



UNIVERSITA DEGLI STUDI DI PADOVA

SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di laurea in Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Psichiatria

Direttrice: Prof.ssa Angela Favaro

TESI DI LAUREA

**Immagine corporea e rischio di disturbo
dell'alimentazione nelle persone con incongruenza di
genere**

Relatore: **Prof. Paolo Meneguzzo**

Laureanda: **Arianna Bottacin**

Anno Accademico 2023-2024



UNIVERSITA DEGLI STUDI DI PADOVA

SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di laurea in Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Psichiatria

Direttrice: Prof.ssa Angela Favaro

TESI DI LAUREA

**Immagine corporea e rischio di disturbo
dell'alimentazione nelle persone con incongruenza di
genere**

Relatore: **Prof. Paolo Meneguzzo**

Laureanda: **Arianna Bottacin**

Anno Accademico 2023-2024

INDICE

<i>RIASSUNTO</i>	1
<i>1. INTRODUZIONE</i>	5
1.1 <i>Identità di genere</i>	5
1.2 <i>Disforia di genere secondo il DSM5</i>	6
1.2.1 <i>Differenze tra la definizione del DSM-5 e del ICD-11</i>	10
1.3 <i>Salute mentale nelle persone TGD</i>	13
1.3.1 <i>Modello del minority stress</i>	14
1.3.2 <i>Insoddisfazione legata al corpo</i>	16
1.3.3 <i>Disturbi del comportamento alimentare negli individui TGD</i>	17
1.3.3.1 <i>Modello del minority stress applicato ai DCA</i>	20
1.3.3.2 <i>Modello tripartito di influenza (TI)</i>	21
1.3.3.3 <i>Integrazione dei due modelli psicopatologici</i>	22
1.3.3.4 <i>Applicazioni cliniche</i>	23
1.4 <i>Obiettivi</i>	25
<i>2. METODI</i>	27
2.1 <i>Campione</i>	27
2.2 <i>Questionari</i>	27
<i>3. RISULTATI</i>	31
<i>4. DISCUSSIONE</i>	39
4.1 <i>Disturbi dell'alimentazione</i>	39
4.2 <i>Percezione corporea</i>	39
4.3 <i>Analisi di correlazione</i>	41
<i>5. LIMITI</i>	43
<i>6. CONCLUSIONI</i>	45
<i>7. Bibliografia</i>	46

RIASSUNTO

Introduzione ed obiettivi: la disforia di genere, o incongruenza di genere è la condizione per la quale una persona non si riconosce come appartenente al sesso ad essa assegnato alla nascita. A partire da questa definizione, nel tempo e grazie all'aumento dell'interesse da parte di studiosi e ricercatori, si sono poi create nuove terminologie che hanno portato all'identificazione di una popolazione TGD (Transgender e Gender Diverse), che coinvolge tutti gli individui che non adottano come proprio il sistema di genderismo binario in quanto non rappresentativo del loro vissuto. Nella società moderna la popolazione TGD rappresenta ancora una minoranza e l'appartenenza a questo gruppo si accompagna a discriminazioni e ostacoli che non fanno invece parte del vissuto delle persone cisgender. Il risultato di questo insieme di fattori di rischio aggiuntivi, derivanti dall'appartenenza ad un gruppo minoritario discriminato, ma anche al vissuto di non riconoscere il corpo come proprio, si traduce per la popolazione TGD in un aumento dell'incidenza di problematiche legate alla percezione di sé e all'alimentazione.

L'obiettivo di questo studio è proprio quello di analizzare il particolare quadro psicopatologico di individui TGD, anche in relazione al fatto che abbiano o meno iniziato una terapia ormonale di affermazione del genere esperito.

Materiali e metodi: lo studio è svolto su un campione proveniente dall'ambulatorio della disforia di genere dell'Università di Padova e utilizza dati ottenuti da questionari che vengono somministrati ai pazienti che arrivano all'attenzione del personale ambulatoriale, siano essi in terapia ormonale e in attesa di entrare in lista per la chirurgia di affermazione del genere o in procinto di iniziare la terapia ormonale sostitutiva. Il questionario analizza diverse scale, in questo studio sono state selezionate come maggiormente attinenti alle tematiche che si volevano approfondire la scala BUT, la FRS per la valutazione del BMI attuale, percepito e desiderato e il punteggio SCOFF per i disturbi alimentari.

Risultati: nel campione in studio, interamente composto da individui TGD, una maggioranza ha riportato un punteggio SCOFF positivo, indicativo di possibili

disturbi del comportamento alimentare. Nella valutazione dei parametri relativi alla preoccupazione riguardante l'aspetto fisico e la dispercezione corporea, inoltre, sono emerse differenze significative tra il campione in trattamento ormonale e quello privo di terapia farmacologica, interessanti da valutare in relazione all'effetto che la terapia può avere sulla percezione dell'individuo. Infine, studiando le correlazioni presenti tra le variabili in esame, sono emerse relazioni significative tra l'età del soggetto e il livello di preoccupazione corporea, espresso dal BUT. Altri valori che sono risultati come correlati tra loro sono la dispercezione corporea, il BMI del soggetto e l'insoddisfazione corporea.

Conclusioni: Questo studio ha fornito dati preliminari sul campione disponibile, creando le basi per futuri ampliamenti, inclusa la possibilità di uno studio longitudinale sul campione in trattamento. Le recenti scoperte sulle esperienze della popolazione transgender consentono una valutazione più precisa del paziente, tenendo conto del vissuto unico della popolazione TGD.

ABSTRACT

Introduction and objective: Gender dysphoria, or gender incongruence, is a condition for which an individual does not identify with the sex assigned to them at birth. From this definition, and with the growing interest from scholars and researchers, new terminologies have emerged, leading to the identification of the TGD (Transgender and Gender Diverse) population. This group includes all individuals who do not conform to the binary gender system, as it does not represent their lived experiences. In modern society, the TGD population still represents a minority, and belonging to this group is often accompanied by discrimination and challenges not faced by cisgender individuals. This combination of additional risk factors, resulting from belonging to a discriminated minority group and not recognizing one's body as one's own, leads to an increased incidence of issues related to self-perception and eating behaviors in the TGD population.

The aim of this study is to analyze the specific psychopathological profile of TGD individuals, particularly in relation to whether they have started gender-affirming hormone therapy or not.

Methods and materials: The study was conducted on a sample from the gender dysphoria clinic at the University of Padova, using data obtained from questionnaires administered to patients. These patients were either undergoing hormone therapy and awaiting gender-affirming surgery or about to begin hormone replacement therapy. The questionnaire evaluated various scales, with this study focusing on the Body Uneasiness Test (BUT), the Figure Rating Scale (FRS) for current, perceived, and desired BMI assessment, and the SCOFF questionnaire for eating disorders.

Results: In the study sample, composed entirely of TGD individuals, a majority reported a positive SCOFF score, indicating potential eating disorders. Significant differences emerged in the evaluation of parameters related to concern about physical appearance and body misperception between the group undergoing hormone therapy and the group not receiving pharmacological treatment. These

differences are noteworthy in relation to the impact hormone therapy can have on an individual's perception. Additionally, significant correlations were found between the subject's age and the level of body concern, as expressed by the BUT. Other correlated values included body misperception, the subject's BMI, and body dissatisfaction.

Conclusions: This study has provided preliminary data on the available sample, laying the groundwork for future expansions, including the possibility of a longitudinal study on the treatment sample. Recent findings on the experiences of the transgender population allow for a more accurate assessment of patients, considering the unique experiences of the TGD population.

1. INTRODUZIONE

1.1 Identità di genere

Il genere è definito come il ruolo pubblico e socioculturale assunto dalle differenze sessuali, ovvero dagli indicatori biologici di maschio e femmina considerati nel contesto della capacità riproduttiva (corredo cromosomico, genitali e connotati sessuali secondari). Il termine designa una serie di caratteristiche e di comportamenti che finiscono per essere associati ai maschi e alle femmine all'interno di una particolare società in un determinato momento storico.

Nel contesto della trattazione del costrutto sociale “genere”, è importante il concetto di genere assegnato alla nascita. Storicamente indicato come “sesso biologico”, indica il genere che viene attribuito alla persona al momento della sua nascita, ma comprende anche eventuali riassegnazioni di genere effettuate dopo la nascita, purché durante l'infanzia o la prima infanzia, solitamente nel contesto di condizioni intersessuali (es: sviluppo di genitali ambigui). (1)

L'identità di genere è, invece, una categoria di identità sociale e fa riferimento all'identificazione dell'individuo stesso come appartenente al genere femminile, maschile, ad una categoria intermedia che ammette fluidità tra i due, o ad una categoria interamente diversa, come ad esempio il genere neutro.

Negli ultimi anni in particolare, è emersa un'enorme variabilità di identità di genere che esulano dal rigido schema binario di maschio e femmina. Con lo sviluppo del dialogo riguardante il modello dualistico di maschio e femmina e la sua limitatezza, si sono andate a delineare numerose prospettive alternative per la comprensione del concetto di “identità di genere”. Nel 1970, Sandra Bem ha concettualizzato mascolinità e femminilità come due dimensioni indipendenti, che possono essere accolte e sviluppate contemporaneamente dallo stesso individuo, o rifiutate entrambe, a prescindere dal sesso biologico (2). Nonostante questo, il concetto e la possibilità di identificazione in un genere non-binario risulta essere relativamente recente. Una ricerca condotta il 15 novembre 2023 nei principali database, utilizzando i termini “nonbinary” nel titolo e “gender” nell'astratto, ha dato come risultati solamente due pubblicazioni prima del 2010 e un marcato aumento delle pubblicazioni dal 2015 (n=5) al 2020 (n=120), e poi fino alla fine del

2022 (n=282), riflettendo un recentissimo aumento di interesse in queste tematiche da parte della comunità scientifica (3).

L'identità di genere può essere considerata come espressione fisiologica della variabilità neurobiologica presente negli individui (4). Già nel 1952, Jhon Money presentò per la prima volta il concetto secondo il quale l'identità e il ruolo di genere di ogni individuo prenderebbero forma a partire dall'esperienza individuale di avere organi riproduttivi maschili o femminili unita alla modalità in cui esso stesso verrebbe cresciuto dai propri genitori, o chi per essi, in allineamento con tali caratteristiche sessuali (5). Secondo il DSM 5, allo sviluppo del genere contribuiscono fattori biologici, sociali e psicologici.

Nei primi anni duemila, le nuove frontiere di ricerca riguardanti l'epigenetica e l'interconnessione tra la mente e il corpo, hanno messo in crisi la precedente teoria che vedeva l'identità di genere formata prevalentemente a partire dai fattori ambientali. (5,6).

Diversi ricercatori hanno evidenziato la significativa diversità intrinseca nel sesso biologico, come dimostrato da individui che hanno ricevuto diagnosi intersex (4,7–9). Comprendere l'identità di genere come una variazione neurobiologica pone nuove domande, come ha implicitamente suggerito Ann Fausto-Sterling nel titolo di uno dei suoi articoli: *Genere/Sesso, Orientamento Sessuale e Identità Sono nel Corpo: Come ci sono arrivati* (10)? Non conosciamo ancora la risposta definitiva, ma è stato suggerito che ci siano aspetti dell'identificazione di genere che possono essere basati nel nostro genoma (11). Anche la ricerca neurobiologica ha indicato la stessa conclusione, suggerendo che invece di essere semplicemente spostate verso uno dei due estremi dello spettro maschio-femmina, le persone transgender sembrano presentare il proprio fenotipo cerebrale unico (12–14).

1.2 Disforia di genere secondo il DSM5

Il manuale diagnostico e statistico dei disturbi alimentari definisce la disforia di genere, come termine descrittivo generale, come la “sofferenza che può accompagnare l'incongruenza tra il proprio genere esperito o espresso e il genere assegnato”, che assume specificità maggiore quando utilizzato con significato diagnostico. In altre parole, la disforia di genere esprime una sofferenza intrinseca

legata all'incongruenza tra identità di genere e genere assegnato alla nascita, essendo quest'ultimo basato esclusivamente sul sesso biologico; la sofferenza a cui ci si riferisce, però, non deve essere legata allo stigma presente nella società e rappresentante una fonte di sofferenza differente che sarà approfondito nel paragrafo 1.3.

In relazione a questo concetto gli individui vengono descritti come Transgender, nel caso in cui la loro identità di genere differisca dall'identità assegnata loro alla nascita, Cisgender nel caso in cui queste invece combacino.

Il DSM5 indica che, sulla base di popolazioni che ricercano trattamenti per l'affermazione di genere, la prevalenza della diagnosi di disforia di genere è inferiore a 1 su 1000, e non varia tra individui assegnati alla nascita il genere maschile o femminile.

Nel DSM5 i criteri diagnostici per la disforia di genere si dividono in criteri riferiti a bambini e criteri riferiti a adolescenti e adulti.

Disforia di genere nei bambini

- A. Una marcata incongruenza tra il genere esperito/espresso da un individuo e il genere assegnato, della durata di almeno 6 mesi, che si manifesta attraverso almeno sei dei seguenti criteri (di cui uno deve necessariamente essere il criterio A1):
1. Un forte desiderio di appartenere al genere opposto o insistenza sul fatto di appartenere al genere opposto (o un genere alternativo diverso dal genere assegnato).
 2. Nei bambini (genere assegnato), una forte preferenza per il travestimento con abbigliamento tipico del genere opposto o per la simulazione dell'abbigliamento femminile; nelle bambine (genere assegnato), una forte preferenza per l'indossare esclusivamente abbigliamento tipicamente maschile e una forte resistenza a 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 o attività stereotipicamente utilizzati o praticati dal genere opposto.
 5. Una forte preferenza per compagni di gioco del genere opposto.
 6. nei bambini (genere assegnato), un forte rifiuto per giocattoli, giochi e attività tipicamente maschili, e un forte evitamento dei giochi in cui ci si azzuffa; nelle bambine (genere assegnato), 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.
- B. La condizione è associata a sofferenza clinicamente significativa o a compromissione del funzionamento in ambito sociale, scolastico o in altre aree importanti.
-

Specificare se:

- Con un disturbo/diversità dello sviluppo sessuale (per es., E25.0 un disturbo adrenogenitale congenito come iperplasia surrenale congenita oppure E34.50 sindrome da insensibilità agli androgeni).
- Nota di codifica: codificare sia il disturbo/diversità dello sviluppo sessuale sia la disforia di genere.

Disforia di genere negli adolescenti e negli adulti

- A. Una marcata incongruenza tra il genere esperito/espresso da un individuo e il genere assegnato, della durata di almeno 6 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 (oppure, in giovani adolescenti, le caratteristiche secondarie attese).
 2. Un forte desiderio di liberarsi delle proprie caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie a causa di una marcata incongruenza con il genere esperito/espresso di un individuo (oppure, nei giovani adolescenti, un desiderio di impedire lo sviluppo delle caratteristiche sessuali secondarie attese).
-

-
3. Un forte desiderio per le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie del genere opposto.
 4. Un forte desiderio di appartenere al genere opposto (o un genere alternativo diverso dal genere assegnato).
 5. Un forte desiderio di essere trattato come appartenente al genere opposto (o un genere alternativo diverso dal genere assegnato).
 6. Una forte convinzione di avere i sentimenti e le reazioni tipici del genere opposto (o un genere alternativo diverso dal genere assegnato).
- B. La condizione è associata a sofferenza clinicamente significativa o a compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.
-

Specificare se:

- Con un disturbo/diversità dello sviluppo sessuale (per es., un disturbo adrenogenitale congenito come iperplasia surrenale congenita E25.0 oppure sindrome da insensibilità agli androgeni E34.50).
- Nota di codifica: codificare sia il disturbo/diversità dello sviluppo sessuale sia la disforia di genere.

Specificare se:

- Post transizione: L'individuo è passato a vivere a tempo pieno il genere esperito (con o senza riconoscimento legale del cambiamento di genere) e si è sottoposto (oppure si sta preparando a sottoporsi) ad almeno una procedura medica per l'affermazione di genere o a un protocollo di trattamento, vale a dire un regolare trattamento con ormoni per l'affermazione di genere o un intervento chirurgico di riassegnazione del genere in accordo al genere esperito (per es., chirurgia di ingrandimento del seno e/o vulvovaginoplastica in un individuo assegnato alla nascita al genere maschile; chirurgia toracica transmaschile e/o falloplastica o metoidioplastica in un individuo assegnato alla nascita al genere femminile).
-

Negli ultimi anni, la terminologia usata per descrivere gli individui che non si identificano con il loro genere assegnato alla nascita si è ampliata, anche grazie

alla maggior apertura riguardo le tematiche di accettazione e depatologizzazione delle diversità. Questo ha reso necessari nuovi vocaboli, spesso importati dalla lingua inglese, che verranno in questa sede mantenuti in lingua originale per carenza di una traduzione appropriata. Il termine Genderqueer descrive identità diverse tra loro, ma che hanno in comune il rigetto del binarismo di genere (15,16). Allo stesso modo, il termine Non-binario descrive identità che esulano dall'identificazione in maschio e femmina o le abbracciano entrambe, descrivendo il vissuto di persone che fanno esperienza di genere femminile e maschile in momenti diversi, o anche quello di individui che non vogliono o non percepiscono un genere associato alla propria persona (17). Infine, il concetto di "transgender and gender diverse" (TGD) ha la funzione di abbracciare ogni potenziale orientamento di identità di genere ("gender identity orientation" o GIO), invece di descrivere una specifica categoria o gruppo (18). Il concetto di GIO o orientamento di identità di genere permette a persone TGD di posizionarsi secondo tre dimensioni diverse: grado di maschile, grado di femminile e una dimensione di genere non-binario (3).

1.2.1 Differenze tra la definizione del DSM-5 e del ICD-11

L'ICD-11 è l'undicesima revisione della Classificazione Internazionale delle malattie (ICD). Sostituisce l'ICD-10 come standard globale per la registrazione delle informazioni sanitarie e delle cause di morte ed è sviluppato e aggiornato annualmente dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS). La versione definitiva dell'ICD-11 è stata rilasciata il 18 giugno 2018, e approvata da tutti i membri dell'OMS durante la 72^a Assemblea mondiale della sanità nel Maggio del 2019, (19) entrando ufficialmente in uso l'1 Gennaio 2022.

Nell'ultimo aggiornamento dell'International Classification of Diseases (ICD-11), è stato inserito un nuovo capitolo, quello delle condizioni di salute sessuale, nel quale è stata compresa la condizione di incongruenza di genere (HA60, 61 e HZ), rimuovendola in questo modo dal capitolo relativo ai disordini mentali. (20)

Con questo aggiornamento, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha sancito un percorso storico di de-psico-patologizzazione delle persone transgender e gender diverse (TGD).

Gli obiettivi dichiarati in sede decisionale sono stati:

- a. riconoscere il carattere intrinsecamente non-patologico dell'incongruenza di genere;
- b. promuovere l'accesso all'assistenza sanitaria di affermazione del genere per le persone che la richiedano;
- c. ridurre il forte stigma associato. (21,22)

L'approccio dell'OMS ha ricalcato quello dell'American Psychological Association, la quale aveva introdotto nel Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5, 2013) un capitolo speciale per la condizione di disforia di genere; diagnosi, questa, funzionale all'attivazione dei servizi sanitari. (23) Nonostante ciò, a livello globale, l'accesso alle terapie affermative di genere è, per lo più, ancora subordinato a una diagnosi di salute mentale e ad altri gate keeper di ordine medico, giuridico, bioetico o economico. La maggior parte dei Paesi, infatti, non si è ancora preso l'impegno di riformare i protocolli in questo senso. (24)

La patologizzazione delle persone transgender è stata per la prima volta apertamente contestata dal medico americano Harry Benjamin nel 1967: "Poiché è evidente, quindi, che la mente del transessuale non può essere adattata al corpo, è logico e giustificabile tentare l'opposto. Adattare il corpo alla mente" (25) (p. 53). Ha inoltre scritto: "Per il semplice uomo per strada, ci sono solo due sessi. Una persona è o maschio o femmina, Adamo o Eva. Con più apprendimento arriva più dubbio" (25) (p. 6).

Il percorso di depatologizzazione dell'incongruenza di genere si basa anche sul fatto che l'identificazione di una persona come TGD (Transgender, Gender Diverse) può essere salutare e auto-affermativa e non è quindi intrinsecamente patologica. Tuttavia, rimane in essere il fatto che alcune persone possano provare una forte angoscia associata alla discordanza tra la loro identità di genere e il loro corpo o il loro genere assegnato, così come a stigma e discriminazione sociali. Individui TGD possono quindi incontrare difficoltà che il DSM-5 definisce come Disforia di genere (DG) e l'ICD-11 come Incongruenza di Genere (IG) (26).

La diagnosi di Disforia di Genere è la diagnosi attuale del DSM-5 utilizzata per avviare il trattamento per individui transgender che stanno cercando cure mediche legate alla transizione di genere. Per soddisfare i criteri per la diagnosi,

come visto precedentemente, una persona deve avere una marcata incongruenza tra il genere esperito/espresso e il genere assegnato per una durata di almeno sei mesi. Questa incongruenza è evidenziata e accompagnata da un forte desiderio di eliminare le attuali caratteristiche sessuali secondarie, un forte desiderio di caratteristiche sessuali di un altro genere e un forte desiderio di essere trattati come un individuo di un genere diverso da quello assegnato. La condizione deve anche essere associata a una sofferenza clinicamente significativa o a un deterioramento delle funzioni sociali, occupazionali o in altre aree importanti del funzionamento (1).

Negli ultimi anni, sono emerse opinioni discordanti riguardo la diagnosi di DG proposta dal DSM 5. I sostenitori di questa, come già accennato, identificano la diagnosi come uno step necessario per accedere alle cure e ad eventuali rimborsi assicurativi o convenzioni. La controparte suggerisce che il modello diagnostico sottovaluti, nella descrizione del disagio che può essere esperito dalle persone TGD, il ruolo dello stigma sociale e della discriminazione nei confronti di presentazioni di genere non normative (27). Questo lato del dibattito ritiene che la sofferenza psicologica sperimentata dagli individui transgender sia più influenzata dalla risposta della società alle presentazioni di genere non normative piuttosto che da una sofferenza interna sottostante (come suggerito invece dalla diagnosi di disforia di genere) (28). Un'ulteriore critica mossa al modello diagnostico del DSM, è che le persone che non riportano un componente di distress legato alle proprie identità o esperienze potrebbero essere considerate inappropriate per ricevere servizi medici in quanto non soddisfano i criteri diagnostici della disforia di genere. Per questi motivi, gli individui transgender potrebbero abbracciare la "narrativa di distress" solo al fine di ridurre al minimo le barriere ai servizi e ai trattamenti (29).

In contrapposizione alla Disforia di Genere definita dal DSM-5, l'incongruenza di genere come descritta dal ICD-11, è definita come una marcata e persistente incongruenza tra il genere percepito o sperimentato e il genere assegnato alla nascita. L'ICD-11 sostituisce lo "stato di angoscia" associato a tale incongruenza con i termini "dispiacere" o "disagio", caratterizzati da connotazioni psicopatologiche minori. Inoltre, solo due criteri diagnostici devono essere soddisfatti per definire la condizione di IG e non è necessario che l'individuo

desideri eliminare le proprie caratteristiche sessuali primarie o secondarie tipiche del genere assegnato. Provare disgusto per le caratteristiche sessuali primarie o secondarie, insieme al desiderio di essere trattati e accettati come persona del genere percepito, è sufficiente per fare diagnosi di IG, senza implicare quindi il desiderio di sottoporsi a interventi medico-chirurgici di conferma del genere.

Nonostante i progressi compiuti grazie a queste modifiche diagnostiche per la comunità transgender, il nome stesso "condizioni legate alla salute sessuale" potrebbe creare confusione tra le due realtà sesso/genere poiché l'ICD-11 si riferisce esclusivamente al sesso e non al genere. Questa ambiguità potrebbe essere problematica perché lo stesso capitolo dell'ICD-11, oltre a includere la IG, contempla anche le disfunzioni sessuali, che fino a quel momento erano state considerate disturbi mentali. Da tempo, invece, si è dimostrato e compreso che l'identità di genere, che sia o meno congruente con il genere assegnato, appartiene ad una sfera diversa da quella della sessualità (18,30). Inoltre, l'ICD-11 non ha completamente de-patologizzato la transessualità come è stato invece fatto con l'omosessualità. La IG, infatti, continua a far parte di un capitolo del manuale ed è quindi una diagnosi all'interno della salute sessuale. L'OMS, tuttavia, giustifica il mantenimento di questa diagnosi suggerendo che i destinatari degli interventi di assistenza medica (percorso ormonale e/o chirurgia) richiedano una diagnosi per potervi accedere (31).

1.3 Salute mentale nelle persone TGD

La patologizzazione ha causato notevole vergogna e conflitto interiore tra gli individui transgender che sono stati oggetto di anni di tentativi infruttuosi e dannosi di trattare ciò che era considerato un difetto. La sessualità era un argomento che le persone transgender sapevano di non poter affrontare se volevano un adeguamento medico del corpo.

Di fatto, le ragioni profonde che motivano il bisogno di un ricorso tempestivo alle terapie di affermazione di genere spesso sono da rinvenire nella necessità di alleviare e di prevenire le sofferenze delle persone TGD e i rischi correlati indotti dalla stigmatizzazione sociale e strutturale. Questo processo è stato spiegato adeguatamente dal modello psicopatologico del *minority stress* (32), il quale

dimostra come proprio lo stigma sia alla base degli alti livelli di stress, disagio psicologico o addirittura disforia di genere a valenza cronica, i quali, a loro volta, sono associati a tassi sproporzionati di depressione, tendenza al suicidio e all'autolesionismo (33,34). Comparati alle rispettive controparti cisgender, infatti, gli adolescenti TGD presentano un rischio da due a tre volte maggiore di sviluppare disturbi d'ansia, depressione, incorrere in atti di autolesionismo, ideazione suicidaria o atti anticonservativi (35) e da due a quattro volte maggiore di sviluppare disturbi da abuso di sostanze (36).

Inoltre, gli adolescenti TGD sono caratterizzati da un rischio maggiore di sviluppare HIV e altre malattie sessualmente trasmissibili (37) e hanno nel complesso un livello di salute e benessere minore rispetto alla corrispettiva popolazione cisgender (38).

1.3.1 Modello del minority stress

Il modello del *minority stress* sostiene che gli individui TGD (Transgender e Gender Diverse) siano soggetti a elementi stressori unici dovuti alla loro necessità di vivere nel mondo come membri di un gruppo minoritario, i quali, a loro volta, aumentano la vulnerabilità a esiti negativi sulla salute fisica e psicosociale (39).

Questo modello enfatizza due categorie di elementi stressori, distali e prossimali, che rappresentano importanti rischi per la salute degli individui TGD e che possono essere acuti o cronici, oltre a fattori che ne promuovono la resilienza.

- Gli **stressori distali** sono obiettivi, si verificano a causa dello status di minoranza e esistono all'interno delle strutture sociali. Tra questi, sono comprese discriminazioni, mancata affermazione del genere esperito, rifiuto e vittimizzazione codificati attraverso leggi, politiche e norme culturali.
- Gli **stressori prossimali** sono esperienze interne o soggettive a livello individuale, inclusa l'auto-transfobia internalizzata, la dissimulazione dell'esperienza/identità minoritaria e la paura di qualunque futura discriminazione, rifiuto e/o vittimizzazione.
- I **fattori promuoventi la resilienza**, come l'identità positiva di sé e il coinvolgimento nella comunità, d'altra parte, possono proteggere gli individui TGD contro le conseguenze negative sulla salute mentale e psicosociale. (40)

Testa et al. (40) hanno adattato il modello del *minority stress* di Meyer per le persone transgender, affermando che l'esposizione cronica alla discriminazione e all'ostilità porta alla loro internalizzazione (Transfobia Internalizzata) e, di conseguenza, all'autoaggressione, alla svalutazione di sé e ad altri problemi di salute mentale correlati. In realtà, secondo studi successivi, gli stressori prossimali non sono solo dei mediatori tra gli stressori distali e il risultato in termini di salute psicofisica. Più probabilmente sono da considerarsi fattori di rischio concomitanti (41,42) o mediatori parziali dell'effetto degli stressori distali sulla salute dell'individuo TGD (43).

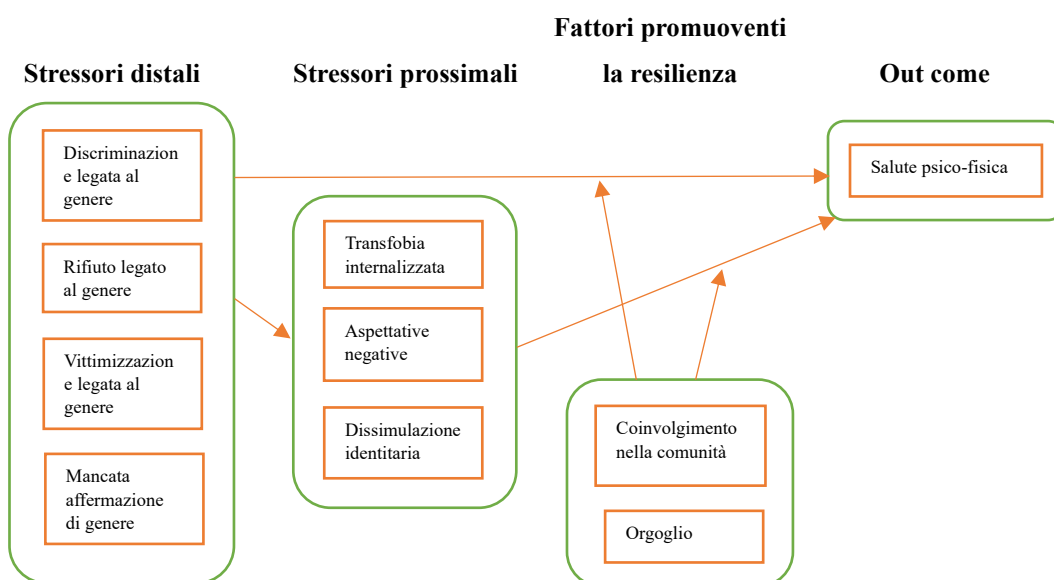


Figura 1. Stressori e fattori protettivi appartenenti al modello del minority stress

In parallelo all'aumento dell'attenzione verso la marginalizzazione intersezionale, la ricerca sulle disparità di salute specifiche delle persone TGD si è ampliata per includere la considerazione dei fattori strutturali e sistemici. La teoria dello stress da minoranza ha fornito una prima inquadratura articolando gli stressori come interni ed esterni; studi successivi hanno ulteriormente collocato lo stigma anti-trans all'interno di un modello socio-ecologico per descrivere come lo stigma si manifesti a tutti i livelli, da quello interno a quello strutturale e sistemico (44,45).

Molti degli stressori prossimali delineati dalla teoria dello stress da minoranza possono essere descritti come forme di stigma anti-trans interiore individuale. Al contrario, le forme di stigma esterne a livello interpersonale includono la

discriminazione nei contesti sanitari e lavorativi, il rifiuto da parte dei membri della famiglia e possibili atti di violenza. Infine, le forme di stigma a livello strutturale comprendono politiche e pratiche di implicazione discriminatoria, come politiche che limitano l'uso dei bagni pubblici al sesso assegnato alla nascita e il cambio legale di nome e genere sui documenti di identità, così come le barriere all'accesso a cure sanitarie competenti e affermative e la mancanza di educazione e formazione per i fornitori di servizi sanitari (46–51).

Queste ipotesi sono supportate da vari studi che nel corso del tempo hanno ampliato la conoscenza dei fattori psicopatologici caratteristici della popolazione TGD e possibili modalità di intervento come interventi medici, di affermazione psicosociale e di tipo psicoterapico che agiscono in primo luogo a livello individuale sugli stressori prossimali, e in misura minore a livello interpersonale (52–54).

1.3.2 Insoddisfazione legata al corpo

Come è stato sottolineato in precedenza, non tutti gli individui transgender sperimentano disagio con il proprio corpo (55). Tuttavia, studi basati su dati clinici e di popolazione concordano nel dimostrare che gli adulti transgender, rispetto agli individui cisgender, riportano più insicurezze e insoddisfazione riguardo al proprio corpo e alla propria attrattività e una minore autostima (56–60).

Riguardo agli adolescenti i dati sono più carenti e, mentre nei campioni di adolescenti cisgender, le ragazze riportano costantemente una maggiore insoddisfazione corporea rispetto ai ragazzi, le differenze di genere tra le persone transgender sono meno concordanti (57,60,61).

Oltre al livello globale di insoddisfazione corporea, potrebbe essere rilevante acquisire e approfondire conoscenze sull'esperienza di insoddisfazione corporea rivolta a specifiche regioni del corpo, ad esempio, riguardo ai caratteri sessuali o alle parti reattive agli ormoni, specialmente in una fase come la pubertà in cui si verificano significativi cambiamenti fisici. Finora, analisi specifiche sull'insoddisfazione corporea in diverse regioni del corpo con diverse funzioni e diversi livelli di reattività ormonale tra gli adolescenti transgender e un confronto

di questi aspetti dell'insoddisfazione corporea con coetanei cisgender non sono ancora disponibili. (62)

Quando si affronta la disforia di genere e l'insoddisfazione corporea tra le persone transgender, è assolutamente necessario considerare le esperienze di discriminazione e ostilità in quanto influenze sociali cruciali, come illustrato dal modello del *minority stress*. Studi che hanno coinvolto adulti transgender hanno riscontrato che esperienze di discriminazione e molestie hanno un impatto negativo sull'apprezzamento del proprio corpo negli individui TGD (63), e che lo stress da minoranza spiega, in molti casi, sia possibili disturbi alimentari che l'insoddisfazione corporea (64,65).

1.3.3 Disturbi del comportamento alimentare negli individui TGD

Le persone transgender e gender diverse sperimentano tassi più elevati di insoddisfazione corporea e disturbi del comportamento alimentare rispetto agli individui cisgender, ma la comprensione dei motivi per cui questo fenomeno persiste ad oggi è limitata (64).

Nei campioni appartenenti alla popolazione generale, il genere è un importante fattore di rischio per i disturbi alimentari, con le donne a maggior rischio rispetto agli uomini (66). Queste differenze sono in parte determinate dalla natura di alcuni sintomi dei disturbi alimentari, in quanto genere-specifici. Ad esempio, le donne sono più propense degli uomini a manifestare preoccupazioni riguardo alla magrezza e comportamenti alimentari orientati alla magrezza (come la restrizione dell'apporto calorico, l'induzione del vomito) (67). D'altra parte, gli uomini sono più propensi a manifestare preoccupazioni orientate alla muscolatura e comportamenti orientati alla muscolatura (come il sollevamento pesi eccessivo, l'uso di steroidi anabolizzanti) (68).

Sebbene le ricerche sui disturbi alimentari e sull'insoddisfazione corporea tra le persone TGD siano ad oggi scarse, è possibile affermare che gli individui TGD affrontano, oltre alle pressioni tradizionalmente legate all'immagine corporea di genere, anche esperienze riguardanti alimentazione e immagine corporea uniche alla comunità. In una revisione del 2016, Jones et al. hanno riportato che gli individui TGD possono internalizzare maggiormente gli ideali irraggiungibili della

società di magrezza e muscolosità. Inoltre, alcuni individui TGD riportano restrizioni alimentari e esercizio fisico rigoroso per sopprimere caratteristiche associate al loro sesso assegnato alla nascita e accentuare le caratteristiche congruenti con la propria identità di genere (56).

Ad oggi, i tassi di prevalenza dei disturbi alimentari nelle comunità TGD sono stimati tra il 2 e il 18% secondo una revisione esplorativa che include 20 pubblicazioni (69). Un altro studio ha scoperto che circa il 18% degli individui transgender ha riportato una diagnosi di disturbo alimentare nell'ultimo anno, rispetto al 1,8% dei giovani cisgender femminili e allo 0,2% dei giovani cisgender maschili (70). Una revisione più recente condotta da Nagata et al. ha stimato che le persone TGD negli Stati Uniti abbiano una prevalenza a vita di diagnosi di disturbi alimentari del 10,5% per gli uomini transgender e dell'8,1% per le donne transgender (71).

Questi tassi di prevalenza significativamente elevati segnalano un bisogno critico di comprendere meglio cosa contribuisce all'insorgenza e allo sviluppo dei disturbi alimentari per questa popolazione. Finora, il corpo esistente di letteratura ha identificato alcuni potenziali fattori come contribuenti allo sviluppo della patologia dei disturbi alimentari, che includono (72):

- **Pubertà e disforia di genere**

Il disallineamento tra l'identità di genere dell'individuo e le sue caratteristiche sessuali primarie e secondarie, come già sottolineato, è spesso associato a un alto livello di insoddisfazione per il proprio corpo e l'aspetto generale (73–75). Per molti individui TGD, di conseguenza, il disturbo dell'alimentazione può essere compreso come un metodo per "sopprimere o accentuare il genere cambiando le forme dei propri corpi" (pg. 73) (76).

Dal momento che alcuni individui TGD possono percepire una diminuzione della loro disforia di genere a seguito di un'alimentazione restrittiva e dei cambiamenti corporei correlati, persiste in loro una notevole tendenza allo sviluppo e al mantenimento dei disturbi alimentari. Per gli individui che hanno subito una pubertà guidata dagli estrogeni ma affermano un'identità di genere maschile o mascolina, i disturbi alimentari possono essere motivati dal desiderio di presentarsi in modo più convenzionalmente maschile. In

particolare, la perdita di peso attraverso un'alimentazione restrittiva può ridurre le dimensioni del seno, dell'area toracica, dei fianchi e dei glutei, oltre a causare l'amenorrea (77). Al contrario, tra gli individui che hanno subito una pubertà guidata dal testosterone ma affermano un'identità di genere femminile o femminea, la perdita di peso può aiutare a ridurre la larghezza delle spalle e creare l'aspetto di una struttura corporea più piccola che potrebbe essere considerata più convenzionalmente femminile (76,78).

- **Cis-normatività e “*passing*”** (termine usato e adottato dalla lingua anglosassone per indicare la probabilità della persona trans di non essere identificata come non-cisgender)

Anche se la relazione tra il "*passing*" e i disturbi alimentari è poco studiata, i ricercatori hanno notato che l'impatto di una non conformità di genere evidente può portare alcuni individui TGD a fare ricorso ai disturbi alimentari in risposta allo stress di dover esistere in una società cis-normativa. L'alimentazione sregolata può quindi essere compresa come una strategia adottata per controllare il proprio corpo con la speranza di "passare" (come persona cis) e/o può essere il risultato dello stress e dell'ansia derivanti dalla sensazione che "passare" sia alla fine irraggiungibile (78,79). Da questa prospettiva, i disturbi alimentari negli individui TGD possono quindi essere concepiti come una psicopatologia secondaria ai significativi livelli di angoscia che le persone TGD sperimentano essendo sottoposte a un contesto culturale transfobico, che può essere considerato di per sé come un fattore di rischio primario (80).

Chang e colleghi hanno notato che le persone TGD subiscono livelli maggiori di attenzione esterna rivolta ai loro corpi "perché ci si aspetta che 'dimostrino' di essere 'abbastanza uomo', 'abbastanza donna' o 'abbastanza trans'" (p. 116)(81). Inoltre, alcune persone non binarie potrebbero sentirsi sotto pressione per mantenere un aspetto fisico esclusivamente androgino in modo che dall'esterno non sia possibile discernere il sesso assegnato alla nascita (82). Indipendentemente dal motivo sottostante, questa iper-osservazione dei corpi che perpetua gli standard di bellezza tossici, spesso rinforzata dai social media, in particolare per i giovani TGD, probabilmente amplifica le visioni

negative dei loro corpi e può contribuire allo sviluppo di disturbi alimentari (83).

- **Ostacoli nell'accesso agli interventi di conferma del genere**

L'accesso alle cure di conferma di genere è considerato essenziale per il benessere delle persone TGD (Transgender e Gender Diverse). Purtroppo, la ricerca ha ripetutamente dimostrato che le persone TGD incontrano spesso discriminazioni nel tentativo di accedere alle cure mediche e psicologiche generali e che le loro esigenze spesso rimangono insoddisfatte (84,85). Malina ipotizza che alcune persone TGD si impegnino in comportamenti alimentari disfunzionali per ottenere un senso di potere in risposta alla privazione di cure mediche necessarie e appropriate (78). Kosciwicz e colleghi affermano in modo simile che, poiché le persone TGD sono svantaggiate nel sistema sanitario attuale, questa popolazione potrebbe ricorrere a comportamenti tipici di disturbi alimentari nel tentativo di ottenere un certo controllo sul proprio corpo poiché l'accesso a un trattamento adeguato non è possibile (76). Pertanto, la perdita di peso tramite disturbi alimentari può essere considerata l'unica opzione praticabile per alcune persone TGD per aiutarsi a sentirsi meglio o più in controllo dei loro corpi (72).

Oltre a ciò, l'insoddisfazione corporea e la valutazione negativa di sé stessi riguardo all'aspetto fisico, prominenti tra gli individui TGD, sono fortemente associate a un aumentato rischio di disturbi alimentari nella popolazione generale (86) e pertanto vengono considerate come un costrutto chiave correlato agli stessi e potrebbe sottoporre la popolazione transgender a rischio aumentato di sviluppare disturbi alimentari (87).

Al contrario, l'ottenimento di interventi di conferma del genere (ad esempio, terapie ormonali e interventi chirurgici di conferma di genere) potrebbe essere protettivo contro lo sviluppo di disturbi alimentari tra le persone TGD e è associato a livelli inferiori di sintomatologia degli stessi (77).

1.3.3.1 Modello del minority stress applicato ai DCA

Il modello del *minority stress* (o *gender minority stress and resilience model GMSR*), come visto in precedenza, può essere in parte usato per giustificare la

maggior prevalenza di problemi di salute mentale in individui TGD in quanto sottoposti all'esperienza stressante di vivere in una società con bias anti-TGD. Questo modello è stato principalmente indagato in relazione alla suicidarietà e alla depressione, anche se è formulato come un modello generalizzabile relativo a vari aspetti della psicopatologia.

Un sondaggio online (88) che ha coinvolto 923 giovani transgender (età 14-25) in tutto il Canada ha rivelato che i tassi di molestie e discriminazione erano correlati a un maggior rischio di disturbi alimentari nell'ultimo anno, definiti come abbuffate, digiuno o vomito per perdere peso, mentre i fattori protettivi, inclusa l'affezione familiare e scolastica, amicizie premurose e supporto sociale, erano associati a un minore rischio di disturbi alimentari negli ultimi 12 mesi.

Nessuno studio ha testato completamente il modello GMSR in relazione ai disturbi alimentari, sebbene alcuni abbiano indagato costrutti rilevanti. Negli studi disponibili, i risultati hanno mostrato che i disturbi alimentari orientati alla magrezza sono positivamente associati alla discriminazione basata sul genere (89) e alla mancanza di affermazione (77), due stressori distali del modello del *minority stress*. I disturbi alimentari orientati alla muscolarità, inoltre, sono stati dimostrati correlati alla discriminazione basata sul genere (90). Nessuna ricerca ha valutato le relazioni con gli stressori di minoranza prossimali o i fattori di resilienza.

1.3.3.2 Modello tripartito di influenza (TI)

Il modello tripartito di influenza proposto da Thompson e collaboratori sull'insoddisfazione corporea e sui disturbi alimentari è un modello testato che spiega l'insorgenza e il mantenimento dell'insoddisfazione corporea e dei disturbi alimentari (91). Il modello tripartito sostiene che tre fattori socioculturali (cioè influenze dei pari, della famiglia e dei media) promuovano lo sviluppo di insoddisfazione corporea e disturbi alimentari attraverso due fattori mediatori: comparazione sociale dell'aspetto esteriore e internalizzazione degli ideali dell'immagine corporea.

Finora, solo uno studio ha valutato sistematicamente il modello TI tra i partecipanti TGD, fornendo un supporto preliminare all'efficacia di questo framework nella spiegazione dell'insoddisfazione corporea tra le persone TGD (65).

Il suddetto studio ha confermato l'importanza delle esperienze legate al corpo, inserite all'interno del modello di influenza tripartita, nello spiegare i sintomi depressivi in donne trans, uomini trans, donne cisgender e uomini cisgender. L'applicabilità del modello integrato a tutti i gruppi di identità di genere è stata supportata, e sono emerse importanti somiglianze e differenze tra i gruppi.

Per tutti i gruppi di identità di genere analizzati, il confronto dell'aspetto fisico fungeva da intermediario tra il monitoraggio corporeo e la vergogna legata al corpo. Inoltre, l'internalizzazione dell'ideale di magrezza era indirettamente associata ai sintomi depressivi attraverso il monitoraggio del corpo, il confronto dell'aspetto e la vergogna corporea. Questi risultati hanno rappresentato contributi innovativi alla letteratura sull'immagine corporea.

Le relazioni tra l'internalizzazione degli ideali di magrezza e muscolosità e le esperienze legate al corpo sono risultate relativamente più deboli per gli uomini cisgender rispetto alle donne cisgender, alle donne trans e agli uomini trans.

Complessivamente, questi risultati evidenziano come il potere sociale, il privilegio e l'oggettificazione possano intersecarsi per spiegare l'importanza relativa dell'internalizzazione degli ideali di aspetto sociale per le esperienze legate al corpo e i sintomi depressivi tra le diverse identità di genere.

1.3.3.3 Integrazione dei due modelli psicopatologici

Con il supporto empirico presente a sostegno sia di approcci specifici alle persone TGD (ad esempio, il modello GMSR) sia di approcci teorici generali (ad esempio, il modello TI), sorgono domande su come integrare al meglio questi modelli per spiegare i disturbi alimentari tra le persone TGD. I modelli GMSR e TI sono compatibili tra loro, nel senso che il modello GMSR considera lo stress da minoranza come additivo (cioè, oltre agli stressori generali non correlati all'identità di genere) (39,40) e il modello TI riconosce che fonti esterne di stress possono influenzare i disturbi alimentari (91,92).

Tuttavia, nessuno studio ha ancora testato questa integrazione in relazione ai disturbi alimentari tra le persone TGD, i due modelli, tuttavia, sono stati studiati in associazione per quanto riguarda il tasso di suicidarietà in individui TGD (93).

1.3.3.4 Applicazioni cliniche

Storicamente, la ricerca riguardante i disturbi alimentari non ha considerato le esperienze uniche delle persone TGD e, nonostante l'interesse emergente da parte di ricercatori che cercano di farlo, questa è sottofinanziata, il che purtroppo ha limitato il progresso accademico nello sviluppo della conoscenza clinica su come identificare e aiutare al meglio gli individui TGD che lottano con i disturbi alimentari (67,77,94).

Nonostante ciò, il crescente interesse riguardo al tema sta espandendo anche la conoscenza dei fattori di rischio per questa popolazione nei confronti dei disturbi del comportamento alimentare. Esiste inoltre un corpus di letteratura volto a dare indicazioni riguardo alle migliori pratiche cliniche per assistere le persone TGD con difficoltà riguardanti la salute mentale utilizzando un approccio affermativo e responsivo (72).

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, gli approcci di cura affermativi nei confronti del genere comprendono interventi psicologici, comportamentali e medici che sono "progettati per sostenere e confermare l'identità di genere di un individuo" quando tale identità non è in linea con il sesso assegnato alla nascita (22). La filosofia fondamentale delle cure di conferma di genere è che le variazioni nell'identità di genere e nell'espressione sono naturali, attese e non patologiche (95). Pertanto, quando si forniscono cure alle persone TGD, un approccio affermativo include il valore dell'autonomia del paziente e l'idea che i pazienti siano esperti di sé stessi, nonché che le identità dei pazienti siano meritevoli di riconoscimento e rispetto. Nella pratica, le cure di conferma di genere includono sempre l'uso del nome e dei pronomi corretti del paziente sia dentro che fuori dall'ambiente di cura, porre domande sul corpo che non implicino intrinsecamente un genere (ad esempio, dire "torace" invece di "seni", ecc.), e avere risorse disponibili per i pazienti TGD quando le loro domande o esigenze di cura esulino dalla competenza del clinico. Anche prestare attenzione al fatto che le cure siano fornite all'interno di uno spazio che indichi inclusività e affermazione con segni osservabili (ad esempio, accessori con la bandiera arcobaleno, adesivi arcobaleno, ecc.) può essere d'aiuto considerando che le persone TGD sono più propense a esaminare l'ambiente cercando segni di sicurezza (96).

Quando si applicano i principi di cura affermativi riguardo al genere al trattamento dei DCA, è importante che i clinici riconoscano che la stessa natura del "recupero" dai disturbi alimentari per le persone TGD potrebbe esacerbare la disforia di genere che esse spesso provano (97,98).

Di conseguenza, i clinici che lavorano con questa popolazione dovrebbero familiarizzare con modi per aiutare i pazienti TGD a ricorrere ad altre vie per affrontare la disforia di genere che non includano dieta o esercizio fisico. Questo può includere la ricerca di euforia di genere, la gioia o la felicità derivante dall'identità di genere e dall'espressione di essa, attraverso vie che possono includere, ma non sono limitate a, stili di capelli, abbigliamento e trucco (99). Esistono anche interventi medici di conferma di genere, come il blocco puberale, gli ormoni e le chirurgie, che possono essere eccezionalmente utili nel ridurre la disforia per gli individui TGD (100–102).

I clinici che offrono supporto a questa popolazione possono trovare utile sviluppare domande mirate a comprendere meglio la presenza e/o la funzione dei disturbi alimentari. Due esempi includono:

- "Alcune persone possono applicare limitazioni alimentari (o purghe, fare troppo esercizio fisico, abbuffarsi, utilizzare integratori per la perdita di peso o per la costruzione muscolare) per apparire più maschili o femminili, o per 'passare'. Ti è mai successo?"
- "Come appare il corpo ideale per te?"

Queste domande possono aiutare il clinico a comprendere meglio la motivazione di alcuni disturbi alimentari per una persona TGD e quindi possono fornire importanti intuizioni per guidare il trattamento (103).

Dal punto di vista della valutazione medica, esistono poche indicazioni su come lavorare al meglio con individui TGD che hanno disturbi alimentari. Tuttavia, ci sono modifiche alle attuali pratiche cliniche che dovrebbero essere prese in considerazione per aiutare le persone TGD a sentirsi più a proprio agio. Ad esempio, spogliarsi e indossare un camice da ospedale può essere difficile per questi pazienti a causa della possibile disforia, di conseguenza, informarli in anticipo della necessità di un esame fisico, e quindi del cambio d'abito, può essere utile. Apportare modifiche a ciò che può essere indossato durante un esame, secondo le necessità

della cura medica, può anche essere una pratica affermativa da incorporare nella clinica. Ad esempio, se un esame può essere condotto senza obbligare il paziente ad indossare un camice da ospedale, ciò può essere ideale.

Inoltre, consentire che indumenti affermativi del genere, come i binder per appiattare il petto di una persona o i gaffs per nascondere i genitali, rimangano indossati durante un esame può offrire un certo sollievo dalla disforia e possibilmente creare un maggiore coinvolgimento da parte del singolo durante la visita medica (103).

Altre misure che possono essere prese dal personale sanitario per aiutare a ridurre e mitigare la disforia durante gli appuntamenti possono essere: chiedere quale terminologia risulta affermativa per un paziente riguardo al suo corpo/anatomia, spiegare cosa comporterà un esame fisico prima di condurre l'esame stesso, chiedere esplicitamente e ottenere il consenso per l'esame, interrompere l'esame se il consenso dovesse venir ritirato dal paziente e limitare la durata dell'esame (103,104). Passi come questi contribuiranno a creare uno spazio sanitario sicuro e affermativo non solo per i pazienti TGD, ma per pazienti di tutte le identità di genere (105).

1.4 Obiettivi

Alla luce di quanto analizzato e, in particolare, della necessità di affrontare in modo più preciso la correlazione tra incongruenza di genere e disturbi del comportamento alimentare, questo studio si pone come obiettivo quello di indagare, all'interno di un campione raccolto nel primo anno di attività dell'ambulatorio per l'incongruenza di genere di Padova, l'esperienza di un campione di individui TGD con la propria immagine corporea e con l'alimentazione.

2. METODI

2.1 Campione

Il campione analizzato comprende 44 pazienti, selezionati tra quelli dell'ambulatorio per l'incongruenza di genere dell'azienda ospedaliera di Padova, centro di riferimento regionale per l'incongruenza di genere.

Al centro per l'incongruenza di genere possono accedere pazienti in trattamento ormonale sostitutivo in vista di un possibile intervento chirurgico di affermazione del genere, pazienti indirizzati da psicoterapeuti/e per consulto psichiatrico ed eventuale inizio di trattamento ormonale sostitutivo, come anche pazienti che non hanno ancora mai seguito un percorso psicologico o psichiatrico. Nel campione, quindi, i pazienti saranno suddivisi in pazienti in trattamento ormonale sostitutivo (TOS) e pazienti non in trattamento.

Tali pazienti si sono rivolti all'ambulatorio tra Agosto 2023 e Maggio 2024 per un colloquio psichiatrico nel corso del quale hanno compilato il questionario che è stato usato a posteriori per le analisi utili a questo testo.

I pazienti acconsentono al trattamento dei dati sensibili.

2.2 Questionari

Il questionario usato per effettuare le presenti analisi è stato composto dal personale dell'UOC di Psichiatria dell'azienda ospedaliera di Padova raccogliendo domande volte alla valutazione di diverse scale diagnostico-valutative.

Ai fini della presente discussione se ne sono selezionate solamente alcune volte a misurare nello specifico la percezione corporea e la soddisfazione riguardo al corpo delle persone che si sono recate all'ambulatorio.

Per lo screening dei disturbi alimentari è stato utilizzato il questionario *SCOFF* (*Sick, Control, One stone, Fat, Food*), nelle sue versioni a cinque e sette domande dicotomiche (sì/no). Il sospetto di presenza di un disturbo del comportamento alimentare sorge per un risultato superiore a due risposte affermative (106).

Il *Body Uneasiness Test (BUT)* è un questionario di autovalutazione composto da 71 elementi utilizzato per valutare i disturbi dell'immagine corporea, con risposte

valutate su una scala Likert a 6 punti (1=mai a 6=sempre). Il test è strutturato in due parti:

- Il BUT-A è composto da 34 quesiti che permettono di ottenere un Indice di Severità Globale (GSI – *Global Severity Index*), e 5 sotto scale: paura morbosa dell'aumento di peso (WP – *Weight Phobia*), preoccupazioni eccessive per il proprio aspetto fisico (BIC – *Body Image Concern*), comportamenti di evitamento collegati all'immagine del corpo (A – *Avoidance*), controllo compulsivo dell'aspetto fisico (CSM – *Compulsive Self-Monitoring*), vissuti di distacco ed estraneità rispetto al proprio corpo (D – *Depersonalization*).
- Il BUT-B si compone di 37 quesiti e riguarda preoccupazioni del soggetto per aree specifiche del suo corpo. Permette di ottenere un Indice di Distress Totale (PSDI – *Positive Symptom Distress Index*) e 8 fattori specifici per le diverse parti del corpo. (107)

Il BUT è stato validato in ampi campioni di partecipanti sia clinici (affetti da disturbi alimentari) che non clinici e mostra buone proprietà psicometriche (108).

La *Figure Rating Scale (FRS)* è uno strumento di valutazione psicologica utilizzato per misurare la percezione della bellezza e dell'immagine corporea, e può essere impiegato per valutare le distorsioni dell'immagine corporea stessa (109,110). La FRS consiste in una sequenza di figure, tipicamente disegni, che rappresentano vari pesi corporei, dall'anoressico all'obeso, sollecitando gli individui a identificare un peso particolare, come il loro peso attuale (111). Questa specifica FRS biometrica è stata sviluppata utilizzando scansioni 3D di corpi reali, migliorando la precisione dei confronti con i corpi effettivi dei partecipanti (110). Due diverse FRS a 12 punti sono state presentate simultaneamente, una con attributi maschili e una con attributi femminili, permettendo ai partecipanti di scegliere la figura specifica in uno spettro di BMI da 14 a 36 kg/m² con un incremento di 2 kg/m² e un centro di 25 kg/m². Ai partecipanti è stato chiesto di scegliere prima quale figura rappresentasse meglio la loro dimensione corporea, e poi il loro corpo ideale; queste domande sono state poste per identificare possibili rappresentazioni distorte e insoddisfazione riguardo al peso corporeo. In seguito, ai partecipanti è stato chiesto quale corpo con attributi rispettivamente maschili o femminili loro considerassero attraente.

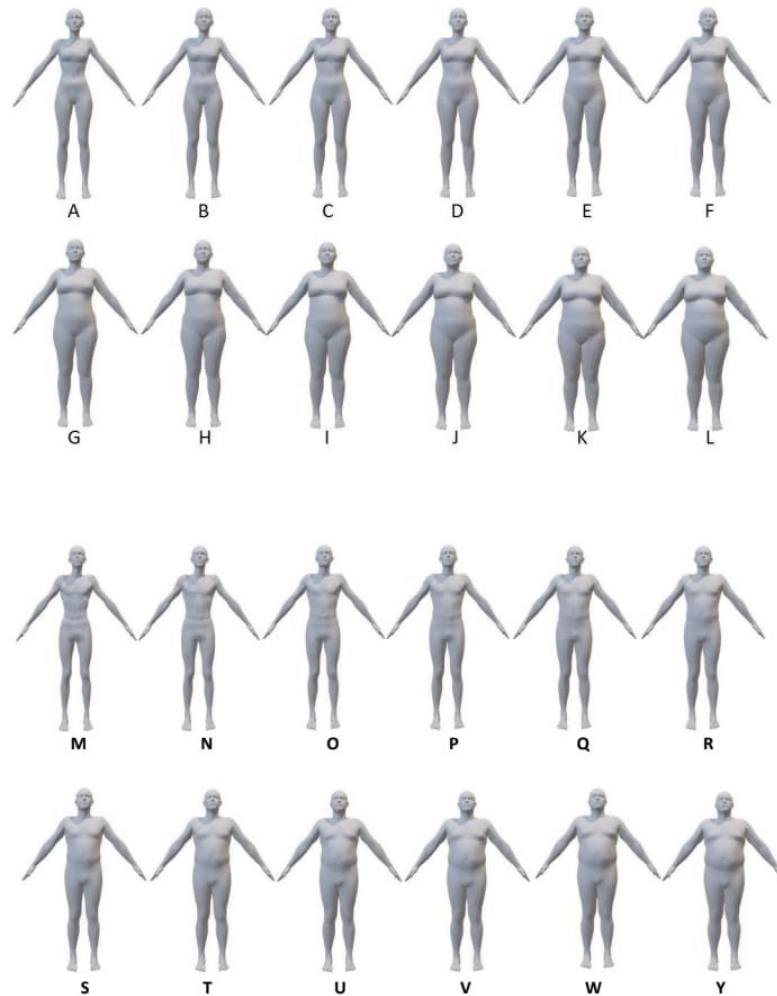


Figura 2. Figure Rating Scale utilizzata nello studio

Nello studio viene inoltre utilizzata la scala Rosenberg (*Rosenberg Self-Esteem Scale RSS*), uno strumento standardizzato per valutare l'autostima ampiamente conosciuto e applicato nella pratica clinica e di ricerca. La scala è composta da dieci elementi, cinque espressi in affermazioni positive e cinque in affermazioni negative. I soggetti possono rispondere scegliendo una delle quattro opzioni di risposta: Fortemente in disaccordo, In disaccordo, D'accordo, e Fortemente d'accordo. Il punteggio va da un minimo di 10 a un massimo di 40. I risultati vengono quindi classificati in tre livelli: Basso, Medio e Alto. (112)

Altri indici utilizzati nelle analisi dei dati raccolti sono: la Dispercezione, calcolata come la differenza tra il BMI percepito dal soggetto come proprio e il BMI misurato ($BMI_{percepito} - BMI_{reale}$), e l'Insoddisfazione corporea, calcolata come la differenza tra il BMI misurato e il BMI ideale del soggetto secondo il soggetto stesso ($BMI_{reale} - BMI_{desiderato}$).

3. RISULTATI

Sesso assegnato alla nascita (ASAB)	In terapia ormonale sostitutiva (TOS+)	Non in terapia ormonale sostitutiva (TOS-)
Femmina	7	13
Maschio	12	12
Totali	19	25

Tabella I. Risultati categoriali

Il campione è costituito da 44 soggetti, dei quali 19 in terapia ormonale sostitutiva e 25 non in terapia. La distribuzione secondo il sesso assegnato alla nascita vede 20 individui di ASAB femminile e 24 di ASAB maschile.

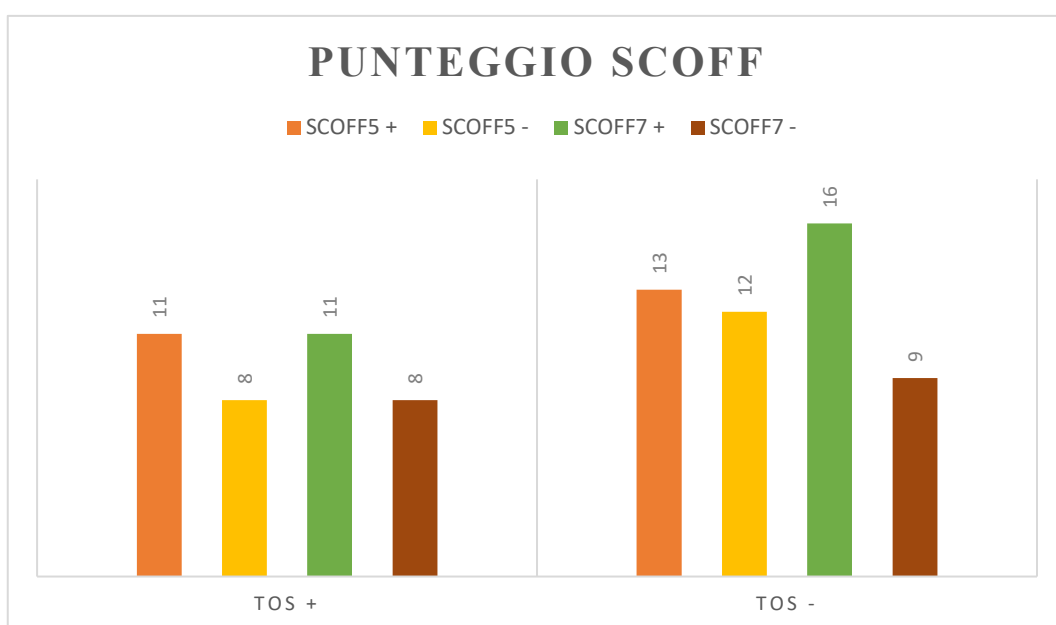


Grafico 1. Punteggio SCOFF diviso in TOF+ e TOF-

Si analizzano a questo punto i risultati ottenuti dalla valutazione dello SCOFF5 e dello SCOFF7, considerati positivi per un sospetto di disturbo del comportamento alimentare nel caso in cui il paziente ottenga un punteggio superiore o uguale a due. Si è deciso di dividere la popolazione soggetto di studio in un gruppo in TOS (TOS+) e un gruppo non in TOS (TOS-).

Dal *grafico 1* risulta evidente una maggioranza di pazienti, in entrambi i gruppi, con un punteggio che porta a sospettare la presenza un disturbo del comportamento alimentare, sia utilizzando lo SCOFF5 che utilizzando lo SCOFF7. Nonostante questo, nessuna delle correlazioni risulta statisticamente

significativa dal punto di vista di una correlazione causale, secondo lo studio del Chi-quadrato (*Tabella II*).

		TOS
ASAB	Chi-quadrato	1,000
	gl	1
	Significativo	,317
SCOFF5	Chi-quadrato	,151
	gl	1
	Significativo	,697
SCOFF7	Chi-quadrato	,170
	gl	1
	Significativo	,680

Tabella II. Relazione causale di sesso assegnato e SCOFF rispetto al TOF

	TOS -		TOS +	
	Media	Deviazione standard	Media	Deviazione standard
Età	31.72	11.30	35.32	11.87
BMI	22.92	4.91	25.42	5.68
BMI_MAX	24.86	5.88	27.56	4.02
BMI_min	19.89	4.46	19.89	3.76
Rosemberg	13.04	5.30	12.68	5.70
BUT_totale	89.76	26.56	69.95	46.12
BUT_GSI	2.65	0.78	2.10	1.35
BUT_WP	2.84	0.90	2.36	1.31
BUT_BIC	3.55	0.96	2.55	1.45
BUT_A	2.01	1.25	1.62	1.56
BUT_CSM	1.82	1.05	1.89	1.30
BUT_D	2.37	0.96	1.74	1.55
FIG_BMI attuale	22.00	5.80	21.89	7.35
FIG_BMI desiderato	19.76	3.07	18.21	4.16

FIG_BMI femminile attraente	18.56	3.08	17.58	4.30
FIG_BMI maschile attraente	21.17	2.82	20.74	3.21
Dispercezione	-0.92	2.88	-3.53	4.56
Insoddisfazione corporea	2.24	6.20	3.68	6.30

Tabella III. Media e Deviazione standard dei parametri analizzati nelle popolazioni TOS+ e TOS-

Test t per l'eguaglianza delle medie					
	t	gl	p	Limite inferiore intervallo di confidenza	Limite superiore intervallo di confidenza
Età	1,023	42	0,312	-3,500	10,691
BMI	1,561	42	0,126	-,731456368861614	5,723905345202055
BMI_MAX	1,355	29	0,186	-1,374981290103935	6,777588379629466
BMI_min	0,003	30	0,997	-3,140190829909688	3,149944284870475
Rosemberg	- 0,214	42	0,832	-3,716	3,004
BUT_totale	- 1,674	26,931	0,106	-44,107	4,482
BUT_GSI	- 1,575	26,897	0,127	-1,258205409279890	0,165424949202665
BUT_WP	- 1,342	30,218	0,190	-1,186682439380905	0,245379181235542
BUT_BIC	- 2,607	29,612	0,014	-1,784533074459845	-0,216410952273655
BUT_A	-,917	42	0,364	-1,244431682893283	0,466887823244160
BUT_CSM	0,200	42	0,842	-0,643643033349538	0,785327243875854
BUT_D	- 1,567	28,236	0,128	-1,463247314292181	0,194615735344813
FIG_BMI attuale	- 0,053	42	0,958	-4,104	3,893

FIG_BMI desiderato	- 1,423	42	0,162	-3,747	0,648
FIG_BMI femminile attraente	- 0,882	42	0,383	-3,225	1,263
FIG_BMI maschile attraente	- 0,467	41	0,643	-2,290	1,431
Dispercezione	- 2,177	28,603	0,038	-5,046818647752456	-0,156156644377473
Insoddisfazione corporea	0,760	42	0,451	-2,390	5,278

Tabella IV. Test T – campioni indipendenti

Dall'analisi dei dati riportati nella *tabella IV*, risulta significativo ($p < 0,05$), in rapporto al fatto che i pazienti si trovino attualmente in trattamento ormonale o meno, sia il punteggio medio ottenuto nella sotto scala BUT_BIC, che il valore di dispercezione corporea. Le altre variabili invece, non risultano avere una variazione significativa in base al valore medio riportato.

Per comprendere in che modo si correlino i valori di BUT_BIC e dispercezione con TOS, si confrontano le medie della popolazione TOS+ e TOS- (*tabella III*). Da questo confronto emerge un valore di BUT_BIC più elevato nella popolazione non in trattamento ormonale sostitutivo (TOS-), e un grado di dispercezione maggiore nella popolazione in trattamento ormonale sostitutivo (TOS+).

Modello - TOS										
Modello	Deviazione	AIC	BIC	df	X ²	p	McFadden R ²	Nagelkerke R ²	Tjur R ²	Cox & Snell R ²
H ₀	60.176	62.176	63.960	43						
H ₁	38.963	56.963	73.021	35	21.213	.007	.353	.513	.420	.383

Tabella V. Sommario dei modelli H₀ e H₁ di TOS

Coefficienti								
	Estimate	Standard error	Standardized	Odds ratio	z	Wald test		
						Wald statistic	df	p
(intercept)	-0.050	1.695	-0.282	0.951	-.029	8.656×10 ⁻⁴	1	0.977
BUT_WP	0.036	0.828	0.040	1.037	0.044	0.002	1	0.965
BUT_BIC	-1.336	0.928	-1.713	0.263	-	2.072	1	0.150
BUT_A	0.833	0.626	1.158	2.300	1.331	1.771	1	0.183
BUT_CSM	0.969	0.642	1.114	2.635	1.509	2.276	1	0.131
BUT_D	-0.847	0.808	-1.081	0.429	-	1.099	1	0.359
RSES	0.088	0.096	0.478	1.092	0.917	0.841	1	0.359
Dispercezione	-0.318	0.145	-1.233	0.728	-	4.827	1	0.028
Insoddisfazione corporea	0.174	0.090	1.083	1.191	1.937	3.750	1	0.053

Tabella VI. Regressione logistica

La tabella VI riporta la regressione logistica che evidenzia come vi sia una specificità della dispercezione del FRS nelle persone non in TOS, che potrebbe suggerire una possibilità di miglioramento di questo aspetto con la TOS ma che andrebbe confermato con studi longitudinali successivi.

Relazione di Pearson	
Età	1
BMI	.205
BMI_MAX	.343
BMI_min	.287
s. SCOFF5	-.188
s. SCOFF7	-.136
RSES	-.274
BUT_totale	-.386**
BUT_GSI	-.371*
BUT_WP	-.210
BUT_BIC	-.346*
BUT_A	-.371*
BUT_CSM	-.370*
BUT_D	-.338*
BMI attuale	.083
BMI desid.	-.293
BMI f.attr.	-.346*
BMI m.attr.	-.160
Dispercezi.	-.144
Insoddisfazi.	.257
BMI	.923**
BMI_MAX	.698**
BMI_min	.1
SommaSCOFF5	.948**
SommaSCOFF7	.1
Rosemberg	.224
BUT_totale	.303*
BUT_GSI	.999**
BUT_WP	.830**
BUT_BIC	.765**
BUT_A	.815**
BUT_CSM	.656**
BUT_D	.0041
FIG_BMI attuale	.342*
FIG_BMI desiderato	.778**
FIG_BMI femm attraente	.413**
FIG_BMI masc attraente	.187
Dispercezione	.438**
Insoddisfazione corporea	.1

** → la correlazione è significativa a livello 0,01 (a due code)

* → la correlazione è significativa a livello 0,05 (a due code)

Tabella VII. Relazione di Pearson tra le variabili analizzate

Nella *tabella VII* sono riportati i valori di R di Pearson per tutte le variabili analizzate dallo studio. Per definire le relazioni come significative o meno sono stati calcolati i valori di p per ogni coppia di variabili.

Nei casi in cui la relazione tra due variabili è risultata significativa per $p < 0,05$, i valori di R sono stati segnalati con un asterisco, in ogni caso in cui la relazione è significativa anche per un livello di $p < 0,01$ i valori sono stati segnati con un doppio asterisco.

Dalla *tabella V* è possibile notare la presenza di relazioni statisticamente significative a livello 0,01 per diverse variabili. L'età dei soggetti e il punteggio ottenuto nel BUT sono correlati da una relazione negativa che indica una minor preoccupazione legata al corpo all'aumentare dell'età. Osservando anche le relazioni a livello 0,05, si nota una correlazione dell'età anche con le varie sottoscale del BUT, ad eccezione della sottoscala BUT_WP, specifica per la preoccupazione legata al peso.

La stessa sottoscala BUT_WP, invece, risulta essere caratterizzata da una correlazione positiva con i valori ottenuti nei questionari per la valutazione di eventuali disturbi alimentari SCOFF5 e SCOFF7, mentre la sottoscala BUT_A è caratterizzata da una relazione positiva con il risultato della *Rosenberg self-esteem scale*.

Altre correlazioni significative ad un livello 0,01 si possono osservare per i livelli di BMI attuale in relazione all'insoddisfazione corporea e per quest'ultima in relazione alla dispercezione, entrambe relazioni positive; il BMI attuale inoltre presenta una correlazione positiva con la dispercezione corporea.

4. DISCUSSIONE

4.1 Disturbi dell'alimentazione

Per quanto riguarda i risultati ottenuti dalla valutazione dei punteggi SCOFF5 e 7 nelle due popolazioni, TOS+ e TOS-, la differenza tra i due gruppi analizzati non è risultata statisticamente significativa.

Tuttavia, valutando esclusivamente il numero di pazienti, in entrambi i gruppi si riscontra una maggioranza di persone con SCOFF maggiore o uguale a due, quindi indicativo di sospetto disturbo alimentare. Potrebbe essere significativo il fatto che all'interno del campione, composto esclusivamente da individui TGD, la maggior parte dei pazienti sembri soffrire di un comportamento legato al corpo e all'alimentazione. Questo risultato è concorde con la letteratura che, seppur non esaustiva, riporta una maggior rischio di comportamenti riconducibili a disturbi dell'alimentazione in individui TGD rispetto ai coetanei cisgender, potendo giustificare quindi un'incidenza elevata per quanto riguarda il campione in esame. Un ruolo rilevante in questo aumento del rischio può essere spiegato dal modello del minority stress e dagli stressori unici della popolazione in esame quali lo stigma, la discriminazione e il pregiudizio nei confronti della popolazione TGD (39,113). Questi elementi stressori hanno un effetto aggravante sulla salute degli individui TGD, portando ad un aumento dell'incidenza di disturbi legati alla salute mentale tra cui proprio i disturbi del comportamento alimentare.

La progettazione dello studio non permette di fare un confronto con la popolazione cisgender, ma studi futuri potrebbero approfondire l'aspetto di incidenza e di eventuali valutazioni psicopatologiche dei disturbi alimentari mediante un'impostazione di tipo caso-controllo.

4.2 Percezione corporea

Confrontando la popolazione in TOS con quella ancora priva di terapia medica di tipo ormonale si sono riscontrate due correlazioni statisticamente significative tra le variabili analizzate. In particolare, il valore medio ottenuto

nella valutazione della sottoscala BIC del BUT, la quale indica la preoccupazione legata al corpo, è risultato più elevato nella popolazione che non ha ancora iniziato il TOS. Al contrario, il livello di dispercezione corporea, calcolata come differenza tra il BMI percepito dal soggetto come proprio e il BMI misurato (*BMI percepito – BMI reale*), è risultato maggiore nella popolazione in TOS.

Questi risultati sono interpretabili alla luce del già menzionato rapporto conflittuale di gran parte degli individui TGD con il proprio corpo, in quanto non concorde con il genere esperito. È facile comprendere quindi come, prima dell'inizio di un trattamento ormonale volto proprio a rendere il suddetto corpo più allineato all'esperienza della persona, la persona stessa provi un disagio ed una preoccupazione elevata rivolti alla presentazione di sé. Questo si traduce in un punteggio medio maggiore ottenuto alla valutazione della scala BIC.

Per quanto riguarda il risultato ottenuto per il quale la dispercezione sembra aumentare nei pazienti in trattamento medico, esso può essere spiegato in vari modi. Uno di questi potrebbe essere l'investimento psicologico dell'individuo nei confronti del corpo, che può aumentare una volta iniziato il trattamento ormonale. Gli individui TGD, quando iniziano il trattamento ormonale, si aspettano spesso un miglioramento di qualunque difficoltà legata alla dispercezione corporea e, mentre l'aspetto della disforia in sé può migliorare significativamente, queste problematiche non si esauriscono con il semplice inizio della terapia medica. Un motivo può essere proprio l'ulteriore aumento dell'attenzione dell'individuo rivolto in modo selettivo agli aspetti che desidera cambiare o rimuovere del suo corpo.

In letteratura è riportato il fenomeno secondo il quale il desiderio di “passare” come appartenente al proprio genere esperito e il focus ossessivo sulla modifica degli attributi fisici per conformarsi alle norme sociali può esacerbare l'insoddisfazione corporea e contribuire allo sviluppo di problemi di salute mentale (114). I dati di questo studio, tuttavia, non sostengono completamente questo risultato in quanto il valore medio di insoddisfazione corporea non risulta significativamente diverso tra la popolazione in TOS e quella non in TOS.

Anche la regressione logistica riportata dimostra una specificità della dispercezione corporea, misurata grazie alla valutazione della FRS, nelle persone

in trattamento ormonale; in particolare, i pazienti in TOS hanno presentato valori negativi alla dispercezione, rappresentativi di una sottostima da parte del paziente stesso del proprio BMI. L'interazione significativa tra TOS e dispercezione permette di ipotizzare un effetto diretto della terapia ormonale sostitutiva sulla dispercezione corporea che potrebbe essere sfruttato per ottimizzare l'approccio a questo tipo di paziente, ma la relazione tra le due variabili necessita di approfondimento ulteriore, possibilmente tramite studi longitudinali successivi.

4.3 Analisi di correlazione

Prescindendo dal trattamento ormonale, poi, si sono ricercate eventuali relazioni esistenti tra tutte le variabili analizzate nello studio attraverso i valori di R di Pearson. Questi hanno evidenziato la presenza di relazioni statisticamente significative a livello 0,01 per diverse variabili.

In particolare, degna di nota è la relazione esistente tra l'età dei soggetti e il punteggio ottenuto nel BUT; le due variabili sono correlate da una relazione negativa, la quale indica una minor preoccupazione legata al corpo all'aumentare dell'età del soggetto. Osservando anche le relazioni a livello 0,05, si nota una correlazione dell'età anche con le varie sottoscale del BUT, ad eccezione della sottoscala BUT_WP, specifica per la preoccupazione legata al peso. I risultati sono concordi con la letteratura che, seppur scarsa al riguardo, riporta come l'età risulti essere, almeno per quanto riguarda gli individui TGD, un fattore protettivo nei confronti delle problematiche legate all'immagine corporea (115). Questo potrebbe essere dato da un aumento della resilienza individuale e da una diminuzione della necessità di approvazione esterna (116,117). I meccanismi di coping legati all'età potrebbero contribuire allo sviluppo di un'immagine corporea più positiva negli individui transgender più anziani, sottolineando la necessità di considerare l'età in quanto fattore rilevante nelle strategie di intervento, come già riportato nella popolazione cisgender (118,119).

Interessante è anche notare come l'età non abbia una correlazione stretta con il punteggio ottenuto agli SCOFF5 e 7, il che sottolinea come ci siano vari elementi

psicopatologici che influiscono sullo sviluppo delle malattie del comportamento alimentare, che esulano dall'età del soggetto.

Sempre all'interno del questionario BUT, la sottoscala BUT_WP risulta essere caratterizzata da una correlazione positiva con i valori ottenuti nei questionari per la valutazione di eventuali disturbi alimentari SCOFF5 e SCOFF7, mentre la sottoscala BUT_A è caratterizzata da una relazione positiva con il risultato della *Rosenberg self-esteem scale*. Queste correlazioni non stupiscono in quanto la scala WP valuta una preoccupazione eccessiva nei confronti dell'aumento di peso, legata strettamente alla psicopatologia caratterizzante i disturbi alimentari; la sottoscala A, invece, riguarda i comportamenti di evitamento legati all'immagine corporea che possono aumentare in individui con problematiche di autostima.

Altre correlazioni significative ad un livello 0,01 si possono osservare per i valori di BMI attuale, l'insoddisfazione legata al corpo e la dispercezione corporea. Essendo queste correlazioni positive sembrano suggerire un aumento di problematiche di insoddisfazione e dispercezione all'aumentare del BMI del soggetto in esame.

5. LIMITI

Il primo limite dello studio risiede nella numerosità campionaria che, sebbene sufficiente per consentire un'analisi statisticamente significativa, risulta comunque ridotta. Inoltre, i risultati si basano su questionari compilati in modo soggettivo dai pazienti e non su dati quantitativi oggettivi, che permetterebbero un'analisi più precisa ma sono di difficile ottenimento, considerate le tematiche trattate.

I questionari utilizzati non sono stati creati specificamente per una popolazione TGD, il che comporta una mancata considerazione completa delle difficoltà peculiari di questi individui, che potrebbero influenzare in modo diverso la percezione di sé e del proprio corpo.

Infine, il campione analizzato comprende pazienti in stadi diversi della terapia ormonale e del loro percorso di cura in generale, non permettendo uno studio approfondito sulle modifiche che possono verificarsi nelle stesse variabili a seconda del periodo di cura.

Per superare queste problematiche, studi futuri dovrebbero essere condotti su campioni più ampi, includendo individui in terapia ormonale da anni. Sarebbe rilevante valutare come le stesse variabili si modifichino negli individui in relazione al tempo trascorso in terapia ormonale sostitutiva.

Inoltre, vista la natura strettamente psicologica di molte delle problematiche trattate, risulterebbe interessante analizzare la popolazione in studio anche in base agli anni di psicoterapia svolti, affiancata alla terapia ormonale sostitutiva.

6. CONCLUSIONI

Questo studio ha permesso di ottenere dei dati iniziali sul campione disponibile, ponendo le basi per ampliarlo in futuro effettuando eventualmente uno studio longitudinale sul campione in trattamento.

Le particolarità dell'esperienza della popolazione transgender che stanno emergendo negli ultimi anni permettono un inquadramento più accurato del paziente alla luce del vissuto unico della popolazione TGD. Nel particolare, per quanto riguarda le problematiche legate alla percezione e all'immagine corporea, e di conseguenza all'alimentazione, è di fondamentale importanza la comprensione della psicopatologia negli individui TGD.

In questa popolazione, infatti, ai fattori psicopatologici studiati per la popolazione cisgender, si sommano un insieme di fattori sociali e ambientali aggiuntivi. Quello che questo studio ha cercato di ottenere è una comprensione più approfondita di come le variabili legate a immagine corporea e salute mentale interagiscano negli individui TGD per permettere in futuro un trattamento sempre più efficace e mirato, non limitato dal fatto che la popolazione target è ad oggi una minoranza, ma anzi tenendo in considerazione questa condizione come base da cui partire per costruire una condizione di benessere.

7. Bibliografia

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013. quinta edizione.
2. Bem SL. THE MEASUREMENT OF PSYCHOLOGICAL ANDROGYNY.
3. Almås EM, Benestad EEP, Bolstad SH, Karlsen TI, Giami A. Gender Identity Orientation and Sexual Activity—A Survey among Transgender and Gender-Diverse (TGD) Individuals in Norway. *Healthcare*. 16 febbraio 2024;12(4):482.
4. Besser M, Carr S, Cohen-Kettenis P, Connolly P, Sutter P, Diamond M, et al. Atypical gender development: a review. *Gires, King's Fund*, april 2004. *Eighteenth-Century Stud*. 1 gennaio 2006;9:29–44.
5. Champagne FA. Epigenetic influence of social experiences across the lifespan. *Dev Psychobiol*. maggio 2010;52(4):299–311.
6. Holliday R. Epigenetics: a historical overview. *Epigenetics*. 2006;1(2):76–80.
7. Hyde JS, Bigler RS, Joel D, Tate CC, van Anders SM. The future of sex and gender in psychology: Five challenges to the gender binary. *Am Psychol*. 2019;74(2):171–93.
8. Rametti G, Carrillo B, Gómez-Gil E, Junque C, Zubiarre-Elorza L, Segovia S, et al. The microstructure of white matter in male to female transsexuals before cross-sex hormonal treatment. A DTI study. *J Psychiatr Res*. luglio 2011;45(7):949–54.
9. Zhou JN, Hofman MA, Gooren LJ, Swaab DF. A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature*. 2 novembre 1995;378(6552):68–70.
10. Fausto-Sterling A. Gender/Sex, Sexual Orientation, and Identity Are in the Body: How Did They Get There? *J Sex Res*. 2019;56(4–5):529–55.
11. Langer s. J. *Theorizing Transgender Identity for Clinical Practice: A New Model for Understanding Gender*. 2019.
12. Mueller SC, Guillamon A, Zubiaurre-Elorza L, Junque C, Gomez-Gil E, Uribe C, et al. The Neuroanatomy of Transgender Identity: Mega-Analytic Findings From the ENIGMA Transgender Persons Working Group. *J Sex Med*. giugno 2021;18(6):1122–9.
13. Joel D, Berman Z, Tavor I, Wexler N, Gaber O, Stein Y, et al. Sex beyond the genitalia: The human brain mosaic. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 15 dicembre 2015;112(50):15468–73.
14. Kreukels BPC, Guillamon A. Neuroimaging studies in people with gender incongruence. *Int Rev Psychiatry Abingdon Engl*. 2016;28(1):120–8.
15. Bradford NJ, Rider GN, Catalpa JM, Morrow QJ, Berg DR, Spencer KG, et al. Creating gender: A thematic analysis of genderqueer narratives. *Int J Transgenderism*. 25 maggio 2018;20(2–3):155–68.

16. Yeadon-Lee T. What's the story?: Exploring online narratives of non-binary gender identities. *1 giugno 2016*;11:19–34.
17. Matsuno E, Budge SL. Non-binary/Genderqueer Identities: a Critical Review of the Literature. *Curr Sex Health Rep.* 1 settembre 2017;9(3):116–20.
18. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *Int J Transgender Health.* 2022;23(Suppl 1):S1–259.
19. World Health Assembly Update, 25 May 2019 [Internet]. [citato 20 aprile 2024]. Disponibile su: <https://www.who.int/news/item/25-05-2019-world-health-assembly-update>
20. Reed GM, Drescher J, Krueger RB, Atalla E, Cochran SD, First MB, et al. Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA.* ottobre 2016;15(3):205–21.
21. La “fragile” depatologizzazione delle persone transgender. *Ric Prat.* 1 gennaio 2023;39(1):28–9.
22. Gender incongruence and transgender health in the ICD [Internet]. [citato 17 aprile 2024]. Disponibile su: <https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/gender-incongruence-and-transgender-health-in-the-icd>
23. Furlong Y, Janca A. Gender (r)evolution and contemporary psychiatry. *BJPsych Open.* 7 aprile 2022;8(3):e80.
24. Kremen J, Williams C, Barrera EP, Harris RM, McGregor K, Millington K, et al. Addressing Legislation That Restricts Access to Care for Transgender Youth. *Pediatrics.* maggio 2021;147(5):e2021049940.
25. Benjamin H. The transsexual phenomenon. *Trans N Y Acad Sci.* 1967;29(4):428–30.
26. Crapanzano A, Mixon L. The state of affirmative mental health care for Transgender and Gender Non-Confirming people: an analysis of current research, debates, and standards of care. *Riv Psichiatri.* 2022;57(1):44–54.
27. Lev AI. *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families.* Binghamton, NY, US: Haworth Clinical Practice Press; 2004. xxix, 467 p. (Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families).
28. Schulz SL. The Informed Consent Model of Transgender Care: An Alternative to the Diagnosis of Gender Dysphoria. *J Humanist Psychol.* 1 gennaio 2018;58(1):72–92.
29. Waszkiewicz E. Getting by Gatekeepers: Transmen's Dialectical Negotiations within Psychomedical Institutions. *Sociol Theses [Internet].* 4 dicembre 2006; Disponibile su: https://scholarworks.gsu.edu/sociology_theses/13

30. Robles García R, Ayuso-Mateos JL. CIE-11 and the depathologisation of the transgender condition. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2019;12(2):65–7.
31. Fernández Rodríguez M. Gender Incongruence is No Longer a Mental Disorder. *J Ment Health Clin Psychol.* 1 settembre 2018;2(5):6–8.
32. The Health of Sexual Minorities [Internet]. [citato 24 aprile 2024]. Disponibile su: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-0-387-31334-4>
33. Flentje A, Heck NC, Brennan JM, Meyer IH. The relationship between minority stress and biological outcomes: A systematic review. *J Behav Med.* ottobre 2020;43(5):673–94.
34. Delozier AM, Kamody RC, Rodgers S, Chen D. Health Disparities in Transgender and Gender Expansive Adolescents: A Topical Review From a Minority Stress Framework. *J Pediatr Psychol.* 1 settembre 2020;45(8):842–7.
35. Reisner SL, Veters R, Leclerc M, Zaslow S, Wolfrum S, Shumer D, et al. Mental health of transgender youth in care at an adolescent urban community health center: a matched retrospective cohort study. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* marzo 2015;56(3):274–9.
36. Day JK, Fish JN, Perez-Brumer A, Hatzenbuehler ML, Russell ST. Transgender Youth Substance Use Disparities: Results From a Population-Based Sample. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* dicembre 2017;61(6):729–35.
37. Fisher CB, Fried AL, Desmond M, Macapagal K, Mustanski B. Perceived Barriers to HIV Prevention Services for Transgender Youth. *LGBT Health.* 2018;5(6):350–8.
38. Rider GN, McMorris BJ, Gower AL, Coleman E, Eisenberg ME. Health and Care Utilization of Transgender and Gender Nonconforming Youth: A Population-Based Study. *Pediatrics.* marzo 2018;141(3):e20171683.
39. Hendricks ML, Testa RJ. A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Prof Psychol Res Pract.* ottobre 2012;43(5):460–7.
40. Testa RJ, Habarth J, Peta J, Balsam K, Bockting W. Development of the Gender Minority Stress and Resilience Measure. *Psychol Sex Orientat Gen Divers.* marzo 2015;2(1):65–77.
41. Tebbe EA, Moradi B. Suicide risk in trans populations: An application of minority stress theory. *J Couns Psychol.* 2016;63(5):520–33.
42. Jefferson K, B. Neilands T, Sevelius J. Transgender women of color: discrimination and depression symptoms. Carol Mutch and Dr Jay Marlowe D, curatore. *Ethn Inequalities Health Soc Care.* 1 gennaio 2013;6(4):121–36.
43. Barr SM, Snyder KE, Adelson JL, Budge SL. Posttraumatic stress in the trans community: The roles of anti-transgender bias, non-affirmation, and internalized transphobia. *Psychol Sex Orientat Gen Divers.* 2022;9(4):410–21.

44. Riggs DW, Ansara GY, Treharne GJ. An Evidence-Based Model for Understanding the Mental Health Experiences of Transgender Australians. *Aust Psychol.* 1 febbraio 2015;50(1):32–9.
45. White Hughto JM, Reisner SL, Pachankis JE. Transgender Stigma and Health: A Critical Review of Stigma Determinants, Mechanisms, and Interventions. *Soc Sci Med* 1982. dicembre 2015;147:222–31.
46. Tebbe EA, Allan BA, Bell HL. Work and well-being in TGNC adults: The moderating effect of workplace protections. *J Couns Psychol.* 2019;66(1):1–13.
47. Tebbe EA, Simone M, Wilson E, Hunsicker M. A dangerous visibility: Moderating effects of antitrans legislative efforts on trans and gender-diverse mental health. *Psychol Sex Orientat Gend Divers.* 2022;9(3):259–71.
48. Price-Feeney M, Green AE, Dorison SH. Impact of Bathroom Discrimination on Mental Health Among Transgender and Nonbinary Youth. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* giugno 2021;68(6):1142–7.
49. Horne SG, McGinley M, Yel N, Maroney MR. The stench of bathroom bills and anti-transgender legislation: Anxiety and depression among transgender, nonbinary, and cisgender LGBTQ people during a state referendum. *J Couns Psychol.* gennaio 2022;69(1):1–13.
50. Scheim AI, Perez-Brumer AG, Bauer GR. Gender-concordant identity documents and mental health among transgender adults in the USA: a cross-sectional study. *Lancet Public Health.* aprile 2020;5(4):e196–203.
51. Bakko M, Kattari SK. Transgender-Related Insurance Denials as Barriers to Transgender Healthcare: Differences in Experience by Insurance Type. *J Gen Intern Med.* giugno 2020;35(6):1693–700.
52. de Graaf NM, Cohen-Kettenis PT, Carmichael P, de Vries ALC, Dhondt K, Laridaen J, et al. Psychological functioning in adolescents referred to specialist gender identity clinics across Europe: a clinical comparison study between four clinics. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* luglio 2018;27(7):909–19.
53. Newcomb ME, Hill R, Buehler K, Ryan DT, Whitton SW, Mustanski B. High Burden of Mental Health Problems, Substance Use, Violence, and Related Psychosocial Factors in Transgender, Non-Binary, and Gender Diverse Youth and Young Adults. *Arch Sex Behav.* febbraio 2020;49(2):645–59.
54. Tebbe EA, Budge SL. Factors that drive mental health disparities and promote well-being in transgender and nonbinary people. *Nat Rev Psychol.* 2022;1(12):694–707.
55. Galupo MP, Pulice-Farrow L, Lindley L. “Every time I get gendered male, I feel a pain in my chest”: Understanding the social context for gender dysphoria. *Stigma Health.* maggio 2020;5(2):199–208.
56. Ålgars M, Santtila P, Sandnabba NK. Conflicted gender identity, body dissatisfaction, and disordered eating in adult men and women. *Sex Roles J Res.* 2010;63(1–2):118–25.

57. Becker I, Auer M, Barkmann C, Fuss J, Möller B, Nieder TO, et al. A Cross-Sectional Multicenter Study of Multidimensional Body Image in Adolescents and Adults with Gender Dysphoria Before and After Transition-Related Medical Interventions. *Arch Sex Behav.* novembre 2018;47(8):2335–47.
58. Kraemer B, Delsignore A, Schnyder U, Hepp U. Body image and transsexualism. *Psychopathology.* 2008;41(2):96–100.
59. Gonzalez S. «Do I Look Okay?»: Unpacking the Relations Between Body Image, Sexual Orientation, Gender Identity, and Mental Health. 1 gennaio 2018;
60. Witcomb GL, Bouman WP, Brewin N, Richards C, Fernandez-Aranda F, Arcelus J. Body image dissatisfaction and eating-related psychopathology in trans individuals: a matched control study. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* luglio 2015;23(4):287–93.
61. van de Grift TC, Cohen-Kettenis PT, Steensma TD, De Cuypere G, Richter-Appelt H, Haraldsen IRH, et al. Body Satisfaction and Physical Appearance in Gender Dysphoria. *Arch Sex Behav.* aprile 2016;45(3):575–85.
62. Brecht A, Bos S, Ries L, Hübner K, Widenka PM, Winter SM, et al. Analyzing body dissatisfaction and gender dysphoria in the context of minority stress among transgender adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2 marzo 2024;18(1):30.
63. Tabaac A, Perrin PB, Benotsch EG. Discrimination, mental health, and body image among transgender and gender-non-binary individuals: Constructing a multiple mediational path model. *J Gay Lesbian Soc Serv.* 2018;30(1):1–16.
64. Muratore LA, Flentje A, Schuster D, Capriotti MR. Disordered Eating and Body Dissatisfaction in Transgender and Gender-Expansive Adults: An Evaluation and Integration of the Gender Minority Stress and Resilience and Tripartite Influence Models. *Behav Ther.* settembre 2022;53(5):869–86.
65. Strübel J, Sabik NJ, Tylka TL. Body image and depressive symptoms among transgender and cisgender adults: Examining a model integrating the tripartite influence model and objectification theory. *Body Image.* dicembre 2020;35:53–62.
66. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry.* 1 febbraio 2007;61(3):348–58.
67. Murray SB. Gender Identity and Eating Disorders: The Need to Delineate Novel Pathways for Eating Disorder Symptomatology. *J Adolesc Health.* 1 gennaio 2017;60(1):1–2.
68. Murray SB, Nagata JM, Griffiths S, Calzo JP, Brown TA, Mitchison D, et al. The enigma of male eating disorders: A critical review and synthesis. *Clin Psychol Rev.* 1 novembre 2017;57:1–11.
69. Coelho JS, Suen J, Clark BA, Marshall SK, Geller J, Lam PY. Eating Disorder Diagnoses and Symptom Presentation in Transgender Youth: a Scoping Review. *Curr Psychiatry Rep.* 15 ottobre 2019;21(11):107.

70. Duffy ME, Henkel KE, Joiner TE. Prevalence of Self-Injurious Thoughts and Behaviors in Transgender Individuals With Eating Disorders: A National Study. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* aprile 2019;64(4):461–6.
71. Nagata JM, Murray SB, Compte EJ, Pak EH, Schauer R, Flentje A, et al. Community norms for the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) among transgender men and women. *Eat Behav.* aprile 2020;37:101381.
72. McGregor K, McKenna JL, Barrera EP, Williams CR, Hartman-Munick SM, Guss CE. Disordered eating and considerations for the transgender community: a review of the literature and clinical guidance for assessment and treatment. *J Eat Disord.* 15 maggio 2023;11(1):75.
73. Feusner JD, Lidström A, Moody TD, Dhejne C, Bookheimer SY, Savic I. Intrinsic network connectivity and own body perception in gender dysphoria. *Brain Imaging Behav.* agosto 2017;11(4):964–76.
74. Turan Ş, Aksoy Poyraz C, Usta Sağlam NG, Demirel ÖF, Haliloğlu Ö, Kadioğlu P, et al. Alterations in Body Uneasiness, Eating Attitudes, and Psychopathology Before and After Cross-Sex Hormonal Treatment in Patients with Female-to-Male Gender Dysphoria. *Arch Sex Behav.* novembre 2018;47(8):2349–61.
75. Pham A, Kerman H, Albertson K, Crouch JM, Inwards-Breland DJ, Ahrens KR. Understanding the Complex Relationship Between One’s Body, Eating, Exercise, and Gender-Affirming Medical Care Among Transgender and Nonbinary Adolescents and Young Adults. *Transgender Health.* 1 aprile 2023;8(2):149–58.
76. Niemira JC, Jacobson GJ, Violeta KJ. *Sex, Sexuality, and Trans Identities: Clinical Guidance for Psychotherapists and Counselors.* Jessica Kingsley Publishers; 2019. 306 p.
77. Testa RJ, Rider GN, Haug NA, Balsam KF. Gender confirming medical interventions and eating disorder symptoms among transgender individuals. *Health Psychol.* 2017;36(10):927–36.
78. Malina S. Unique Causes And Manifestations of Eating Disorders Within Transgender Populations. *Columbia Soc Work Rev.* 4 maggio 2021;19(1):138–57.
79. Gordon AR, Austin SB, Schultz J, Guss CE, Calzo JP, Wang ML. Gender Expression, Peer Victimization, and Disordered Weight-Control Behaviors Among U.S. High School Students. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* giugno 2021;68(6):1148–54.
80. Holt V, Skagerberg E, Dunsford M. Young people with features of gender dysphoria: Demographics and associated difficulties. *Clin Child Psychol Psychiatry.* gennaio 2016;21(1):108–18.
81. Chang SC, Singh A, Dickey LM. *A clinician’s guide to gender-affirming care: Working with transgender & gender nonconforming clients.* Oakland, CA, US: New Harbinger Publications, Inc.; 2018. x, 298 p. (A clinician’s guide to gender-affirming care: Working with transgender & gender nonconforming clients).

82. Galupo MP, Cusack CE, Morris ER. «Having a non-normative body for me is about survival»: Androgynous body ideal among trans and nonbinary individuals. *Body Image*. dicembre 2021;39:68–76.
83. Allen BJ, Stratman ZE, Kerr BR, Zhao Q, Moreno MA. Associations Between Psychosocial Measures and Digital Media Use Among Transgender Youth: Cross-sectional Study. *JMIR Pediatr Parent*. 13 agosto 2021;4(3):e25801.
84. Gehi PS, Arkles G. Unraveling injustice: Race and class impact of medicaid exclusions of transition-related health care for transgender people. *Sex Res Soc Policy*. 1 dicembre 2007;4(4):7.
85. Bradford J, Reisner SL, Honnold JA, Xavier J. Experiences of transgender-related discrimination and implications for health: results from the Virginia Transgender Health Initiative Study. *Am J Public Health*. ottobre 2013;103(10):1820–9.
86. Stice E, Shaw HE. Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings. *J Psychosom Res*. 1 novembre 2002;53(5):985–93.
87. Jones BA, Haycraft E, Murjan S, Arcelus J. Body dissatisfaction and disordered eating in trans people: A systematic review of the literature. *Int Rev Psychiatry*. 2 gennaio 2016;28(1):81–94.
88. Watson RJ, Veale JF, Saewyc EM. Disordered eating behaviors among transgender youth: Probability profiles from risk and protective factors. *Int J Eat Disord*. maggio 2017;50(5):515–22.
89. Brewster ME, Velez BL, Breslow AS, Geiger EF. Unpacking body image concerns and disordered eating for transgender women: The roles of sexual objectification and minority stress. *J Couns Psychol*. 2019;66(2):131–42.
90. Velez BL, Breslow AS, Brewster ME, Cox Jr. R, Foster AB. Building a pantheoretical model of dehumanization with transgender men: Integrating objectification and minority stress theories. *J Couns Psychol*. 2016;63(5):497–508.
91. Thompson JK, Heinberg LJ, Altabe M, Tantleff-Dunn S. *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington, DC, US: American Psychological Association; 1999. xii, 396 p. (Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance).
92. Tylka TL. Refinement of the tripartite influence model for men: Dual body image pathways to body change behaviors. *Body Image*. 1 giugno 2011;8(3):199–207.
93. Testa RJ, Michaels MS, Bliss W, Rogers ML, Balsam KF, Joiner T. Suicidal ideation in transgender people: Gender minority stress and interpersonal theory factors. *J Abnorm Psychol*. 2017;126(1):125–36.
94. Feldman J, Brown GR, Deutsch MB, Hembree W, Meyer W, Meyer-Bahlburg HFL, et al. Priorities for transgender medical and healthcare research. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. aprile 2016;23(2):180–7.

95. Chen D, Hidalgo MA, Leibowitz S, Leininger J, Simons L, Finlayson C, et al. Multidisciplinary Care for Gender-Diverse Youth: A Narrative Review and Unique Model of Gender-Affirming Care. *Transgender Health*. 2016;1(1):117–23.
96. Guss C, Katz-Wise S. Care of the Lesbian, Gay, Bisexual, transgender and queer teen. In: *Pediatric and adolescent gynecology*. 7th ed. Wolter Kluwer; 2019.
97. Cusack CE, Iampieri AO, Galupo MP. “I’m still not sure if the eating disorder is a result of gender dysphoria”: Trans and nonbinary individuals’ descriptions of their eating and body concerns in relation to their gender. *Psychol Sex Orientat Gen Divers*. dicembre 2022;9(4):422–33.
98. Ewan LA, Middleman AB, Feldmann J. Treatment of anorexia nervosa in the context of transsexuality: a case report. *Int J Eat Disord*. gennaio 2014;47(1):112–5.
99. Beischel WJ, Gauvin SEM, van Anders SM. «A little shiny gender breakthrough»: Community understandings of gender euphoria. *Int J Transgender Health*. 2022;23(3):274–94.
100. Rew L, Young CC, Monge M, Bogucka R. Review: Puberty blockers for transgender and gender diverse youth-a critical review of the literature. *Child Adolesc Ment Health*. febbraio 2021;26(1):3–14.
101. Turban JL, King D, Kobe J, Reisner SL, Keuroghlian AS. Access to gender-affirming hormones during adolescence and mental health outcomes among transgender adults. *PloS One*. 2022;17(1):e0261039.
102. Tordoff DM, Wanta JW, Collin A, Stepney C, Inwards-Breland DJ, Ahrens K. Mental Health Outcomes in Transgender and Nonbinary Youths Receiving Gender-Affirming Care. *JAMA Netw Open*. 1 febbraio 2022;5(2):e220978.
103. Donaldson AA, Hall A, Neukirch J, Kasper V, Simones S, Gagnon S, et al. Multidisciplinary care considerations for gender nonconforming adolescents with eating disorders: A case series. *Int J Eat Disord*. 2018;51(5):475–9.
104. *Pediatric Gender Identity* [Internet]. [citato 1 maggio 2024]. Disponibile su: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-38909-3>
105. Riddle MC, Safer JD. Medical considerations in the care of transgender and gender diverse patients with eating disorders. *J Eat Disord*. 21 novembre 2022;10(1):178.
106. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ*. 4 dicembre 1999;319(7223):1467–8.
107. Zotti GBD, Sangiovanni E, Brioni E, Ratti MM, Aliprandi MTS, Spotti D, et al. Valutazione del benessere psicologico di un campione di donne affette da ADPKD: qualità di vita, immagine corporea, ansia e depressione. *G Ital Nefrol*. 2019;
108. Cuzzolaro M, Vetrone G, Marano G, Garfinkel PE. The Body Uneasiness Test (BUT): Development and validation of a new body image assessment scale. *Eat Weight Disord - Stud Anorex Bulim Obes*. 1 marzo 2006;11(1):1–13.

109. Meneguzzo P, Collantoni E, Bonello E, Vergine M, Behrens SC, Tenconi E, et al. The role of sexual orientation in the relationships between body perception, body weight dissatisfaction, physical comparison, and eating psychopathology in the cisgender population. *Eat Weight Disord - Stud Anorex Bulim Obes.* 1 agosto 2021;26(6):1985–2000.
110. Mölbert SC, Thaler A, Streuber S, Black MJ, Karnath HO, Zipfel S, et al. Investigating Body Image Disturbance in Anorexia Nervosa Using Novel Biometric Figure Rating Scales: A Pilot Study. *Eur Eat Disord Rev.* 2017;25(6):607–12.
111. Yulia C, Rosdiana DS, Muktiarni M, Sari DR. Reflections of well-being: navigating body image, chronic energy deficiency, and nutritional intake among urban and rural adolescents. *Front Nutr.* 1 maggio 2024;11:1346929.
112. Sinclair SJ, Blais MA, Gansler DA, Sandberg E, Bistis K, LoCicero A. Psychometric properties of the Rosenberg Self-Esteem Scale: overall and across demographic groups living within the United States. *Eval Health Prof.* marzo 2010;33(1):56–80.
113. Meyer IH. Minority Stress and Mental Health in Gay Men. *J Health Soc Behav.* 1995;36(1):38–56.
114. Grannis C, Mattson WI, Leibowitz SF, Nahata L, Chen D, Strang JF, et al. Expanding upon the relationship between gender-affirming hormone therapy, neural connectivity, mental health, and body image dissatisfaction. *Psychoneuroendocrinology.* 1 ottobre 2023;156:106319.
115. Meneguzzo P, Zuccaretti D, Tenconi E, Favaro A. Transgender body image: Weight dissatisfaction, objectification & identity - Complex interplay explored via matched group. *Int J Clin Health Psychol IJCHP.* 2024;24(1):100441.
116. Birkett M, Newcomb ME, Mustanski B. Does It Get Better? A Longitudinal Analysis of Psychological Distress and Victimization in Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Questioning Youth. *J Adolesc Health.* 1 marzo 2015;56(3):280–5.
117. Kuper LE, Wright L, Mustanski B. Gender identity development among transgender and gender nonconforming emerging adults: An intersectional approach. *Int J Transgenderism.* 2 ottobre 2018;19(4):436–55.
118. Tiggemann M, Lynch JE. Body image across the life span in adult women: The role of self-objectification. *Dev Psychol.* 2001;37(2):243–53.
119. Lacroix E, Atkinson MJ, Garbett KM, Diedrichs PC. One size does not fit all: Trajectories of body image development and their predictors in early adolescence. *Dev Psychopathol.* febbraio 2022;34(1):285–94.

