell (2013) hanno suggerito che i bambini che mostrano un comportamento cross-gender possono spesso essere svergognati dai coetanei e dai genitori e sono esposti al rischio di organizzare la loro identità attorno a questa emozione negativa. L'attaccamento insicuro può essere il risultato di una vergogna non riparata nella relazione genitore-figlio, che porta a un persistente senso di vergogna nel bambino rispetto alla sua identità e al tentativo del bambino di nascondere la sua identità transgender (Amodeo et al., 2015). La percezione dell'accettabilità del bambino può essere difficile a causa di questo particolare problema di vulnerabilità per quanto riguarda la stigmatizzazione, e la relazione di attaccamento può essere stabilita intorno alla vergogna.

Secondo Cussino e colleghi (2019) uno stile di attaccamento insicuro influisce sulla capacità di stabilire relazioni e creare e mantenere l'intimità con gli altri. Il trattamento psicologico che consente lo sviluppo di un attaccamento sicuro offre ai pazienti l'opportunità di acquisire nuove abilità sociali e migliorare il loro funzionamento sociale. Lavorare su traumi passati e recenti porta a un miglioramento

dell'autostima e della regolazione delle emozioni, riduce significativamente i sintomi psicopatologici e aumenta il benessere generale e la salute mentale.

## **CAPITOLO TERZO: LA RICERCA**

### **3.1 Il disegno di ricerca e obiettivi**

Il presente studio si colloca all'interno di un più ampio progetto di ricerca dal titolo "Riflettere sullo Stigma e sul corpo: Fattori positivi per la crescita personale delle persone Transgender e Gender Diverse (TGD)", i cui responsabili sono la Prof.ssa Marina Miscioscia, afferente al Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione dell'Università di Padova; il Dr. Cristiano Scandurra dell'Università Federico II di Napoli e il Dr. Guido Giovanardi dell'Università di Roma Sapienza.

Come è stato ampiamente dimostrato nei precedenti capitoli, le persone transgender e gender diverse spesso affrontano problemi mentali, quali depressione, ansia, uso di sostanze e ideazione suicidaria. È stato possibile, inoltre, osservare come ne facciano le spese in misura maggiore rispetto alla popolazione cisgender a causa di discriminazioni strutturali e stigmatizzazione pervasiva da parte della società. Il modello del Gender Minority Stress (Meyer, 2004) ha enunciato molto efficacemente tale dinamica, esponendo come fattori distali quali la discriminazione, il rifiuto e la vittimizzazione in base al genere, oltre che l'impossibilità di poter vedere affermata la propria identità di genere, conducano ad una serie di fattori prossimali nocivi per la salute mentale e il benessere psicologico in generale. Transfobia interiorizzata, aspettative negative per gli eventi futuri e non divulgazione della propria incongruenza di genere, infatti, influenzano negativamente aspetti fondamentali della vita di una persona, quali il rapporto con la propria immagine allo specchio o la capacità di gestire in maniera funzionale le proprie relazioni sociali.

Alla luce di quanto appena ricordato, il progetto di ricerca generale si è posto l'obiettivo di indagare le associazioni tra esperienze di stigmatizzazione, discriminazione, transfobia interiorizzata, attaccamento insicuro e salute mentale.

### **3.2 Ipotesi**

In accordo con la letteratura presentata, sono state formulate le ipotesi riportate di seguito.

La prima ipotesi propone che esista una correlazione positiva tra l'attaccamento insicuro e la transfobia interiorizzata. Secondo uno studio di Amodeo e colleghi, l'attaccamento insicuro può essere il risultato di una vergogna non riparata nella relazione genitore-figlio, che porta a un persistente senso di vergogna nel bambino rispetto alla sua identità e al tentativo del bambino di nascondere la sua identità transgender (Amodeo et al., 2015).

La seconda ipotesi prevede la presenza di una correlazione positiva tra l'attaccamento insicuro e il distress psicologico. Come dimostrano studi prospettici basati sulla popolazione, le relazioni di attaccamento di scarsa qualità rappresentano un fattore di rischio per la psicopatologia più avanti nella vita (Sroufe, 2005). Inoltre, Wallace e Russell (2013) hanno suggerito che i bambini che mostrano un comportamento cross-gender possono spesso essere denigrati dai coetanei e dai genitori e sono esposti al rischio di organizzare la loro identità attorno a questa emozione negativa. Infine, Cussino e colleghi (2019) hanno dimostrato che uno stile di attaccamento insicuro influisce sulla capacità di stabilire relazioni e creare e mantenere l'intimità con gli altri.

La terza ed ultima ipotesi riguarda l'effetto del Gender Minority Stress, della disforia, dell'attaccamento e della regolazione emotiva sul distress psicologico. In particolare, si ipotizza che un aumento di questi fattori sia associato ad un maggior distress psicologico. Infatti, secondo Rigobello e Gamba (2016) le persone che manifestano incongruenza di genere sono spesso vittime di stigma e ostracismo sociale. L'isolamento e la stigmatizzazione possono favorire l'insorgere di disturbi psicologici e di comportamenti disadattivi e pericolosi quali l'abuso di sostanze, violenza e atti suicidari (Rigobello & Gamba, 2016). Il disagio provocato dalla disforia di genere, invece, è tipicamente descritto come una combinazione di ansia, depressione, irritabilità e di un senso pervasivo di non sentirsi a proprio agio nel proprio corpo (Coleman et al., 2022). Inoltre, come dimostrato da uno studio di Hatzenbuehler (2009), l'esposizione prolungata allo stress derivante dallo stigma, genera un aumento della disregolazione emotiva generale, dei problemi sociali/interpersonali e dei processi cognitivi che possono determinare un aumento del rischio di sviluppo di psicopatologie (Hatzenbuehler, 2009).

### **3.3 Procedure**

Il progetto ha ricevuto l'approvazione dal Comitato Etico per la Ricerca in Psicologia dell'Università di Padova (codice: 5306/2023) in linea con le indicazioni del Codice Etico dell'Associazione Italiana di Psicologia (AIP), del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani e della Dichiarazione di Helsinki, in modo da favorire il rispetto della protezione dei dati personali e della privacy.

L'invito a partecipare alla ricerca è stato diffuso attraverso l'utilizzo dei social media, l'affissione di locandine e la collaborazione con associazioni del territorio. Dopo essere stati informati delle garanzie a tutela della privacy e dell'anonimato delle informazioni espresse, e dopo aver dato il consenso al trattamento dei dati, i partecipanti sono stati invitati a compilare un questionario online anonimo.

### **3.4 Strumenti**

Il questionario, creato con la piattaforma "Qualtrics" è composto da una parte iniziale di domande sociodemografiche (età dei partecipanti, sesso alla nascita, identità di genere, orientamento sessuale, etnia, stato di relazione, stato di lavoro, livello di istruzione), e da alcuni questionari standardizzati selezionati, ognuno volto ad indagare differenti aspetti e costrutti. Per questa discussione sono stati esaminati solamente gli strumenti impiegati nella verifica delle ipotesi.

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

Per valutare gli aspetti legati al minority stress e alla resilienza in persone TGD è stata utilizzata la Gender Minority Stress and Resilience Measure (GMSR; Testa et al., 2015). La versione italiana è a cura di Scandurra et al. (2020). Lo strumento è suddiviso in 9 scale e comprende diversi fattori:

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

Le scale sono:

1. **Discriminazione (D)**: composta da 9 item, questa scala misura le esperienze di discriminazione vissute a causa dell'identità di genere. Gli item indagano episodi di pregiudizio, disparità di trattamento, e altre forme di discriminazione che le persone TGD possono affrontare in vari contesti, come nel lavoro o nei servizi pubblici.

2. **Rifiuto (R)**: formata da 10 item, questa scala si concentra sulle esperienze di rifiuto legate all'identità di genere da parte di familiari, amici, o partner. Questo rifiuto può manifestarsi in modi espliciti o impliciti, come il disconoscimento dell'identità di genere o l'esclusione dalle interazioni sociali.

3. **Vittimizzazione (V)**: composta da 7 item, questa scala valuta esperienze di vittimizzazione diretta a causa dell'identità di genere, inclusi episodi di violenza verbale, fisica o sessuale. La scala è importante per comprendere le esperienze traumatiche che possono derivare dalla stigmatizzazione di genere.

4. **Non Affermazione (NA)**: composta da 6 item, questa scala indaga esperienze di non-affermazione e negazione della propria identità di genere da parte di persone esterne, come non essere chiamati con il nome scelto o essere chiamati con un pronome che corrisponde al sesso assegnato alla nascita invece che all'identità di genere percepita.

5. **Transfobia interiorizzata (IT)**: composta da 8 item, questa scala indaga le aspettative negative, come la paura di esperienze future di discriminazione, legate alla propria identità di genere.

6. **Non Disvelamento (ND)**: formata da 6 item, questa scala esamina la tendenza a non rivelare la propria identità di genere per paura di conseguenze negative,

come discriminazione o rifiuto. La scelta di non disvelare può essere una strategia di coping ma può anche contribuire a un senso di isolamento.

7. **Aspettative Negative (NE):** composta da 5 item, questa scala misura le aspettative negative rispetto al futuro, in termini di possibili esperienze di discriminazione, rifiuto o vittimizzazione. Gli item esplorano il timore che eventi futuri possano comportare esperienze negative a causa dell'identità di genere.

8. **Pride (P):** composta da 7 item, valuta il senso di orgoglio e la positiva identificazione con la propria identità di genere. Questo fattore protettivo è cruciale per la resilienza, in quanto un forte senso di orgoglio può mitigare gli effetti negativi dello stress di minoranza.

9. **Connessione alla Comunità (CC):** formata da 7 item, misura il grado di connessione e supporto percepito all'interno della comunità TGD. La connessione alla comunità è un fattore protettivo importante, in quanto fornisce supporto emotivo e pratico che può ridurre l'impatto dello stress minoritario.

Le opzioni di risposta ad ogni item sono composte da una scala Likert da 1 "fortemente in disaccordo" a 7 "completamente d'accordo". I punteggi finali per ciascuna sottoscala sono ottenuti sommando le risposte a ciascun item, permettendo di valutare il livello di stress di minoranza e la resilienza in base ai valori ottenuti.

### **3.4.2 Kessler Psychological Distress Scale (K10)**

Per valutare il distress psicologico è stata utilizzata la Kessler Psychological Distress Scale (K10; Kessler et al., 2002; Andrews & Slade, 2001), nella versione italiana a cura di Kessler et al. (2003). Il K10 è un questionario composto da 10 item

che indagano gli stati emotivi. Al partecipante viene chiesto di indicare la frequenza di ciascun sintomo nell'ultimo mese su una scala Likert a cinque punti (da 1=mai a 5=sempre). Quattro item valutano sintomi di ansia (es. "ti sei sentito/a così nervoso che niente riusciva a calmarti?") e sei indagano sintomi di depressione (es. "ti sei sentito/a così triste che niente poteva tirarti su di morale?"). Il punteggio totale viene ricavato attraverso la somma dei punteggi, con un range da 10 a 50. Punteggi compresi tra 10 e 19 indicano probabile benessere, tra 20 e 24 indicano probabile disturbo lieve, tra 25 e 29 probabile disturbo moderato, tra 30 e 50 probabile disturbo grave. In letteratura sono presenti numerose evidenze a supporto delle buone proprietà psicometriche dello strumento (Naisanga et al., 2022)

### **3.4.3 Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS-18)**

La Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS-18; Victor & Klonsky, 2016) è un questionario self-report utilizzato per valutare la regolazione delle emozioni. La versione originale comprende 36 item, per questa ricerca è stata utilizzata la versione in italiano a cura di Giromini et al. (2012) con 18 item, suddivisi in sei scale:

1) Non accettazione (Non Acceptance): questa scala riflette quanto una persona trovi difficile accettare le emozioni negative quando si presentano.

2) Comportamento diretto all'obiettivo (Goals): questa scala valuta quanto sia difficile concentrarsi o portare a termine un compito quando si è emotivamente turbati.

3) Controllo degli impulsi (Impulse): misura la capacità di una persona di controllare i propri impulsi e comportamenti quando si provano emozioni negative.

4) Consapevolezza emotiva (Awareness): riflette quanto una persona è consapevole delle proprie emozioni e presta attenzione al proprio stato emotivo.

5) Strategie di regolazione delle emozioni (Strategies): esplora quanto una persona si sente sicura delle proprie capacità di gestire e modulare le emozioni negative.

6) Chiarezza emotiva (Clarity): misura quanto chiaramente una persona riesce a identificare e comprendere le emozioni che sta provando.

Ai partecipanti viene chiesto di indicare quanto spesso le affermazioni possono essere applicate alla propria esperienza su una scala Likert a cinque punti (da 1= “quasi mai” a 5= “quasi sempre”). I punteggi ottenuti per ognuna delle sei scale, attraverso la somma degli item di ciascuna scala, vengono sommati per ottenere un punteggio complessivo per le difficoltà nella regolazione delle emozioni. Punteggi più alti corrispondono a maggiori livelli di disregolazione emotiva.

#### **3.4.4 Attachment Style Questionnaire (ASQ)**

L'attachment Style Questionnaire (ASQ; Feeney et al., 1994; vers. Ita Fossati et al., 2003) è un questionario autocompilato progettato per misurare cinque dimensioni dell'attaccamento adulto. Lo strumento è composto da 40 item (ad esempio, "Nel complesso, sono una persona di valore," "È facile conoscermi..." e "Preferisco stare per conto mio") suddivise nelle seguenti cinque dimensioni: Fiducia (8 item), Disagio con la Vicinanza (10 item), Bisogno di Approvazione (7 item), Preoccupazione per le Relazioni (8 item) e Relazioni come Secondarie (7 item). Ogni item viene valutato su una scala di 6 punti con i seguenti ancoraggi: 1 (totalmente in disaccordo) a 6 (totalmente d'accordo). Gli elementi sono presentati in ordine casuale e tre di essi sono

codificati inversamente. L'ASQ ha mostrato un'adeguata affidabilità e validità costruttiva nei campioni di studenti universitari e di scuole superiori (Feeney et al., 1994).

### **3.5 Partecipanti**

I criteri di inclusione per la partecipazione allo studio prevedevano di avere un'età compresa fra i 18 e i 35 anni, di identificarsi come persone transgender o non-binary, di essere a conoscenza della lingua italiana scritta e parlata e di avere la capacità di fornire il consenso. La presente ricerca è stata condotta su un campione di 93 partecipanti con età media di 23,99 anni, con una deviazione standard di 5,28 anni. La ricerca ha coinvolto 58 persone assegnate femmine alla nascita e 35 persone assegnate uomini alla nascita.

## CAPITOLO QUARTO: RISULTATI

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

### 4.1 Statistiche Descrittive

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

Il campione è composto da 93 partecipanti con un'età media di 23.99 anni (DS = 5.28, range = 18-35). La maggioranza dei partecipanti è stata assegnata al sesso femminile alla nascita (62.4%), seguita da persone assegnate al sesso maschile alla nascita (37.6%).

Per quanto riguarda l'identificazione di genere si veda tabella 1.

*Tabella 1: frequenze e percentuali dell'identità di genere tra i partecipanti*

Identità di genere	n	%
Donna transgender	32	34.4
Uomo transgender	49	52.7
Altro (Specificare)	12	12.9

Riguardo l'orientamento sessuale la maggior parte dei partecipanti si definisce eterosessuale (34%) e bisessuale (30%), mentre solo una piccola parte si definisce lesbica (4,5%) e gay (3,3%). Il resto dei partecipanti riferisce di essere in fase di questioning (4,4%) o altro (21%), definendosi pansessuale (39%) o asessuale (29%).

La maggior parte dei partecipanti è di etnia bianca (95.7%) e di nazionalità italiana (98.9%).

*Tabella 2: frequenze e percentuali dell'etnia tra i partecipanti*

Etnia	n	%
Asiatica	1	1.1
Bianca (Caucasica, Europea)	89	95.7
Ispanica o latina	3	3.2

La quasi totalità dei partecipanti (98%) è di nazionalità italiana. La maggior parte di loro vive in Veneto (91%), mentre solo una piccola parte risiede in Trentino-Alto Adige (2%), Friuli-Venezia Giulia (1%), Lombardia (1,5%) e Marche (1,5%), Abruzzo (1%), Emilia-Romagna (2%). Per quanto riguarda la zona di residenza, circa la metà dei partecipanti (52%) abita in aree urbane, il 28% in aree suburbane e il 20% in aree rurali.

La maggioranza vive con la famiglia (59%), mentre il resto si divide tra chi vive da solo (13%), con coinquilini (11%), con il/la partner (6,7%) o in altre combinazioni di convivenza.

Dal punto di vista educativo, il livello di istruzione più alto completato varia significativamente. Il 59% dei partecipanti ha terminato la scuola secondaria di secondo grado (superiore), il 22% ha completato la scuola media e il 15% possiede una laurea triennale. Solo il 2% ha completato un master, l'1% un dottorato di ricerca e un altro 1% una laurea magistrale.

Per quanto riguarda la situazione professionale, il 44% dei partecipanti è attualmente studente, il 25% lavora a tempo pieno e il 13% lavora part-time. Alcuni sono sia studenti che lavorano (13%), mentre pochi sono disoccupati (2,6%) o appartengono ad altre categorie professionali (2,4%).

Riguardo alla vita sentimentale, il 71% dei partecipanti non è attualmente in una relazione romantica, mentre il 29% lo è. La grande maggioranza (96%) non ha figli, con solo il 4% dei partecipanti che è genitore.

Dal punto di vista della salute, il 75% dei partecipanti non ha alcuna problematica fisica, mentre il 16% riporta condizioni come ipotiroidismo, gastrite cronica, artrite, cheratocono, asma e altre. Un piccolo gruppo (9%) ha preferito non specificare.

Infine, per quanto riguarda la salute psicologica, il 50% dei partecipanti ha dichiarato di non soffrire di alcuna problematica psicologica, mentre il 15% ha preferito non rispondere. Tuttavia, un significativo 35% dei partecipanti ha riportato di soffrire di problematiche psicologiche specifiche. Tra queste, la depressione è stata la condizione più comune, menzionata dal 16.7% dei partecipanti. Altri disturbi frequenti includono attacchi di panico (11.1%), ansia (11.1%), ipocondria (5.6%), dissociazione (5.6%) e pensieri ossessivi (5.6%). Ulteriori disturbi riportati comprendono disregolazione emotiva, disturbo borderline di personalità, ADHD, bipolarismo e disturbi dello spettro autistico, segnalati da singoli partecipanti.

Per quanto riguarda il percorso di affermazione di genere, alla domanda "Hai intrapreso una terapia ormonale?", il 68% dei partecipanti ha risposto di sì, mentre il 32% ha risposto di no.

*Tabella 3: frequenze e percentuali della durata della terapia ormonale tra i partecipanti*

Intervallo di Tempo	n	%
Meno di 1 mese	3	11
Tra 1 e 3 mesi	4	14
Tra 3 mesi e 1 anno	7	25
Tra 1 e 3 anni	13	46
Più di 3 anni	1	4

Il 90% dei partecipanti ha dichiarato di non aver effettuato interventi di chirurgia affermativa (es. mastectomia), mentre il 10% ha risposto di averli effettuati. Solo il 10% dei partecipanti ha effettuato altri interventi di chirurgia come mastoplastica additiva, mentre il 90% no.

*Tabella 4: frequenze e percentuali delle fasi attuali del trattamento tra i partecipanti*

Fase attuale del trattamento	n	%
Chirurgia affermativa	7	9.8
Nessun intervento medico	25	35
Ormoni cross-sex	38	54
Bloccanti ormonali	1	1,2

La maggior parte dei partecipanti (80%) ha intrapreso una transizione sociale, mentre il 20% non lo ha fatto.

*Tabella 5: frequenze e percentuali delle età in cui i partecipanti hanno fatto la transizione sociale*

Fascia d'età	n	%
Prima dei 15 anni	3	7
Tra 15 e 17 anni	10	23
Tra 17 e 20 anni	10	23
Tra 20 e 25 anni	9	21
Dopo i 25 anni	11	26

*Tabella 6: frequenze e percentuali delle età in cui i partecipanti hanno iniziato a farsi domande sulla propria identità di genere.*

Fascia d'età	n	%
Prima dei 5 anni	3	4.6
Tra 5 e 10 anni	7	11
Tra 10 e 15 anni	25	39
Tra 15 e 20 anni	27	42
Dopo i 20 anni	2	3.4

*Tabella 7: statistiche descrittive per la disforia di genere (UGDS) e il distress psicologico (K10)*

Variabile	M	Deviazione Standard
Disforia di genere	4.16 (cut-off >3)	.702
Distress psicologico	27.0 (cut-off >30)	11.2

*Tabella 8: statistiche descrittive per l'attaccamento*

Variabile	M	Deviazione Standard
Attaccamento sicuro	13.7	4.21
Attaccamento ansioso	15	4.44
Attaccamento distanziante	14.5	4.18

*Tabella 9: statistiche descrittive per la regolazione emotiva*

Variabile	M	Deviazione Standard
Consapevolezza emotiva	7.49	3.23
Chiarezza emotiva	7.57	3.79
Comportamento diretto all'obiettivo	9.93	4.04
Controllo degli impulsi	6.20	3.44
Non accettazione	8.26	3.83

Strategie di regolazione delle emozioni	8.35	3.38
Disregolazione emotiva	49.6	14.0

---

*Tabella 10: statistiche descrittive per la gmsr*

Variabile	M	Deviazione Standard
Punteggio D	1,62	1.30
Punteggio R	2.08	1.73
Punteggio V	2.62	1.62
Punteggio NA	11.6	8.21
Punteggio IT	13.8	8.04
Punteggio P	16.2	7.81
Punteggio NE	19.0	6.86
Punteggio ND	12.0	5.62
Punteggio CC	12.6	4.64

---

#### **4.2 Analisi correlazionali**

Sono state condotte delle correlazioni bivariate sulle variabili di interesse.

Tabella 11: matrice di correlazione tra età, distress psicologico e disforia di genere

Variabile	Età	Distress Psicologico	Disforia di genere
Età	—		
Distress Psicologico	-.292**	—	
Disforia di genere	-.180	.211*	—

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

Inoltre, la disforia di genere ha mostrato una correlazione significativa con il punteggio R ( $r = .21, p = .048$ ), con il punteggio IT ( $r = .21, p = .048$ ) e con il punteggio ND ( $r = .39, p < .001$ ). Per quanto riguarda il distress psicologico, esso correlava con il punteggio D ( $r = .23, p < .05$ ), il punteggio R ( $r = .33, p < .01$ ), il punteggio IT ( $r = .38, p < .001$ ), il punteggio NE ( $r = -.29, p < .01$ ) ( $r = .48, p < .001$ ), e il punteggio ND ( $r = .35, p < .001$ ). Infine, per quanto riguarda la regolazione emotiva, essa correlava con il punteggio D ( $r = .30, p = .005$ ), con il punteggio R ( $r = .27, p = .012$ ), con il punteggio IT ( $r = .26, p = .016$ ), con il punteggio P ( $r = -.326, p = .002$ ), con il punteggio NE ( $r = .335, p = .001$ ) e con il punteggio ND ( $r = .330, p = .002$ ).

Inoltre, due t-test hanno mostrato che l'essere in terapia ormonale o meno non era associata né con la disforia,  $t(70) = -0.704, p = .484, d = -0.178$  né con il distress psicologico,  $t(70) = 0.417, p = .678, d = -0.105$ .

Tabella 12: matrice di correlazione tra distress psicologico, attaccamento insicuro e regolazione emotiva

Variabile	Distress Psicologico	Attaccamento ansioso	Attaccamento distanziante	Regolazione emotiva
Distress Psicologico	—			
Attaccamento ansioso	0.582***	—		
Attaccamento distanziante	0.498***	0.695***	—	
Regolazione emotiva	0.658***	0.352***	0.105	—

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

#### Differenze tra gruppi

Per quanto riguarda le differenze di sesso assegnato alla nascita, una serie di  $t$ -test hanno mostrato una differenza statisticamente significativa solo per il punteggio D,  $t(89) = 4.487$ ,  $p < .001$ , Cohen's  $d = 0.97$ , e per il punteggio V,  $t(89) = -2.089$ ,  $p < .05$ , Cohen's  $d = -0.45$ . In particolare, il sesso femminile ( $M = 2.05$ ,  $DS = 1.18$ ) ha mostrato una media più alta di quello maschile ( $M = 0.91$ ,  $DS = 1.17$ ) per il punteggio D, ma più bassa per il punteggio V (Femmine,  $M = 2.34$ ,  $DS = 1.33$ , Maschi,  $M = 3.06$ ,  $SD = 1.96$ ). Tutte le altre  $t$  sono risultate  $< |1.856|$ ,  $p > .067$ .

In merito alle differenze dovute all'aver o meno iniziato una terapia ormonale, una serie di  $t$ -test hanno mostrato che nessuna differenza era statisticamente significativa (tutte le  $t < |1.953|$ , tutte le  $p > .055$ ).

Successivamente, sono state condotte una serie di ANOVA con l'identificazione di genere come indipendente (donna transgender, uomo transgender, altro) e la disforia, il distress psicologico e le scale discriminazione (D), rifiuto (R), vittimizzazione (V), mancata affermazione dell'identità di genere (NA), transfobia interiorizzata (IT), aspettative negative per gli eventi futuri (NE), non disvelamento (ND), pride (P) e connessione alla comunità (CC), come variabili dipendenti. Le analisi hanno mostrato un effetto significativo solo per il punteggio D,  $F(2, 88) = 8.367, p < .001$ , per il punteggio R,  $F(2, 88) = 3.509, p < .05$ , ed il punteggio ND,  $F(2, 90) = 4.332, p < .05$  (tutte le altre  $F < 2.613, p > .079$ ). Dei post-hoc con correzione di Tukey hanno mostrato che le donne transgender avevano punteggi più bassi degli uomini transgender su tutte e tre le variabili.

Tabella 13: ANOVA sulle dimensioni della scala gmsr

	Donna Transgender N=31	Uomo Transgender N=49	Altro N=11
	M(DS)	M(DS)	M(DS)
Punteggio D	0.903(1.136)	2.020(1.233)	1.818(1.250)
Punteggio R	1.710(1.596)	2.041(1.485)	3.273(2.611)
Punteggio ND	9.781(5.906)	13.408(4.991)	12.250(5.848)

### 4.3 Test delle ipotesi

Per esaminare le relazioni tra le variabili di interesse al fine di testare le ipotesi uno e due, è stata condotta un'analisi di correlazione di Pearson. I risultati sono presentati nella Tabella 14.

*Tabella 14: matrice di correlazione tra attaccamento insicuro, transfobia interiorizzata e distress psicologico*

Variabile	Punteggio Transfobia interiorizzata	Distress Psicologico	Attaccamento ansioso	Attaccamento Distanziante
Punteggio Transfobia interiorizzata	—			
Distress Psicologico	.375***	—		
Attaccamento Ansioso	.312**	.582***	—	
Attaccamento Distanziante	.173	.498***	.695***	—

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

I risultati mostrano correlazioni significative tra diverse variabili. La transfobia interiorizzata è positivamente correlata con il Distress Psicologico ( $r = .375, p < .001$ ) e l'Attaccamento Ansioso ( $r = .312, p < .01$ ), ma non presenta una correlazione significativa con l'Attaccamento Distanziante ( $r = .173, p = .051$ ). Il Distress

Psicologico mostra correlazioni positive significative sia con l'Attaccamento Ansioso ( $r = .582, p < .001$ ) che con l'Attaccamento Distanziante ( $r = .498, p < .001$ ). Infine, l'Attaccamento Ansioso e l'Attaccamento Distanziante presentano una forte correlazione positiva tra loro ( $r = .695, p < .001$ ).

Infine, al fine di testare la terza ipotesi, è stata condotta una regressione lineare con il distress psicologico come variabile dipendente e con la disforia, i punteggi D, R,, IT, NE, ND, la disregolazione emotiva e l'attaccamento ansioso come predittori. Inoltre, spiega circa il 52% della varianza,  $F(8,79) = 10,8 p < .001$ . Di tutte le variabili inserite nel modello, solo la disregolazione emotiva era significativamente associata al distress psicologico. Nello specifico, ad un aumento della disregolazione emotiva corrispondeva un aumento nel distress psicologico ( $B = 0.33, p < .001$ ).

*Tabella 15: modello di regressione*

Predittori	Stima	ES	<i>t</i>	<i>p</i>
Intercetta	-4.0786	7.2960	-0.559	0.578
Disforia di genere	0.4217	1.4431	0.292	0.771
Punteggio D	1.0387	0.6578	1.579	0.118
Punteggio R	0.6774	0.5013	1.351	0.180
Punteggio IT	0.2051	0.1097	1.869	0.065
Punteggio NE	0.1048	0.1564	0.670	0.756
Punteggio ND	-0.0576	0.1847	-0.312	0.756
Regolazione Emotiva	0.3399	0.0664	5.117	< .001
Attaccamento ansioso	0.4058	0.2762	1.469	0.146

## CAPITOLO QUINTO: DISCUSSIONE

In questo capitolo verranno discussi i risultati ottenuti dall'analisi dei dati raccolti, verificando le ipotesi dello studio e confrontandoli con la letteratura esistente. Le tre ipotesi formulate nello studio sono state esaminate utilizzando analisi di correlazione e regressione, con l'obiettivo di comprendere meglio la relazione tra attaccamento insicuro, transfobia interiorizzata, distress psicologico in un campione di individui transgender e non-binary. Di seguito viene discussa ogni ipotesi nel dettaglio.

Il presente elaborato ha dimostrato che aspetti del gender minority stress, la stigmatizzazione e gli stili d'attaccamento hanno un impatto significativo sul distress psicologico, e, inoltre, ha messo in luce anche il ruolo della regolazione emotiva.

In primo luogo, è stata confermata la prima ipotesi, la quale sosteneva una correlazione positiva tra attaccamento insicuro e transfobia interiorizzata. In particolare, è risultato correlare in modo significativo uno stile d'attaccamento insicuro piuttosto che quello distanziante. Da questo risultato si evince che l'aver fatto esperienza di un ambiente di cura deficitario determini una maggiore possibilità di interiorizzare lo stigma, ovvero una maggiore propensione a sperimentare sentimenti negativi verso se stessi e la propria identità di genere. Questi sentimenti negativi possono essere, ad esempio, vergogna, disagio o addirittura repulsione, i quali possono portare ad un tentativo del bambino di nascondere la sua identità transgender (Amodeo et al., 2015).

Infatti, da uno studio di Amodeo e colleghi emerge che l'attaccamento insicuro rappresenti un fattore di rischio per la transfobia interiorizzata nelle persone TGD e che

gli stili d'attaccamento facciano la differenza nel determinare un'identità transgender positiva o negativa.

Tuttavia, in merito alla correlazione dello stile d'attaccamento distanziante non emergono risultati significativi, dunque, studi futuri potrebbero approfondire il suo ruolo nella popolazione TGD

Continuando ad analizzare gli effetti dell'attaccamento, le analisi condotte sulla seconda ipotesi hanno messo in luce una correlazione positiva tra l'attaccamento insicuro, sia ansioso che distanziante, e il distress psicologico. Dunque, le relazioni primarie interiorizzate sembrano avere un impatto sulla condizione di benessere psicologico delle persone TGD. Ciò risulta in linea con gli studi di Sroufe del 2005 che hanno definito le relazioni di attaccamento di scarsa qualità come un fattore di rischio per la psicopatologia più avanti nella vita. Inoltre, l'essere continuamente esposti ad atteggiamenti denigratori nei confronti della propria identità di genere può portare i bambini TGD ad organizzare la loro identità attorno a questa emozione negativa (Wallace e Russell, 2013).

Un bambino che mostra uno stile d'attaccamento ansioso si mostra molto diffidente nei confronti degli estranei, molto timido e tende ad evitare le relazioni sociali e si sente, in generale, più insicuro e vulnerabile. Tutto ciò determina una grande difficoltà nello stabilire relazioni e creare e mantenere l'intimità con gli altri, aspetto che influisce particolarmente sul benessere psicologico (Cussino et al., 2019).

In generale, possiamo affermare che la qualità delle relazioni dei bambini con le figure di attaccamento, la qualità dell'ambiente familiare e la presenza di eventi avversi

giocino un ruolo sul benessere psicologico delle persone TGD (Kozłowska et al., 2021).

Infine, è stato analizzato l'impatto che fattori come la disforia di genere, il gender minority stress, l'attaccamento e la regolazione emotiva hanno sul distress psicologico.

Dalle analisi di correlazione emerge che ogni costrutto preso in considerazione risulta avere un'influenza sul distress, ma dall'analisi di regressione si evince che soltanto la regolazione ha un impatto significativo sul distress psicologico, mentre l'effetto degli altri predittori risulta non statisticamente significativo.

Tuttavia, è ben noto l'impatto che la disforia di genere ha sul benessere psicologico. Infatti, sperimentare disforia determina un forte disagio nei confronti del proprio corpo e una combinazione di ansia e depressione (Coleman et al., 2022). Molte persone cercano, dunque, di allineare il loro corpo con la loro identità di genere, il che può includere cambiamenti sociali (come nome e pronome), medici (come terapie ormonali o interventi chirurgici) e legali (cambiamento di documenti), che a loro volta le espongono ad esperienze di discriminazione, stigmatizzazione e isolamento sociale, influenzando anche le relazioni familiari e amicali.

L'esposizione continua allo stigma determina una condizione di stress cronico che definiamo gender minority stress, il quale è spesso associato ad alti livelli di depressione e ansia (Lombardi, 2009). Inoltre, essere parte di una minoranza di genere può comportare stigma sociale, portando a isolamento e rifiuto da parte della comunità e favorendo, in questo modo, l'insorgere di disturbi psicologici e comportamenti disadattivi pericolosi (Rigobello e Gamba, 2016). Inoltre, le costanti microaggressioni

quotidiane possono accumularsi e contribuire al disagio psicologico (Strauss, 2020), sino a comportare problematiche come ansia, depressione e ideazione suicidaria (Perez-Brumera, 2015). Un altro aspetto da considerare è l'impatto delle esperienze negative, le quali possono portare a una visione negativa di sé e alla difficoltà ad accettare la propria identità, traducendosi in una interiorizzazione della transfobia, che ha a sua volta un impatto sulla salute mentale (Scandurra et al., 2017; Perez-Brumera, 2015). In particolar modo, la transfobia interiorizzata è caratterizzata da auto-colpa e bassa autostima derivanti da vittimizzazione, rifiuto e discriminazione legati al genere portando addirittura al disprezzo di sé (Bockting et. Al, 2020).

Ciò che può esacerbare lo stress e il malessere è l'assenza di reti di supporto e risorse adeguate, a partire dalle relazioni primarie interiorizzate. Secondo la teoria dell'attaccamento, le prime relazioni di cura sono fondamentali nella formazione del benessere psicologico e delle capacità relazionali di una persona (Cassidy, 2016), mentre relazioni di attaccamento di scarsa qualità rappresentano un fattore di rischio per la psicopatologia più avanti nella vita (Sroufe, 2005). Infatti, un attaccamento insicuro può portare a una bassa autostima, influenzando negativamente la percezione di sé e l'accettazione della propria identità di genere. Come dimostra uno studio di Wallace e Russell (2013), bambini che mostrano un comportamento cross-gender possono spesso essere denigrati dai coetanei e dai genitori e sono esposti al rischio di organizzare la loro identità attorno a questa emozione negativa. La percezione dell'accettabilità del bambino può essere difficile a causa di questo particolare problema di vulnerabilità per quanto riguarda la stigmatizzazione, e la relazione di attaccamento può essere stabilita intorno alla vergogna (Wallace e Rusell, 2013).

Purtroppo, la maggior parte delle evidenze scientifiche riporta un'incidenza maggiore di uno stile d'attaccamento insicuro nella popolazione TGD (Allen et al., 1996; West et al., 2001; Steele et al., 2003; Agrawal et al., 2004; Stovall-McClough e Cloitre, 2006; Harari et al., 2007; Ivarsson, 2008; Farina et al., 2014; Murphy et al., 2014). Inoltre, le persone con attaccamento insicuro possono avere difficoltà a instaurare e mantenere relazioni sane (Cussino et Al., 2019). Questo può complicare ulteriormente le dinamiche relazionali, specialmente in contesti già sfidanti come quelli a cui facciamo riferimento. Per giunta, l'insicurezza nelle relazioni può aumentare i livelli di stress e ansia, che sono già elevati per molte persone TGD a causa di discriminazione e stigma sociale.

Da quanto si evince, risulta evidente l'impatto che tutti questi fattori abbiano sul distress psicologico, eppure i risultati mettono in luce il ruolo significativo della disregolazione emotiva.

Questo risultato risulta in linea con la letteratura esistente, secondo la quale la difficoltà o l'incapacità di regolare le proprie emozioni risulta collegata a una varietà di esiti negativi sulla salute mentale, tra cui depressione e ansia (Aldao, 2010). Inoltre, competenze di regolazione emotiva scarsamente sviluppate e l'uso di strategie che prolungano o amplificano gli effetti negativi rappresentano un rischio significativo per lo sviluppo e il mantenimento della malattia mentale (d'Acremont & Van der Linden, 2007).

Questo ruolo di spicco della regolazione emotiva potrebbe essere spiegato, in parte, da studi che hanno approfondito il ruolo del gender minority stress, rivelando che l'alta incidenza di disturbi d'ansia e depressione in questa popolazione è spesso legata

all'incapacità di gestire efficacemente lo stress emotivo causato dalle esperienze di discriminazione (Hendricks & Testa, 2012).

Dunque, i vari aspetti del gender minority stress impatterebbero a loro volta sulle capacità di regolazione emotiva, indi per cui persone con maggiore stress cronico sperimenterebbero maggiore disregolazione emotiva e di conseguenza una peggiore condizione di benessere psicologico.

Tuttavia, ciò non spiega l'effetto non statisticamente significativo degli altri predittori nell'analisi di regressione, il che potrebbe anche essere determinato dal campione insufficiente dello studio. Studi futuri potrebbero ripetere la ricerca con un campione più ampio e significativo e indagare maggiormente il ruolo della regolazione emotiva.

## **5.1 Conclusioni**

Il presente elaborato ha dimostrato che aspetti del gender minority stress, la stigmatizzazione e gli stili d'attaccamento hanno un impatto significativo sul distress psicologico, e, inoltre, ha messo in luce anche il ruolo della regolazione emotiva.

La ricerca ha evidenziato che uno stile di attaccamento ansioso influisce negativamente sulla salute mentale. In particolar modo, si è visto come vi sia una tendenza maggiore ad interiorizzare lo stigma, determinando una maggiore transfobia interiorizzata. Tuttavia, dai risultati è emersa anche la necessità di indagare maggiormente il rapporto tra attaccamento distanziante e transfobia interiorizzata.

Inoltre, risulta evidente anche un importante impatto delle relazioni di attaccamento insicuro sul distress psicologico. Come si evince dalla letteratura, fare esperienza di relazioni d'attaccamento di scarsa qualità rappresenta un fattore di rischio

per la psicopatologia, determina una grande difficoltà nello stabilire relazioni e creare e mantenere l'intimità con gli altri, e, inoltre, l'essere continuamente esposti ad atteggiamenti denigratori nei confronti della propria identità di genere può portare i bambini TGD ad organizzare la loro identità attorno a questa emozione negativa.

I risultati di questa ricerca confermano l'importanza di approfondire ulteriormente lo studio delle interazioni tra stili di attaccamento e benessere psicologico nelle persone TGD.

Tuttavia, analizzando l'impatto che fattori come la disforia di genere, il gender minority stress, l'attaccamento insicuro e la regolazione emotiva hanno sul distress psicologico, quest'ultima si è dimostrata avere un ruolo di spicco.

Dai risultati emersi, si evince la necessità di ulteriori studi che approfondiscano il ruolo della regolazione emotiva.

In conclusione, i risultati di questo studio confermano l'importanza di continuare a condurre ricerche sul benessere psicologico delle persone TGD per favorire lo sviluppo di interventi mirati ed efficaci e la promozione di un ambiente più inclusivo e accogliente per tutte le persone.

## Bibliografia

- Di Ceglie, D., & Thümmel, E. (2006). An Experience of Group Work with Parents of Children and Adolescents with Gender Identity Disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11, 387–396. doi:<https://doi.org/10.1177/1359104506064983>
- (APA) American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Raffaello Cortina.
- Agrawal, H., Gunderson, J., Holmes, B. M., & Lyons-Ruth, K. (2004). Attachment Studies with Borderline Patients: A Review. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(2), 94-104. doi:10.1080/10673220490447218
- Ainsworth, M. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*, 30(2), 217-237. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Allen, J., Hauser, S., & Borman-Spurrell, E. (1996). Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology: an 11-year follow-up study. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 64, p. 254–263. doi:<https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.2.254>
- Amodeo, A., & Scandurra, C. (2014). Stigma anti-transgender: Una potente barriera all'accesso di risorse. In *Transformare le pratiche nelle organizzazioni di lavoro e di pensiero* (p. 179-187). Napoli: Editoriale Scientifica.
- Amodeo, A., Vitelli, R., Scandurra, C., Picariello, S., & Valerio, P. (2015). Adult Attachment and Transgender Identity in the. *International Journal of Transgenderism*, 16:49–61. doi: 10.1080/15532739.2015.1022680
- Babenko, O., Kovalchuk, I., & Metz, G. A. (2015). Stress-induced perinatal and transgenerational epigenetic programming of brain development and mental health. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 48, 70–91. doi:<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.11.013>
- Baiocco, R. (2019). *Rosa, azzuro, arcobaleno. Identità di genere e orientamento sessuale*. Roma: GEDI gruppo editoriale.
- Benjamin, J. (1996). *Soggetti d'amore*. Milano: Soggetti D'amore.
- Benjamin, H. (1968). *Il fenomeno transessuale*. Roma: Astrolabio Ubaldini.

- Birkenfeld, A., & Andrea, S. (2000, April). Quality of attachment in young boys with gender identity disorder: A comparison to clinic and nonreferred control boys. *Dissertation Abstracts International*, 60(10-B), 5219.
- Bockting, W. O., H. Miner, M., Swinburne Romine, R., Dolezal, C., Robinson, B., Rosser, B., & Coleman, E. (2020). The Transgender Identity Survey: A Measure of Internalized Transphobia. *LGBT Health*, 7(1), 15-27. doi:10.1089/lgbt.2018.0265
- Bockting, W., Miner, M., Swinburne Romine, R., Hamilton, A., & Coleman, E. (2013). Stigma, mental health. *Am J Public Health*, 103, 943-951.
- Bowlby, J., Institute of Psycho-analysis, & British Psycho-Analytical Society. (1969-1980). *Attachment and loss / by John Bowlby*. London: Hogarth Press ; Institute of Psycho-Analysis.
- Butler, J. (1989). *Scambi di genere. Identità, sesso e desiderio*. Firenze: Sansoni.
- Carroll, L., Gilroy, P. J., & Ryan, J. (2002). Counseling Transgendered, Transsexual, and Gender-Variant Clients. *Journal of Counseling & Development*, 80(2), 131-139. doi:https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2002.tb00175.x
- Cassidy, J. (2016). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3 ed.). (P. R. Shaver, A cura di) Rough Guides.
- Chiland, C. (1997). *Charger de sex*. Paris: Odile Jacob.
- Cicero, E. C., & Wesp, L. M. (2017). Supporting the Health and Well-Being of Transgender Students. *J Sch Nurs*, 33(2), 95-108. doi:https://doi.org/10.1177/1059840516689705
- Colizzi, M., Costa, R., Pace, V., & Todarello, O. (2013, December 1). Hormonal Treatment Reduces Psychobiological Distress in Gender Identity Disorder, Independently of the Attachment Style. *The Journal of Sexual Medicine*, 10, p. 3049–3058. doi:https://doi.org/10.1111/jsm.12155
- Cook, C. (1999). Paternal Contributions to the Etiology of Gender Identity Disorder: A Study of Attachment, Affect Regulation, and Gender Conflict.
- Cooper, P. J., Pauletti, R. E., Tobin, D. D., Menon, M., Menon, M., Spatta, B. C., . . . Perry, D. G. (2023, August 1). Mother-Child Attachment and Gender Identity in Preadolescence. *Sex Roles*, 69, 618–631. doi:10.1007/s11199-013-0310-3
- Crowell, J., & Hauser, S. (2008). AAls in a high-risk sample: stability and relation to functioning from adolescence to 39 years. In H. Steele, & M. Steele, *Clinical*

- Applications of the Adult Attachment Interview* (p. 341–370). New York, NY: Guilford Press.
- Cussino, M., Crespi, C., Mineccia, V., Molo, M., Motta, G., & Veglia, F. (2017). Sociodemographic characteristics and traumatic experiences in an Italian transgender sample. *International Journal of Transgenderism*, *18*(2), 215-226. doi:<https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1268082>
- Cussino, M., Crespi, C., Mineccia, V., Molo, M., Motta, G., & Veglia, F. (2019). State of mind of attachment and reflective function in an Italian transsexual sample. *European Journal of Trauma & Dissociation*, *5*(4). doi:<https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.05.001>
- D'augelli, A. R. (2002). Mental Health Problems among Lesbian, Gay, and Bisexual Youths Ages 14 to 21. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *7*(3). doi:<https://doi.org/10.1177/1359104502007003010>
- d'Acremont, M., & Var Den Linden, M. (2007). How is impulsivity related to depression in adolescence? Evidence from a French validation of the cognitive emotion regulation questionnaire. *J Adolesc*, *30*(2), 271-282. doi:<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2006.02.007>
- DeKlyen, M., & Greenberg, M. T. (2016). Attachment and psychopathology in childhood. In J. Cassidy, & P. R. Shaver, *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed., p. 637-665). New York, NY, US: The Guilford Press.
- Di Gregorio, L. (2019). *Oltre il corpo. La condizione transgender e transessuale nella società contemporanea*. Milano: FrancoAngeli.
- Dudley, K. J., Li, X., Kobor, M. S., Kippin, T. E., & Bredy, T. W. (2011). Epigenetic mechanisms mediating vulnerability and resilience to psychiatric disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *35*(7), 1544–1551. doi:<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.12.016>
- E. Coleman, A. E.-B. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, S1-S259. doi:<https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
- Farina, B., Speranza, A. M., Dittoni, S., Gnani, V., Trentini, C., Vergano, C. M., . . . Della Marca, G. (2014). Memories of attachment hamper EEG cortical connectivity in dissociative patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *264*, p. 449–458. doi:<https://doi.org/10.1007/s00406-013-0461-9>

- Ferenczi, S. (1914). *L'omoerotismo: nostalgia dell'omosessualità maschile* (Vol. 2). Milano: Raffaello Cortina.
- Freud, S. (1920). *Psicogenesi di un caso di omosessualità femminile* (Vol. 9). Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (s.d.). *Tre saggi sulla teoria sessuale* (Vol. 4). Torino: Bollati Boringhieri.
- Giovanardi, G., Vitelli, R., Vergano, C. M., Fortunato, A., Chianura, L., Lingiardi, V., & Speranza, A. (2018, February 1). Attachment Patterns and Complex Trauma in a Sample of Adults Diagnosed with Gender Dysphoria. *Frontiers in Psychology*. doi:10.3389/fpsyg.2018.00060
- Goffman, E. (1963). *Stigma. L'identità negata*. Verona: Ombre Corte.
- Goodenow, C., Szalacha, L., & Westheimer, K. (2006). School support groups, other school factors, and the safety of sexual minority adolescents. *Psychology in the Schools*. doi:https://doi.org/10.1002/pits.20173
- Grant, J., Mottet, L., Tanis, J., Harrison, J., Herman, J., & Keisling, M. (2011). Injustice at every turn: a Report of the National Transgender Discrimination Survey. *National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force*.
- Gratz, K., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. doi:https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94
- Hanlon, P., McCallum, M., & Mai, F. S. (2020). Association between childhood maltreatment and the prevalence and complexity of multimorbidity: A cross-sectional analysis of 157,357 UK Biobank participants. *Journal of Multimorbidity and Comorbidity*. doi:https://doi.org/10.1177/2235042X10944344
- Harari, D., Bakermans-Kranenburg, M., & van Ijzendoorn, M. (2006). Attachment, disorganisation and dissociation. In E. Vermetten, M. Dorahy, & D. Spiegel, *Traumatic Dissociation: Neurobiology and Treatment* (p. 31-54). Arlington, VA: American Psychiatric Press.
- Hatzenbuehler, M., & Link, B. (2014). Structural stigma and the health of lesbian, gay, and bisexual populations. *Curr Dir Psychol Sci*, 23, 127-132.

- Hatzenbuehler, M. (2009). How does sexual minority stigma "get under the skin"? A psychological mediation framework. *Psychol Bull*, 135(5), 707-730.  
doi:<https://doi.org/10.1037/a0016441>
- Hatzenbuehler, M., Bellatorre, A., Lee, Y., Finch, B., Muennig, P., & Fiscella, K. (2014). Structural stigma and all-cause mortality in sexual minority populations. *Soc Sci Med*, 103, 33-41.
- Hendricks, M., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 460-467.  
doi:<https://doi.org/10.1037/a0029597>
- Hill, D. (2003). Genderism, transphobia, and gender bashing: A framework for interpreting anti-transgender violence. In B. Wallace, & R. Carter, *Understanding and Dealing with Violence: A Multicultural Approach* (p. 113-137). California: SAGE Publications.
- Ivarsson, T. (2008). Obsessive-compulsive disorder in adolescence: an AAI perspective. In H. Steele, & M. Steele, *Clinical Applications of the Adult Attachment Interview* (p. 2013-235). New York, NY: Guilford.
- James, S. (2016). The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey. National Center for Transgender Equality. Tratto da <http://www.ustranssurvey.org/reports>
- Kozee, H., Bauerband, L., & Tylka, T. L. (2012). Measuring Transgender Individuals' Comfort With Gender Identity and Appearance Development and Validation of the Transgender Congruence Scale. *Psychology of Women Quarterly*, 36(2), 179-196.  
doi:<http://dx.doi.org/10.1177/0361684312442161>
- Kozłowska, K., Scher, S., & Helgeland, H. (2020). Functional Somatic Symptoms in Children and Adolescents: The Stress-System Approach to Assessment and Treatment.
- Lingiardi, V., Giovanardi, G., Fortunato, A., Nassisi, V., & Speranza, A. (2017). Personality and Attachment in Transsexual Adults. *Archives of Sexual Behavior*, 46, 1313–1323. doi:<https://doi.org/10.1007/s10508-017-0946-0>
- Lombardi, E. (2009). Varieties of transgender/transsexual lives and their relationship with transphobia. *J Homosex*, 56, 977-992.
- Lyons-Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S., & Atwood, G. (2003). Childhood experiences of trauma and loss have different relations to maternal unresolved and Hostile-

- Helpless states of mind on the AAI. *Attachment & Human Development*, 5(4), p. 330-352. doi:<https://doi.org/10.1080/14616730310001633410>
- Mayer, K. H., Bradford, J. B., Makadon, H. J., Stall, R., Goldhammer, H., & Landers, S. (2008, Jun). Sexual and gender minority health: what we know and what needs to be done. *Am J Public Health*, 98(6), 989-95. doi:<https://doi.org/10.2105/ajph.2007.127811>
- Meyer, I. H. (2003, September). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull*, 129(5), 674-697. doi:10.1037/0033-2909.129.5.674
- Mezzalana, S., Scandurra, C., Mezza, F., Miscioscia, M., Innamorati, M., & Bochicchio, V. (2022). Gender Felt Pressure, Affective Domains, and Mental Health Outcomes among Transgender and Gender Diverse (TGD) Children and Adolescents: A Systematic Review with Developmental and Clinical Implications. *Environmental Research and Public Health*, 20(1), 785. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph20010785>
- Mizock, L., & Lewis, T. K. (2008). Trauma in Transgender Populations: Risk, Resilience, and Clinical Care. *Journal of Emotional Abuse*, 8(3), 335-354.
- Murphy, A., Steele, M., Rishi Dube, S., Bate, J., Bonuck, K., Meissner, P., . . . Steele, H. (2014). Adverse Childhood Experiences (ACEs) Questionnaire and Adult Attachment Interview (AAI): Implications for parent child relationships. *Child Abuse & Neglect*, 38(2), p. 224-233. doi:<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.09.004>
- Nelson, C. A. (2013). Biological Embedding of Early Life Adversity. *JAMA Pediatr*, 167, 1098–1100. doi:<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.3768>
- Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *J Sex Res*, 47, 12-23.
- Oppenheimer, A. (1992). Il desiderio di cambiare sesso: una sfida per la psicoanalisi? In P. Valerio, M. Bottone, R. Galiani, R. Vitelli, & M. Bottone, *Il transessualismo. Saggi psicoanalitici*. Milano: Franco Angeli.
- Organization World Health. (2018). *ICD-11: International classification of diseases*.
- Ovesey, L., & Person, E. (1983). Psychoanalytic theories of gender identity. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 11(2), 203-226.

- Ovesey, L., & Person, E. (1974). La sindrome transessuale nel maschio. il transessualismo primario. In P. Valerio, Bottone M, R. Galiani, R. Vitelli, & P. Valerio, // *transessualismo. Saggi psicoanalitici*. Milano: Franco Angeli.
- Perez-Brumera, A., Hatzenbuehler, M., Oldenburg, C., & Bockting, W. (2015). Individual- and structural-level risk factors for suicide attempts among transgender adults. *Behav Med*, 41, 1-8.
- Perry, B. L., & Wright, E. R. (2006). The sexual partnerships of people with serious mental illness. *The Journal of Sex Research*, 43(2), 174-181.  
doi:<https://doi.org/10.1080/00224490609552312>
- Puckett, J. A., Maroney, M. R., Wadsworth, L. P., Mustanski, B., & Newcomb, M. E. (2020). Coping with discrimination: The insidious effects of gender minority stigma on depression and anxiety in transgender individuals. *J Clin Psychol*, 76(1), 176-194.  
doi:<https://doi.org/10.1002/jclp.22865>
- Quinodoz, D. (1998). A Fe/Male Transsexual Patient in Analysis. *Rivista italiana di gruppoanalisi*, 19(2).
- Quinodoz, D. (2002). Termination of a Fe/Male Transsexual Patient's Analysis: an example of general validity. *The International journal of psycho-analysis*, 83(4), p. 783-798.
- Reisner, S., White Hughto, J., Dunham, E., Heflin, K., Begenyi, J., Coffey-Esquivel, J., & Cahill, S. (2015). Legal protections in public accommodations settings: A critical public health issue for gender minority people. *Milbank Q*, 93, 484-515.
- Rigobello, L., & Gamba, F. (2016). *Disforia di genere in età evolutiva. Sostenere la ricerca dell'identità di genere nell'infanzia e nell'adolescenza*. Milano: Franco Angeli.
- Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R. M., & Sanchez, J. (2010). Family Rejection as a Predictor of Negative Health Outcomes in White and Latino Lesbian, Gay, and Bisexual Young Adults. *Pediatrics*, 123(1), 346–352. doi:<https://doi.org/10.1542/peds.2007-3524>
- Savin-Williams, R. (1989). Parental influences on the self-esteem of gay and lesbian youths: A reflected appraisals model. *Journal of Homosexuality*, 17(1-2), 93–109.  
doi:[https://psycnet.apa.org/doi/10.1300/J082v17n01\\_04](https://psycnet.apa.org/doi/10.1300/J082v17n01_04)
- Scandurra, C., Amodeo, A., Valerio, P., Bochicchio, V., & Frost, D. (2017). Minority stress, resilience, and mental health: A study of Italian transgender people. *J Soc Issues*, 73, 564-586.

- Scandurra, C., Bochicchio, V., Amodeo, A., & Valerio, P. (2018). Lo stigma anti-transgender da una prospettiva ecologico-sociale: effetti sulla salute psico-fisica e strategie di intervento. *Psichiatria e Psicoterapia*, 37(1), 78-96.
- Scandurra, C., Dolce, P., Vitelli, R., Bochicchio, V., Carava, C., Testa, R. J., & Balsam, K. F. (2020). The Italian validation of the gender minority stress and resilience measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 7(2), 208-221.  
doi:<https://doi.org/10.1037/sgd0000366>
- Schinaia, C. (2005). Figure del transessualismo in psicoanalisi. Cenni storici. *Rivista italiana di Gruppoanalisi*, 19(2), 1-26.
- Shonkoff, J. P. (2016). Capitalizing on Advances in Science to Reduce the Health Consequences of Early Childhood Adversity. *JAMA Pediatr*, 170(10), 1003-1007.  
doi:10.1001/jamapediatrics.2016.1559
- Specht, A., Gesing, J., Pfaeffle, R., Koerner, A., & Kiess, W. (2020). Symptome, Komorbiditäten und Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie. *Klin Padiatr*, 232(01), 5-12. doi:10.1055/a-1066-4625
- Sroufe, A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & Human Development*, 7(4), 349-367 .  
doi:<https://doi.org/10.1017/S0954579413000576>
- Sroufe, L. (2013). The promise of developmental psychopathology: Past and present. *Development and Psychopathology*, 25(4 Pt. 2), 1215–1224.  
doi:<https://doi.org/10.1017/S0954579413000576>
- Stalker, C., & Davies, F. (1995). Attachment Organization and Adaptation in Sexually-Abused Women. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 40, p. 234–240.  
doi:<https://doi.org/10.1177/070674379504000503>
- Steele, M., Jill, H., Jeanne, K., Hillman, S., & Henderson, K. (2003). Attachment representations and adoption: associations between maternal states of mind and emotion narratives in previously maltreated children. *Journal of Child Psychotherapy*, 29(2), 187-205.  
doi:<https://doi.org/10.1080/0075417031000138442>
- Stiles, J. (2008). Fundamentals of Brain Development.
- Stoller, R. (1968). *Sex and Gender: The development of masculinity and femininity*. New York: Science House.

- Stoller, R. (1968). *Sex and Gender: The development of masculinity and femininity*. New York: Science House.
- Stovall-McClough, K., & Cloitre, M. (2006). Unresolved attachment, PTSD, and dissociation in women with childhood abuse histories. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(2), 219-228. doi:<https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.2.219>
- Strauss, P., Cook, A., Winter, S., Watson, V., Toussaint, D., & Lin, A. (2020). Mental Health Issues and Complex Experiences of Abuse Among Trans and Gender Diverse Young People: Findings from Trans Pathways. *LGBT Health, 7*(3), 128–136. doi:<https://doi.org/10.1089/lgbt.2019.0232>
- Thompson, R. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 59*(2-3), 250-283. doi:<https://doi.org/10.2307/1166137>
- Tordoff, D. M., Wanta, J. W., Collin, A., Stepney, C., Inwards-Breland, D. J., & Ahrens, K. (2022). Mental Health Outcomes in Transgender and Nonbinary Youths Receiving Gender-Affirming Care. *JAMA Network Open, 5*(2). doi:[10.1001/jamanetworkopen.2022.0978](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.0978)
- Turban, J. L., & Ehrensaft, D. (2017). Research Review: Gender identity in youth: treatment paradigms and controversies. *J Child Psychol Psychiatr, 59*(12), 1228-1243. doi:<https://doi.org/10.1111/jcpp.12833>
- Turban, J. L., King, D., Carswell, J. M., & Keuroghlian, A. S. (2020). Pubertal Suppression for Transgender Youth and Risk of Suicidal Ideation. *PEDIATRICS, 145*(2). doi:<https://doi.org/10.1542/peds.2019-1725>
- Valerio, P., Scandurra, C., & Mezza, F. (2020). Transfobia e pressione sociale. *GenIUS, 80-98*.
- Vitelli, R., & Riccardi, E. (2010). Gender Identity Disorder and Attachment Theory: The Influence of the Patient's Internal Working Models on Psychotherapeutic Engagement and Objective. A Study Undertaken Using the Adult Attachment Interview. *International Journal of Transgenderism, 12*(4), 241–253. doi:<https://doi.org/10.1080/15532739.2010.551485>
- Wallace, R., & Russell, H. (2013). Attachment and Shame in Gender-Nonconforming Children and Their Families: Toward a Theoretical Framework for Evaluating Clinical Interventions. *International Journal of Transgenderism, 14*(3), 113–126. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2013.824845>

- West, M., Adam, K., Spreng, S., & Rose, S. (2001). Attachment disorganization and dissociative symptoms in clinically treated adolescents. In *J. Can., Psychiatry* (Vol. 46, p. 627–631). doi:10.1177/070674370104600707
- Westphal, C. (1986). Die Konträre Sexualempfindung. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 2.
- Winnicott, D. (1971). Gli elementi maschili e femminili scissi negli uomini e nelle donne. In *E. psicoanalitiche*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Winnicott, D. (1971). *Gioco e realtà*. Roma: Armando.

