



Università degli Studi di Genova
Genoa University



Scuola di
Scienze sociali
School of Social Sciences

DISFOR Dipartimento di Scienze della Formazione

CORSO DI LAUREA IN PSICOLOGIA CLINICA E DI COMUNITÀ

**ESSERE “E” NON ESSERE.
TRAIETTORIE POSSIBILI PER SOSTENERE
I GIOVANI TRANSGENDER E *GENDER NON-CONFORMING*
NEL PERCORSO DI AFFERMAZIONE DI SÉ**

Relatore: Prof.ssa Anna Zunino

Correlatore: Prof.ssa Luisa Stagi

Candidato: Elizabeth Santos De Sousa

ANNO ACCADEMICO

2023/2024

Indice

| | |
|--|----|
| <i>Introduzione</i> | 3 |
| <i>1. Identità di genere</i> | 5 |
| 1.1 - Origini del termine “identità di genere” | 6 |
| 1.2 - Come si sviluppa l'identità di genere | 11 |
| 1.3 - Principali teorie sulla varianza di genere..... | 16 |
| 1.4 - Fasi dello sviluppo del genere nei bambini e adolescenti transgender e <i>gender non-conforming</i> | 22 |
| 1.5 - Percorso terapeutico | 24 |
| 1.6 - Considerazioni sulla transizione medicalizzata..... | 28 |
| <i>2. Le famiglie con bambini o adolescenti transgender e gender variant</i> | 33 |
| 2.1 - Reazioni della famiglia a un bambino trans o gender non conforme | 38 |
| 2.2 - Pratiche genitoriali dannose e pratiche genitoriali efficaci | 44 |
| 2.3 – Considerazioni sul percorso terapeutico con le famiglie | 48 |
| <i>3. Una scuola più inclusiva e sicura per tutti</i> | 52 |
| 3.1 - Bullismo | 55 |
| 3.2 - Cyberbullismo..... | 59 |
| 3.3 – Come creare un ambiente supportivo per gli studenti transgender | 63 |
| <i>4. La società e la varianza di genere</i> | 67 |
| 4.1 – <i>Coming out</i> sociale..... | 70 |
| 4.2 - Lo stigma anti-transgender | 75 |
| 4.3 - <i>Transgender Minority Stress</i> | 80 |
| 4.4 - Discriminazione anti-trans da parte di professionisti della salute mentale e di operatori sanitari | 85 |
| 4.4.1 - Il conflitto tra depatologizzazione e modello del <i>gatekeeping</i> | 85 |
| 4.4.2 - Barriere nell'accesso ai servizi..... | 87 |
| 4.4.3 - Il <i>bias</i> anti-transgender tra i professionisti della salute mentale | 88 |
| 4.4.4 - Lo stigma istituzionalizzato – dalla mancanza di formazione specifica alla regolamentazione dei corpi trans..... | 89 |

| | |
|--|------------|
| 4.5 - Buone pratiche per la promozione della salute dei giovani TGNC | 92 |
| 4.5.1 - Adulti di riferimento e supporto dei giovani TGNC | 92 |
| 4.5.2 - La formazione degli Psicologi in competenze TGNC specifiche | 93 |
| 4.5.3 - La formazione del personale sanitario all'accoglienza di pazienti TGNC | 96 |
| 4.5.4 – Combattere lo stigma a livello strutturale | 98 |
| <i>Conclusioni</i> | 100 |
| <i>Appendice 1: terminologia</i> | 106 |
| <i>Bibliografia</i> | 109 |
| <i>Sitografia</i> | 154 |
| <i>Ringraziamenti</i>..... | 159 |

Introduzione

Una crescente visibilità delle persone transgender negli ultimi anni ha sollevato nell'opinione pubblica diversi interrogativi, specie quando si parla di transizione di genere in età infantile. Grande parte di questo fenomeno è stato facilitato dall'avanzare della tecnologia, dall'internet e dai social media che hanno sdoganato tra i giovani il tema della varianza di genere. La velocità con cui scorre l'informazione, invece di produrre un dibattito sociale per combattere lo stigma, ha ottenuto anche tanti detrattori che strumentalizzano la tematica trans per fini ideologici e politici, promettendo di impedire il diffondersi dell'ideologia del gender che vuole "fare del male ai bambini".

La verità è che le persone e i giovani transgender sono sempre esistiti, prima ancora che termini quali transgender o transessuale siano stati conati (Gill-Peterson, 2018). Dall'inizio degli anni Duemila una prospettiva più ampia si è sviluppata tra i ricercatori. Le varie ricerche pubblicate hanno fatto emergere molto materiale dal punto di vista sociale e clinico sulla gioventù transgender, il che ha permesso la stesura di linee guide per il trattamento di questi pazienti e un percorso, nel corso degli anni, che ha portato alla depatologizzazione della condizione transgender.

L'obiettivo del presente elaborato è di far luce sui principali aspetti attenenti all'incongruenza di genere e le prospettive cliniche per il trattamento dei sintomi della disforia di genere. Quest'ultima è generata da un conflitto tra identità di genere e corpo fisico che non riflette i caratteri esogeni di una identità sessuale endogena. Tale discrepanza è causa di innumerevoli problemi di salute mentale che, se non trattati, possono causare l'arresto nello sviluppo socio cognitivo e un peggioramento graduale della qualità della vita dell'individuo.

Di conseguenza, il presente lavoro, affinché si possa rispondere a queste importanti questioni, è così strutturato:

- nel capitolo uno si parla della nascita del paradigma dell'identità di genere e principali studiosi che hanno dato inizio allo studio del tema. Segue un'analisi comparativa dello sviluppo dell'identità di genere in età evolutiva tra bambini *gender conforming* e *gender non-conforming*. Per poi discutere le specificità degli approcci clinici relativi all'accompagnamento psicologico dei bambini *gender variant*. Si conclude il capitolo con una panoramica dei trattamenti attualmente disponibili per la transizione medicalizzata e i pro e contro di alcune di queste

procedure da un punto di vista scientifico, specialmente tra cui il controverso ricorso a dei bloccanti della pubertà per fini di esplorazione del genere in adolescenza.

Dopo aver discusso dei principali approcci teorici alla varianza di genere in età evolutiva e subseguenti trattamenti a livello clinico e medicalizzato, è stata fatta un'analisi dei tre ambiti di socializzazione del bambino: famiglia, scuola e società;

- nel capitolo due vengono esposte le principali problematiche a cui possono andare incontro i bambini *gender variant* nell'ambito familiare, così come le principali sfide per le famiglie di questi bambini. Vengono esposte le pratiche genitoriali deleterie e come queste possono causare dei gravi danni alla salute dei bambini a lungo termine. Grande accento viene messo sul lavoro con le famiglie, considerato il fatto che un ambiente familiare supportivo è un importante fattore protettivo dai problemi di salute mentale. Infine, si analizzano le pratiche genitoriali migliori per potenziare uno sviluppo sano e sereno dei bambini con varianza di genere.
- nel capitolo tre vengono approfonditi i principali temi affrontati dai giovani *gender variant* e dalle loro famiglie nell'approcciarsi alla scuola. Si fa luce sui temi quali gestire la transizione sociale a scuola, la carriera alias, il *bullying* e il *cyberbullying*. Si chiude il capitolo passando in rassegna le buone pratiche per creare un ambiente supportivo per i bambini *gender variant* e una scuola dove tutti possano sentirsi al sicuro;
- nel capitolo quattro si è analizzato come può essere difficile, sotto molti punti di vista, crescere in una società poco accogliente nei confronti delle diversità. Vengono esposti i principali problemi a cui vanno incontro i pazienti, non a causa della disforia di genere in sé, ma dello stigma e della pressione a conformarsi a una realtà che discosta dal loro vissuto interno. Si chiude il capitolo con le buone pratiche che possono essere messe in atto dai professionisti della salute mentale, dal personale medico, e dai *policy makers*.

All'interno dell'elaborato, un particolare accento viene messo sulla figura dello psicologo, per il lavoro di *advocacy* e formazione che può realizzare nei confronti delle istituzioni, e che potrebbe fare una reale differenza per avviare un cambiamento a livello di rappresentazione sociale delle questioni di genere.

1. Identità di genere

«Il mio corpo non è più il mio destino. Adesso è la mia tela»¹

Nel corso dell'ultima decade si è assistito ad una tangibile e significativa crescita del numero di giovani pazienti bisognosi di assistenza psicologica e delle relative cure mediche per quanto concerne la tematica dell'identità di genere (Al-tamini *et al.*, 2020; Delemarre-van de Wall & Cohen-Kettenis, 2006).

Per un lasso temporale importante, il paradigma del sesso e del genere sono stati valutati e analizzati in maniera perfettamente coincidente. Il sesso, infatti, era prettamente allocato e assegnato alla nascita dell'organismo, per mezzo della dell'osservazione esogena dei genitali. Teoricamente per indicare correttamente il sesso biologico dell'individuo andrebbero analizzati e considerati altri fattori, tra i quali: i cromosomi, le gonadi e gli organi riproduttivi interni.

Tuttavia, è necessario constatare che per le persone transgender² e *gender non conforming*³ la congruenza tra il sesso assegnato alla nascita e il genere provato e percepito dall'individuo stesso non si manifesta. La dissonanza tra il sesso e il genere può oscillare tra livelli differenti di intensità (Crapanzano & Mixon, 2022).

L'incrementare del bisogno per quanto concerne il tema dell'identità di genere, ha fatto sì che molti professionisti della salute mentale abbiano abbandonato idee preconcepite, in modo da accogliere, sostenere ed aiutare i giovani pazienti con efficacia e competenza (Crapanzano, 2022).

¹ "My body is no longer my destiny. It is now my canvass" (Goldner, 2011).

² Transgender: termine ombrello per definire individui la cui l'identità di genere differisce dal sesso che è stato assegnato loro alla nascita.

³ Gender non-conforming: termine usato per descrivere individui le cui espressione o identità di genere non sono conformi alle aspettative convenzionali associate al sesso assegnato loro alla nascita.

1.1 - Origini del termine “identità di genere”

Il paradigma “identità di genere” viene impiegato per delineare e tratteggiare uno specifico e intimo senso di appartenenza al proprio genere, il quale può o meno corrispondere al sesso assegnato alla nascita. Questo paradigma, così come oggi è conosciuto e trattato a livello di opinione pubblica e di media, ha iniziato a svilupparsi a partire dagli inizi del XX secolo.

Magnus Hirschfeld, sessuologo tedesco, è stato il primo a trattare la tematica dell’identità di genere in una monografia del 1910. Più precisamente, egli aveva analizzato cento casi di “travestitismo”, dove, coniato tale termine, si era focalizzato sulla disamina di individui che indossavano l’abbigliamento di persone del sesso opposto. In questo primo lavoro sul tema, l’autore usava i termini “travestiti estremi” o “travestiti totali” per riferirsi ai transessuali. Tale distinzione lo ha portato a coniare il termine transessuale nel suo saggio *Die Intersexuelle Konstitution* (Hirschfeld, 1923). Tuttavia, è solamente a partire da metà degli anni Cinquanta che il paradigma dell’identità di genere è stato maggiormente studiato ed analizzato dalla comunità scientifica; tra i maggiori studiosi del genere, della sessualità e della relativa identità, devono essere menzionati John Money, Robert Stoller e Harry Benjamin (Green, 2009).

John Money (1921-2006) è stato uno psicologo e sessuologo americano. Uno dei suoi maggiori contributi accademici si è rivolto alla concettualizzazione circa la distinzione tra l’identità di genere e il sesso biologico. In particolare, egli affermava che l’identità di genere è, in sostanza, un’interazione complessa tra differenti fattori biologici, psicologici e sociali, mentre il sesso biologico è caratterizzato solamente da fattori anatomici e fisiologici (Money & Tucker, 1975).

Il lavoro di Money si è concentrato sul ruolo della socializzazione e delle influenze dell’ambiente nel plasmare l’identità di genere dell’individuo. Lo psicologo americano riteneva infatti che anche le esperienze infantili precoci, le attitudini dei caregivers, le aspettative sociali e le norme culturali sono prodromiche alla determinazione dell’identità di genere, la quale non è influenzata e determinata dai fattori biologici.

Uno dei casi più famosi trattati da Money è quello di David Reimer⁴, un soggetto che aveva subito una riassegnazione di genere a soli otto mesi di età, a causa di una circoncisione mal riuscita che aveva creato una compromissione dei genitali. La riassegnazione del genere, proposta da Money, prevedeva che, attraverso l'educazione e la socializzazione, si sarebbe delineata l'identità di genere del soggetto interessato. Brenda era il nome femminile che era stato assegnato a David dopo l'intervento chirurgico. In ragione di ciò, il soggetto era stato allevato come una bambina; nonostante ciò, l'educazione era risultata traumatica e i periodi dell'infanzia e dell'adolescenza erano stati caratterizzati da una forte e costante lotta del soggetto nei confronti della sua identità di genere. Sebbene l'impegno di inculcare nel bambino dei comportamenti femminili, il soggetto aveva sempre rigettato tale identificazione, richiedendo successivamente una transizione per essere allocato e identificato nel genere maschile⁵.

Il caso di David Reimer è divenuto famoso all'opinione pubblica successivamente alla pubblicazione del libro "*As Nature Made Him: The Boy Who Raised as a Girl*" (Colapinto, 2000). Questo testo ha fatto esplodere la controversia circa l'etica degli interventi chirurgici per

⁴ <https://reason.com/2004/05/24/the-death-of-david-reimer/> (consultato il 17/08/2024)

⁵ Nonostante John Money sia citato come una figura di spicco per quanto concerne gli albori dello studio del paradigma dell'identità di genere, il suo caso più celebre è stato oggetto di una grave controversia riguardo non soltanto l'identità di genere ma soprattutto l'etica degli studi scientifici e degli interventi sui minori. Bruce Reimer e suo fratello gemello sono nati nel 1965. In seguito ad una diagnosi di fimosi, ai due fratelli è stata consigliato di effettuare un intervento di circoncisione. Al posto della tradizionale tecnica col bisturi, il chirurgo ha scelto la tecnica non convenzionale di cauterizzazione; l'intervento fallisce e il pene del ragazzo rimase irrimediabilmente danneggiato. Ovviamente, l'intervento non viene eseguito sul fratello al quale la fimosi guarisce naturalmente con la crescita. Nel 1967, i genitori di Reimer si rivolgono a Money, un rinomato sessuologo e psicologo del Johns Hopkins Hospital di Baltimora. Egli aveva una forte convinzione che l'identità di genere fosse un costrutto sociale modulabile dalla tenera età. Inoltre, era solito, all'epoca, prescrivere interventi chirurgici sui bambini nati intersessuali o con dei genitali anormali. Partendo da queste premesse, egli convince i genitori di Reimer che, se venisse operato e fosse cresciuto come una bambina, loro starebbero facendo i migliori interessi dell'infante. In seguito al consulto, i chirurghi dell'ospedale hanno rimosso i testicoli e il pene danneggiato del bambino. I medici hanno ricostruito al suo posto una vulva esterna e un canale vaginale. Durante tutta la sua infanzia, il ragazzo non è mai stato informato circa la sua biologia. Reimer, pertanto, costituiva per Money il caso di studio perfetto, poiché il suo fratello gemello fungeva da soggetto di controllo ideale poiché aveva lo stesso corredo genetico e i fratelli avevano condiviso lo stesso ambiente intrauterino ed erano allevati dalla stessa famiglia. Per anni Money ha seguito i ragazzi con delle visite annuali e, all'insaputa di questi, essi facevano parte di un studio di caso intitolato dal sessuologo il caso John/Joan, i cui risultati venivano tendenzialmente forzati per giustificare le sue teorie sulla fluidità di genere e i vari interventi di riassegnazione chirurgica sui minori con genitali abnormi. La verità sul caso di Reimer è che egli non si era mai adattato ai ruoli di genere femminili. All'età di 13 anni, infatti, ha rifiutato la sua visita di controllo annuale con Money minacciando il suicidio. Durante l'adolescenza, estrogeni sono stati somministrati al giovane con l'intento di farlo adattare meglio al ruolo femminile, ma senza successo. A causa dei continui episodi depressivi e del malessere del ragazzo, all'età di 15 anni i genitori rivelano la verità sul suo passato. Da allora, quest'ultimo ha deciso di vivere nelle vesti maschili; tuttavia, non si è mai ripreso dai traumi subiti dagli esperimenti di Money. Dopo l'incontro con il rivale di questo, Milton Diamond, nella metà degli anni 1990, Reimer ha deciso di rendere pubblico il suo caso. Reimer sosteneva che dall'età di sei anni durante le visite annuali di controllo, Money ordinava ai fratelli di esplorare l'un l'altro i propri genitali e simulare delle posizioni sessuali con la scusa di favorire una naturale esplorazione della sessualità infantile. Il caso ha destato grande scalpore nell'opinione pubblica, alle quali Money rispondeva puntualmente come critiche antifemministe e anti-trans, senza confessare il fallimento di questo esperimento specifico. Resta il fatto che nell'inizio dei suoi ventun anni Reimer ha tentato due volte il suicidio. Il fratello, schizofrenico e depresso, invece, è morto a causa di un'overdose di antidepressivi nel 2002. Mentre Reimer ha commesso il suicidio con arma da fuoco due anni dopo, nel 2004, all'età di 38 anni, due giorni dopo che la moglie ha chiesto il divorzio (Gaetano, 2017)

quanto concerne la riassegnazione di genere. L'intento e l'obiettivo di Colapinto consistevano nel focalizzare l'attenzione in merito al ruolo della natura nei confronti della cultura per quanto riguarda lo sviluppo dell'identità di genere. Il caso di David Reimer è rappresentativo circa la complessità dell'identità di genere e della relativa impossibilità del cambiamento della medesima attraverso un mero e semplice intervento chirurgico. Nonostante le critiche nei confronti di Money in relazione alla sua gestione del caso, esso ha rappresentato l'input per nuove e ulteriori ricerche, studi e dibattiti sulla natura e sullo sviluppo dell'identità di genere. Complessivamente, gli studi condotti da John Money in merito all'identità di genere hanno generato un interesse per la comprensione della medesima, andando ad oltrepassare quella barriera composta dalle nozioni assai semplicistiche connesse al determinismo biologico. In ragione di ciò si è potuto aprire uno sguardo sull'identità di genere basato su un paradigma multidimensionale e su una prospettiva che considera le varie e consistenti sfumature, in termini qualitativi e quantitativi, pertinenti l'identità di genere stessa.

Il secondo studioso da menzionare è Robert Stoller. Egli, psichiatra e psicoanalista americano, ha avuto un ruolo primario e centrale per quanto concerne lo sviluppo delle teorie dell'identità di genere. Nel suo elaborato "*Sex and Gender: On the Development of Masculinity and Femininity*" (Stoller, 1968) viene analizzata e studiata la tematica della formazione dell'identità di genere e della sua relazione con lo sviluppo psico-sessuale. Stoller riesce a far emergere la relazione tra i processi di socializzazione, le esperienze precoci infantili e, appunto, la formazione dell'identità di genere. L'identità di genere si svilupperebbe, secondo l'autore, attraverso un processo d'identificazione con il genitore dello stesso sesso o con altre figure significative, oltre che per mezzo della interiorizzazione di norme e comportamenti sociali, e delle relative aspettative per quanto concerne i ruoli di genere. Disagi e conflitti durante il processo della formazione dell'identità di genere porterebbero a disagi psicologici e problemi d'identità di genere nella vita adulta. Gli studi di Stoller hanno esplorato le modalità con cui la crescita dell'individuo e il relativo sviluppo dell'identità di genere possano essere condizionati dai fattori quali le attitudini genitoriali circa il genere, le esperienze di non conformità per quanto riguarda il genere e i fattori esterni derivanti dagli aspetti culturali. Nel complesso, Stoller ha fatto sì che ci si focalizzasse sulla comprensione dei processi psicologici coinvolti attivamente nella formazione dell'identità di genere e sui modi in cui questi si intersecano con i contesti sociali e culturali più ampi.

Infine, per quanto concerne questo quadro introduttivo, deve essere menzionato Harry Benjamin, endocrinologo e sessuologo americano. La sua notorietà a livello di comunità scientifica e di opinione pubblica è dovuta al suo lavoro con persone transgender. Attraverso i suoi studi si è potuta portare l'attenzione sulle esperienze delle persone transgender e sull'importanza dell'identità di genere per comprendere la sessualità umana. Il sessuologo americano ha stilato un protocollo standardizzato relativo al trattamento medico degli individui transgender: tale protocollo conteneva la cura ormonale e, in taluni casi, anche gli interventi chirurgici di conversione del genere. Per quanto concerne i pazienti, di sesso maschile alla nascita, l'iter era composto da tre distinti step: la castrazione, la relativa amputazione del pene e, infine, la ricostruzione di una vagina artificiale e dei genitali esterni, i quali dovrebbero essere assai simili a quelli di un individuo di sesso femminile. Invece, nei pazienti di sesso femminile alla nascita, l'iter era composto da due distinti step: il primo coincideva con l'intervento della mastectomia, mentre il secondo concerneva la totale isterectomia (Benjamin, 1967).

In un primo momento, questo modello standardizzato era conosciuto con il nome “*Benjamin Scale*”, mentre successivamente è stato rinominato come “*Standards of Care*”, il cui acronimo è SOC. Questo protocollo, pubblicato in ambito scientifico nel 1979, viene adoperato per quanto concerne l'*assessment* e il trattamento di individui che manifestano incongruenza di genere. Sebbene nel corso del tempo si siano verificati degli aggiornamenti, dovuti al miglioramento delle conoscenze mediche da una parte, e dall'altra parte ai cambiamenti culturali e sociali riguardo gli individui transgender, gli standard iniziali di Benjamin sono rimasti un importante punto di riferimento. Attualmente, la versione aggiornata del modello “*Standards of Care*” è rappresentata dal protocollo “*SOC-8*”. Tali linee guida sono quelle utilizzate dalla *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH)⁶. Attraverso i suoi studi e il suo lavoro di *advocacy*, Harry Benjamin ha giocato un ruolo sostanziale circa il riconoscimento dei diritti delle persone transgender e della de-stigmatizzazione delle loro identità. Il sessuologo americano sosteneva fortemente che l'identità di genere rappresenti un aspetto basilare della diversità umana, e che, in ragione di ciò, gli individui transgender siano ritenuti di eguale dignità, siano destinatari di eguale rispetto e abbiano diritto all'accesso a cure appropriate. Il suo contributo ha generato in ambito medico un sostanziale avanzamento per quanto concerne l'accettazione e la trattazione delle tematiche transgender, portando quindi una visibilità maggiore dei diritti dei soggetti transgender (Benjamin, 1971).

⁶ <https://www.wpath.org>

I contributi di Money, Stoller e Benjamin hanno prodotto un cambiamento tangibile, grazie al quale la tradizionale concezione, presente all'interno della comunità scientifica, della coincidenza del genere con il sesso, è stata messa fortemente in discussione. Fino ad allora, l'identità di genere atipica e qualsiasi altro orientamento sessuale al di fuori dell'eterosessualità, venivano etichettati e classificati come sostanzialmente patologici, per i quali era solamente necessario cercare una causa a cui applicare una cura correttiva. Gli studi, le analisi e le ricerche nell'ambito del genere hanno fatto sì che sia stato dato avvio allo sviluppo di successivi studi interdisciplinari, i quali sono stati d'aiuto circa una maggiore comprensione della complessità concernente l'identità del genere e la sua relativa espressione. Prima della concezione di questo nuovo paradigma, in ambito scientifico ci si focalizzava solamente sugli studi di caso che si distaccavano da uno sviluppo teoricamente auspicabile, non dando importanza alla comprensione dello sviluppo dell'identità di genere "tipica".

Nel prossimo paragrafo verrà svolta un'analisi propedeutica alla comprensione e alla delineazione dello sviluppo tipico e atipico dell'identità di genere (quest'ultima rappresenta infatti una pietra miliare per quanto concerne la costruzione dell'identità di un individuo) all'interno dell'ambiente di cui il soggetto fa parte.

1.2 - Come si sviluppa l'identità di genere

Per quanto concerne il genere, appare evidente che esso viene insegnato agli individui fin dalla loro nascita. Nelle società occidentali vengono riconosciuti due generi: il genere maschile e il genere femminile. In base a tali assegnazioni, vengono dettate regole riguardo l'abbigliamento, il comportamento e la scelta delle attività. A questo si aggiungono le aspettative culturali e le pressioni sociali a riguardo, che vengono consolidati per mezzo delle interazioni sociali. Si può constatare che la sommatoria di tutte queste attitudini che concernono il genere sono apprese fino dagli albori della vita del soggetto e ne pervadono tutto l'arco di vita.

Fin da molto piccoli, i bambini vengono influenzati dai genitori a conformarsi con lo stereotipo e le aspettative di genere. Viene loro insegnato come essere un bambino o una bambina attraverso modelli culturali che vanno dalla scelta dei colori alla assegnazione di giocattoli, vestiti e comportamenti accettabili a seconda del genere. Di conseguenza, vengono trasmessi valori e credenze riguardo al ruolo maschile come predominante, forte, aggressivo, e al ruolo femminile come sottomesso, debole, delicato, mediatore. Ma proprio perché il genere è una parte così profonda della nostra cultura, è molto raro che una persona la cui identità di genere corrisponda al sesso assegnato alla nascita si interroghi sul genere, dato che le aspettative sociali riguardo ai ruoli di genere in tal caso vengono rispettate. È soltanto quando un bambino emerge come “*gender variant*”⁷ che i genitori si rendono conto dei rigidi limiti all'espressione di genere dettati dalla società (Brill & Pepper, 2008).

Focalizzandosi sul paradigma di *identità di genere nucleare* (Stoller, 1968), si può affermare che nel bambino, entro i primi 24 mesi di vita, cresce e si sviluppa un precoce sentimento in merito all'identità sessuale, il quale è composto rispettivamente da aspetti biologici, fisiologici e psicologici. In realtà, anche prima dei due anni l'infante è in grado di identificare le persone classificandole in base al genere e al riconoscimento della voce. A questa età, i bambini identificano qualcuno come uomo o donna basandosi esclusivamente sull'apparenza esogena. Solamente nel momento in cui il bambino è riuscito a stabilire un senso

⁷ *Gender variant*: è un termine usato per descrivere individui cui l'identità o espressione di genere non è conforme alle tradizionali aspettative associate al sesso assegnato loro alla nascita.

endogeno di genere ha la possibilità di cercare all'esterno, con un ruolo attivo, i medesimi modelli da cui trarre spunto circa le modalità di agire (Brill & Pepper, 2008).

Per quanto concerne l'*identità di ruolo di genere*, essa si manifesta a partire dai 24 mesi di vita dell'individuo. L'identità di ruolo di genere è sostanzialmente il combinato disposto degli atteggiamenti psicologici e dei comportamenti sociali. Questi due elementi permettono al bambino di identificarsi e, conseguentemente, di autorappresentarsi o come maschio o come femmina nel proprio contesto sociale (Coates & Cook, 2001).

Il semestre che ricopre il periodo tra i trenta e i trentasei mesi, secondo Bradley e Zucker (1990), rappresenta la porzione di tempo nel quale i bambini accrescono la capacità di risposta in merito alla domanda circa l'essere o maschio o femmina; conseguentemente, in questo frangente essi iniziano a sviluppare gli stereotipi di genere e a comportarsi secondo questi ultimi. Gli stereotipi di genere coincidono con la sommatoria di credenze circa il significato dell'essere uomo o donna in quella determinata società (Golombok & Fivush, 1994); in aggiunta a ciò, secondo la teoria dei ruoli sociali, si manifestano le modalità coi cui gli uomini e le donne sono categorizzati in base ai differenti ruoli sociali (Eagly & Steffen, 1984).

Nel periodo che ricopre il ciclo della vita tra il terzo e il quarto anno di età, i bambini manifestano una maggiore consapevolezza per quanto concerne le differenze anatomiche tra i sessi. I bambini, pertanto, provano a organizzare e a gestire le informazioni per mezzo di un sistema basato su credenze e aspettative dei ruoli dipendenti dal genere. Le consuetudini si rafforzano non soltanto per mezzo dell'interazione con gli altri soggetti, ma anche all'esposizione con i media e con l'opinione pubblica, e, infine, anche alle interconnessioni sociali in generale (Brill & Pepper, 2008).

Nell'ultima parte dell'età prescolare (4-6 anni), il bambino si interfaccia a determinati e specifici comportamenti, ponendo come classici modelli l'uomo, il quale è interessato alle automobili e pratica il sollevamento pesi, e la donna, la quale si trucca. I bambini, avendo ampliato i propri strumenti di comprensione per quanto concerne l'associazione al genere, anche nel caso in cui dovessero vedere una persona coinvolta in azioni e in pratiche non congruenti, rispetto al suo genere, perdurano ad attribuire tali comportamenti a un determinato genere. La sommatoria di questi stereotipi di genere è dovuta ad un grande incubatore sociale: la scuola, influenza e propaga questi stereotipi di genere (King *et al.*, 2021). In ragione di tutto

ciò, i bambini di questa età tendono solitamente ad utilizzare il comportamento che hanno ritenuto appropriato al proprio genere, nel contesto esterno delle interazioni sociali (Kohlberg & Kramer, 1969).

All'incirca dei cinque anni di età, i bambini hanno la capacità di comprendere la *stabilità di genere*, ovvero il fatto che il genere rimane stabile, senza alcun tipo di relazione biunivoca, rispetto ai comportamenti o rispetto alle scelte degli abiti indossati. Invece, nel periodo compreso tra i cinque e i sette anni di età, i bambini riescono a comprendere pienamente la *costanza di genere*, ovvero che il genere non cambia e che, una volta definito, quello rimane (Kohlberg, 1966; Halim *et al.*, 2013). Pertanto, i bambini riescono a comprendere e a realizzare che il loro genere non muta, anche se possono modificarsi gli aspetti superficiali.

La fase di sviluppo e crescita che arriva fino ai sei anni di età è caratterizzata dal fatto che i bambini formano i propri giudizi per la classificazione dei sessi su tratti non costanti e appariscenti, mentre solamente in un momento successivo essi si basano su caratteristiche biologiche stabili e definite per determinare permanentemente il genere. I bambini, quando si riconoscono in un determinato genere, cercano successivamente di ricalcare i comportamenti delle persone dello stesso sesso. Con la crescita, i bambini tendono ad utilizzare maggiormente i comportamenti classici e tipici della loro identità di genere, i quali diventano così un punto chiave per quanto concerne l'organizzazione e la predisposizione della personalità e, in generale, dei comportamenti. Per tale motivo, una volta apprese e consolidate le idee concernenti il genere, viene meno l'attaccamento ai comportamenti stereotipati; in ragione di ciò viene resa possibile una totale espressione di sé e del proprio genere (Halim *et al.*, 2013).

Nel triennio comprendente i 9-12 anni di età del bambino, l'identità di genere continua a consolidarsi. Infatti, in questa porzione temporale, le norme sociali e le relative aspettative collegate all'identità di genere si sedimentano e si internalizzano nel bambino (Bigler & Liben, 2007). Egli, in ragione di ciò, inizia a adattare il proprio comportamento in modo da conformarsi agli stereotipi di genere. Le relazioni fra pari sono molto importanti durante questo stadio di sviluppo. Infatti, i bambini tendono a cercare pari dello stesso genere per attività sociali e a sviluppare amicizie profonde con coloro che appartengono alla loro stessa identità di genere. La maggioranza dei bambini si sente a proprio agio quando sceglie attività sociali e interessi comuni a interlocutori del proprio genere; solamente una minoranza di essi risulta più flessibile riguardo le norme di genere (Egan & Perry, 2001). In questa fase, per mezzo dello sviluppo

cognitivo, i bambini accrescono la consapevolezza in merito ai sentimenti e ai pensieri concernenti il proprio genere; conseguentemente, cresce la consapevolezza riguardo al loro corpo, il quale, avvicinandosi all'età adolescenziale, assume sempre di più un aspetto sessuato.

Il periodo compreso tra i 12 e i 18 anni è rappresentativo del fatto che l'identità di genere, in tale arco di tempo, si sviluppa pienamente e completamente. Infatti, durante la pubertà, l'adolescente si rende chiaramente conto a quale genere il proprio corpo appartiene; egli, inoltre, ha la capacità di sviluppare la comprensione dell'identità di genere e, soprattutto, le modalità con cui esprimerla. A livello introspettivo, questo periodo del ciclo di vita è fondamentale circa l'esplorazione dell'ambiente sociale esterno e, a livello endogeno, dello sviluppo cognitivo. Il soggetto adolescente inizia, quindi, un sostanziale iter di scoperta di sé, il quale può comportare domande e interrogativi circa le norme sociali relative al proprio genere. I fattori esterni rappresentati dai suoi pari possono essere considerati dei fattori preponderanti. Infatti, il singolo adolescente cerca una sorta di validazione e di accettazione da parte dei suoi pari, proprio per quanto concerne la sua identità di genere. Poiché, nella prima parte dell'età adolescenziale, le interazioni sono particolarmente etero-normative, gli individui che manifestano un comportamento non appropriato circa le aspettative di genere tendenzialmente vengono classificati come immaturi da parte di ambedue i sessi (Egan & Perry, 2001).

I cambiamenti significativi, dal punto di vista fisico, che si manifestano durante la pubertà manifestano un sostanziale impatto circa la percezione che gli adolescenti stessi hanno della loro identità di genere. Infatti, in questo periodo, sono molti i soggetti che iniziano ad esplorare il loro orientamento sessuale. Sebbene l'identità di genere e l'orientamento sessuale siano due paradigmi distinti, per molte persone essi si interfacciano e sono interdipendenti. La maggior parte di questi soggetti, effettivamente, può mettere in questione la sua identità di genere a causa dei suoi orientamenti sessuali, e viceversa (Zucker, 1985).

Le influenze culturali e le norme sociali per quanto riguardano il genere hanno una grande varianza e possono influenzare le modalità con cui il singolo soggetto adolescente accetta la propria identità di genere. L'opinione pubblica attraverso i media, la scuola, e, più in generale, i luoghi di aggregazione, possono modulare la percezione e condizionare le esperienze degli adolescenti (Shechner, 2010).

In aggiunta a ciò, le relazioni familiari giocano un ruolo significativo nella vita dell'adolescente. Infatti, famiglie e ambienti supportivi possono facilitare un'esplorazione sana e l'accettazione di identità di genere diverse, mentre, al contrario, una mancata accettazione e una non comprensione da parte dell'ambiente familiare contribuiscono a generare sentimenti di conflitto e di isolamento nell'adolescente (Hidalgo *et al.*, 2013).

Infine, l'utilizzo della tecnologia digitale, tra cui i vari social media, permette la fruizione e la relativa interazione con differenti comunità per quanto concerne l'identità di genere. Lo spazio generato dalle piattaforme social dà la possibilità di cercare e reperire informazioni e notizie circa l'espressione dell'identità, generando quindi un processo virtuoso circa la comprensione dell'identità di genere (Craig *et al.*, 2021). Dall'altro canto, però, l'esposizione mediatica sulle piattaforme social può portare anche a fenomeni di cyberbullismo, soprattutto nei casi in cui l'identità di genere, o l'espressione di genere, o l'orientamento sessuale, non rientrano nei classici modelli etero-normativi (Navarro *et al.*, 2016)

Nel complesso, il periodo dell'adolescenza è rappresentativo di un periodo critico per quanto concerne lo sviluppo dell'identità di genere. Questo periodo è peculiare in merito all'esplorazione, alla scoperta di sé e alla negoziazione rispetto alle aspettative sociali. Affinché sia possibile guidare il processo dell'esplorazione dell'identità di genere, è fondamentale avere la possibilità di poter accedere a risorse di supporto e di ausilio, come ad esempio soggetti adulti ben informati sulla tematica, i quali propongono un'educazione inclusiva (Collier *et al.*, 2015).

1.3 - Principali teorie sulla varianza di genere

Come abbiamo visto nei paragrafi precedenti, l'identità di genere viene definita come il sentirsi come membri di un sesso piuttosto che di un altro (Zucker et al., 1993) e come un senso di accettazione e appartenenza al proprio genere (Spence, 1984). Dato che il costrutto di genere è cruciale per molti aspetti dello sviluppo psicosociale (Maccoby, 1998), già in fase prescolare molti bambini capiscono la differenza tra le categorie di genere e sentono la pressione sociale per conformarsi al genere associato al loro sesso biologico (Carver et al., 2003). Tuttavia, ci sono bambini che deviano da queste aspettative culturali legate ai ruoli di genere, non soltanto riguardo ai giochi, ma anche riguardo a dei comportamenti sessualmente stereotipati. Alcuni di loro presentano estrema discordanza tra loro sesso somatico, identità di genere e ruoli di genere (Wallien & Cohen-Kettenis, 2008).

Le aspettative di genere si riferiscono alle caratteristiche e ai ruoli che un individuo deve assumere e che sono associati al suo sesso biologico. Queste caratteristiche riguardano i più svariati aspetti della vita della persona, che vanno dalla scelta degli hobbies e dell'abbigliamento ai comportamenti (Grossman & D'Augelli, 2007). Nonostante alcuni aspetti culturali siano cambiati, alcuni aspetti fondamentali inerenti agli stereotipi di genere rimangono immutati, e molti bambini sviluppano delle idee stereotipate riguardo a come un maschio o una femmina debbano comportarsi, sentire o agire, esprimendo disapprovazione tra di loro quando viene manifestato un comportamento non consone al loro sesso biologico (Perrin, 2002). Quelli che non si adeguano alle aspettative di ruolo e alle caratteristiche associate al loro sesso biologico molto spesso subiscono una serie di conseguenze negative per la loro non conformità alle regole dettate dalla cultura. Nello specifico i bambini biologicamente maschi che presentano una varianza di genere tendono ad avere rapporti peggiori con i loro compagni rispetto alle bambine con la stessa condizione, dato che il livello di disapprovazione per i maschi che si identificano con il sesso opposto è maggiore rispetto a quanto accade per le femmine (Zucker et al., 1995).

Molti studi sono stati fatti per cercare di individuare le cause dello sviluppo dell'identità di genere transgender. Queste teorie sono prevalentemente d'impronta psicoanalitica o cognitiva. A queste si aggiungono teorie che considerano le influenze ambientali e teorie basate sul determinismo biologico (Shechner, 2010).

Svariate ipotesi sono state avanzate da studi d'impronta psicodinamica sulle possibili cause di un'organizzazione atipica dell'identità di genere. Le teorie psicoanalitiche sulla differenziazione sessuale hanno origine dalla teoria freudiana, secondo la quale il ruolo di genere nel bambino è determinato durante la fase fallica. Ciò che porterebbe il bambino a identificarsi con il genitore dello stesso sesso sarebbe l'angoscia di castrazione. L'identificazione con il genitore dello stesso sesso sarebbe cruciale per lo sviluppo dell'identità di genere e per l'interiorizzazione delle norme e comportamenti legati al genere (Freud, 1905). Per molti anni, la psicoanalisi ha sviluppato modelli teorici volti a "riparare" i soggetti che non attingevano uno sviluppo "normale" orientato verso la eterosessualità, considerato l'unico esito sano delle prime fasi dello sviluppo psicosessuale. La deviazione dalla norma veniva considerata una perversione frutto di una eccessiva ansia di castrazione e i genitori venivano colpevolizzati, le madri per essere troppo presenti e i padri per essere troppo assenti (Stoller, 1985). Le teorie d'impronta psicoanalitiche non hanno ricevuto molto supporto dalla comunità scientifica, perché restano delle speculazioni non dimostrabili tramite studi empirici.

Le teorie cognitive si basano sulle abilità cognitive, interessi, conoscenze e altre caratteristiche personali dei bambini, e sono divise negli approcci sociale-cognitivo e cognitivo costruttivista. Secondo la teoria sociale-cognitiva di Bandura, lo sviluppo del genere necessita di processi avanzati d'imitazione e modellamento. I comportamenti stereotipati di genere nascono dall'interazione di fattori ambientali, personali e modelli di comportamento (Bussey & Bandura, 1999). Il modello cognitivo costruttivista ed evolutivo considera che l'individuo è un partecipante attivo che cerca, organizza e usa le informazioni alle quali viene esposto nei contesti sociali. Lo sviluppo cognitivo è il risultato di processi interni, e non soltanto di fattori ambientali. Lo sviluppo cognitivo porta l'infante a comprendere il mondo esterno e lo fa anche comprendere la costanza di genere (Kohlberg, 1966).

Le teorie d'impronta comportamentista pongono l'enfasi sulle influenze ambientali e considerano l'apprendimento come risultato di tre elementi: stimolo, risposta allo stimolo e comportamento risultante. Il rinforzo aumenta la probabilità di comparsa di un dato comportamento e la punizione lo inibisce. Queste teorie considerano l'individuo un soggetto passivo e mettono accento sul ruolo determinante della esperienza ambientale. Secondo questo modello, i bambini sviluppano il genere come risultato delle reazioni di genitori ed educatori ai loro comportamenti (Mischel, 1970).

Le teorie d'impronta biologica considerano che il genere sia essenzialmente determinato da differenze biologiche, ed enfatizza il ruolo degli ormoni, e i fattori neurologici e genetici. Alcune di queste teorie si basano su una prospettiva evuzionistica che spiega che molti tratti di carattere attribuiti a maschi e femmine sono comparsi durante l'evoluzione della specie per fini di sopravvivenza. Altri studi si basano sullo sviluppo neurofisiologico per spiegare gli effetti delle differenze biologiche nei comportamenti e attitudini legati al genere (Liben *et al.*, 2002).

Per i propositi di questo lavoro, si analizzeranno più in profondità il modello multifattoriale di Zucker e il modello d'impronta neurobiologica basato sul risultato delle recenti ricerche che utilizzano le tecniche di *neuroimaging*.

Il modello multifattoriale proposto da Zucker (Zucker *et al.*, 2012) pone enfasi sulle fasi dello sviluppo e analizza gli aspetti biologici, psicologici, sociologici, psicopatologici e i meccanismi psicodinamici.

I fattori biologici (fattori genetici, l'ambiente ormonale prenatale, il temperamento) sono considerati come possibili fattori predisponenti di un particolare fenotipo di identità di genere. Essi sono considerati fattori fissi che vanno a differenziarsi durante lo sviluppo. Questo modello solleva la questione se l'identità di genere sia necessariamente definita e inalterabile all'età di tre anni, dato che dagli studi longitudinali emerge il fatto che la maggioranza dei bambini seguiti hanno perso la diagnosi di Disforia di Genere entrando in adolescenza o nella prima età adulta (Cohen-Kettenis *et al.*, 2008; Drummond *et al.*, 2008; Zucker *et al.*, 2011). Se viene presa in considerazione la dimensione del temperamento, alcuni soggetti sono più propensi ad un livello di attività più intensa. il che potrebbe spiegare la propensione di alcuni bambini maschi con un basso livello di attività a dei giochi femminili, e viceversa.

I fattori psicosociali prendono in considerazione la risposta dei genitori ai comportamenti *cross-gender*⁸ dei loro figli durante le fasi precoci dello sviluppo. Solitamente i genitori cercano consulenza psicologica soltanto quando capiscono che tali comportamenti non sono più legati a una fase specifica dello sviluppo o quando l'infante comincia a essere vittima dell'ostracismo sociale da parte dei compagni (Zucker, 1992).

Quanto alla cognizione sociale, si nota che i bambini piccoli non hanno una completa comprensione riguardo alla costanza di genere, che andrà a svilupparsi soltanto quando

⁸ *Cross-gender*: s. m. e f. e agg. inv. Chi o che contempla un'alternanza di genere.

Fonte: [https://www.treccani.it/enciclopedia/cross-gender_\(altro\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/cross-gender_(altro)/) consultato il 20/09/2024.

acquisiranno il pensiero operativo concreto intorno all'età di 5 e 7 anni. Prima di ciò, tendono a confondere l'identità di genere con espressioni superficiali del genere (Kohlberg, 1966). La limitata capacità dei bambini nell'aver una cognizione sociale di genere ci mette in guardia dal considerare, ad una giovane età, l'identità di genere come qualcosa di fisso, poiché lungo lo sviluppo alcuni bambini avranno un'idea più flessibile riguardo a modi diversi di essere un ragazzo o una ragazza.

Studi retrospettivi hanno esplorato la correlazione di ricordi di comportamenti cross-gender durante l'infanzia e l'orientamento omosessuale in vita adulta in soggetti senza una diagnosi di Disforia di Genere (Bailey & Zucker, 1995). Secondo questa prospettiva, alcune ricerche suggeriscono che la GID va in remissione dall'infanzia all'adolescenza e in età adulta a causa di fattori ambientali ed endogeni. Inoltre, fantasie e comportamenti cross-gender possono essere predittive di un orientamento omosessuale in vita adulta (Liben & Bigler, 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008).

Un altro fattore da tenere in considerazione è la comorbidità con altri disturbi che possono essere frutto dell'ostracismo sociale, dei fattori di rischio di psicopatologia presenti in famiglia o come probabili cause della disforia di genere. Ad esempio, è stato ipotizzato che i bambini maschi con DIG⁹ soffrono di un'intensa ansia di separazione dalla madre. Il bambino cerca di tenere la madre legata a sé, imitandola. Confondono "essere la mamma" con "avere la mamma" (Coates & Person, 1985). In alcuni studi recenti alcuni giovani soggetti presentavano segni dello spettro autistico ad alto funzionamento con fissazione intensa, a volte ossessive, per attività e interessi cross-gender. Tutti tentativi di interferire con questi interessi e attività provocavano intensa ansia (de Vries *et al.*, 2010).

I modelli di impronta neurobiologica si basano su studi recenti che utilizzano tecniche di *neuroimaging*. Essi fanno ulteriore chiarezza sulle basi neurobiologiche della disforia di genere. Altinay & Anand (2020) affermano che il genere ha una base biologica, e propongono il concetto di *brain gender*.

L'identità di genere inizia a svilupparsi già in vita intrauterina dove, durante lo sviluppo del sesso, le gonadi prenatali e il cervello vanno a differenziarsi sull'influenza degli ormoni sessuali. La differenziazione sessuale del cervello inizia con un intricato processo avviato da ormoni e geni. Durante lo sviluppo embrionale, l'esposizione a ormoni sessuali esterni causerebbe variazioni nel sesso biologico e nello sviluppo dell'identità di genere.

⁹ DIG: Disforia di Identità di Genere

Nel corso degli anni, vari studi sono stati fatti con l'intento di investigare le differenze strutturali, volumetriche e funzionali tra il cervello di una persona transgender e quello di una cisgender. I primi studi *Post-Mortem* realizzati in soggetti *MtF*¹⁰ dimostravano che ci sono regioni del cervello responsabili per il comportamento sessuale. In questi studi, il nucleo del letto della stria terminale (Zhou *et al.*, 1995) e del nucleo interstiziale dell'ipotalamo anteriore (Garcia-Falgueras & Swaab, 2008) erano della stessa misura del cervello delle femmine cisgender, il che non era influenzato dall'uso di TOS (terapia ormonale sostitutiva) o dall'orientamento sessuale. Tuttavia, non è possibile trarre delle chiare conclusioni da questi studi, dato che non ci sono nella letteratura ricerche comparative tra il cervello *FtM*¹¹ e quello delle femmine cisgender.

Ricerche recenti dimostrano che soggetti *MtF* e *FtM* hanno un minore volume di massa grigia nel cervelletto, nel giro angolare sinistro e nel lobo inferiore sinistro comparati a maschi e femmine cisgender (Simon *et al.*, 2013). Le aree coinvolte sono responsabili per la percezione e l'immagine corporea e riconoscimento del viso. Questi risultati supportano l'evidenza che ci sono differenze strutturali tra il cervello transgender e quello cisgender (Hodzic *et al.*, 2009). Altri autori argomentano che le aree del cervello responsabili per l'immagine corporea nelle persone transgender non hanno impresso in queste strutture il sesso assegnato loro alla nascita, il che sarebbe la causa della discrepanza tra il genere esperito e il sesso biologico risultando in dissonanza cognitiva e in sintomi della disforia di genere (Case *et al.*, 2017). Inoltre, vari studi comparativi realizzati sullo spessore corticale dimostrano che i soggetti *MtF*, comparati a maschi e femmine cisgender, presentano una femminilizzazione corticale, mentre quelli *FtM* hanno una mascolinizzazione corticale (Luders *et al.*, 2006; Winkler *et al.*, 2010; Zubiaurre-Elorza *et al.*, 2013).

I risultati di tali ricerche servono a corroborare il concetto di genere del cervello (*Brain Gender*), che viene proposto come uno dei quattro elementi dello sviluppo dell'identità di genere (il genere cromosomico, il genere fenotipico, il genere del cervello, il genere esperito). In questo modello il concetto di genere del cervello sostituisce il concetto precedentemente proposto di "rete dell'immagine corporea" (*body image network*), secondo il quale certe aree del cervello (corteccia cingolata anteriore, corteccia prefrontale mediale, corteccia cingolata posteriore, precuneo e cuneo) determinano la percezione che la persona ha del proprio corpo

¹⁰ MtF: Male to Female, si riferisce ad un individuo assegnato maschio alla nascita e ha come genere esperito quello femminile. Fonte: <https://www.genderlens.org/glossario/> consultato il 20/09/2024.

¹¹ FtM: Female to Male, si riferisce ad un individuo assegnato femmina alla nascita e ha come genere esperito quello maschile. Fonte: <https://www.genderlens.org/glossario/> consultato il 20/09/2024.

sessuato (Lopez *et al.*, 2008; Northoff *et al.*, 2006; Northoff & Panksepp, 2008). Dai risultati di queste ricerche emerge quindi che l'identità transgender avrebbe dei correlati neuronali (Longo *et al.*, 2010).

Secondo il modello di dissonanza di genere del cervello (*Brain gender dissonance model*), la disforia di genere e grande parte della sua sintomatologia fondano le basi nella discrepanza tra il vissuto interno che la persona fa del suo genere e i feedback contrastanti dell'ambiente e delle pressioni sociali a conformarsi al genere con il quale la persona non si indentifica (Altinay & Anand, 2020). Gli autori di questo modello propongono delle chiavi di lettura bio-psico-sociali per far luce e comprendere la dissonanza cognitiva e il mondo interno delle persone transgender.

1.4 - Fasi dello sviluppo del genere nei bambini e adolescenti transgender e *gender non-conforming*

I segni comportamentali dell'identità di genere cominciano a emergere nella prima infanzia, in genere intorno ai 2 – 4 anni di età e si consolidano in seguito (Fagot & Leinbach, 1985). Dai 2 a 3 anni di età alcuni bambini sentono una discrepanza tra la loro identità di genere e quello che è stato detto che loro sono. Non è raro che una identità di genere emerga a quell'età. Intorno al terzo o quarto anno di età, bambini transgender e *gender variant* possono cercare di sviluppare un linguaggio per esprimere questa discrepanza tra il sesso assegnato loro alla nascita e la loro identità di genere, con frasi del tipo “avrei voluto essere una ragazza” o “Io sono un ragazzo”. Mentre alcuni genitori cercano delle conferme per certificarsi che si tratti realmente di un bambino transgender o *gender variant*, altri rimangono ignari della condizione dell'infante.

Dai 5 ai 7 anni di età segni chiari della varianza di genere emergono in molti bambini. Ad esempio, i bambini possono usare degli asciugamani per fingere di avere una chioma femminile o le ragazze possono rifiutarsi di portare degli abiti femminili. La stabilità di genere inizia per molti bambini all'età di 5 anni, mentre altri la raggiungono completamente all'età di 7 anni. Per quell'età molti bambini transgender hanno fatto esperienza di anni di comportamenti *cross-gender*, e il fatto che non sia soltanto una fase transitoria diventa chiaro. Nella scuola e in altri domini possono limitarsi a esibire dei comportamenti che non sono compatibili con una espressione di genere stereotipica, il che potrebbe scatenare lo sviluppo di problemi comportamentali.

Dai 9 ai 12 anni di età l'identità di genere continua a stabilizzarsi. Per quell'età molti bambini che hanno presentato dei comportamenti *gender variant* iniziano a rinunciare a tali espressioni di genere e iniziano a adeguarsi alle aspettative sociali riguardo al loro sesso biologico. Ad esempio, i maschi possono dar via i giocattoli femminili e le femmine decidono di far crescere i capelli e indossare degli abiti femminili. Per altri, invece, con i cambiamenti puberali la disforia di genere s'intensifica, ed è proprio in questa fase che la famiglia realizza che il bambino è transgender. Il rifiuto del corpo che cambia in una direzione opposta alla sua identità di genere può portare al ritiro sociale, scarsa cura di sé, depressione e comportamenti

auto-distruttivi. Alcuni bambini realizzano da sé che sono transgender, mentre altri hanno bisogno di supporto terapeutico per chiarire le cause del loro disagio interiore.

Dai 12 ai 18 anni di età è la fase dove l'identità di genere attinge il suo pieno sviluppo. Se un bambino non aveva ancora realizzato di essere transgender, durante questa fase è molto comune che lo faccia. I cambiamenti puberali portano il corpo verso una "pubertà sbagliata": il corpo comincia a trasformarsi rapidamente in qualcosa di opposto alla identità di genere. Questi cambiamenti possono portare a ritiro sociale, depressione e perfino ideazioni suicidarie (Brill & Pepper, 2008).

Mentre una varianza di genere che si manifesta in infanzia può rientrare non appena l'infante entra in fase prepuberale, se essa persiste oltre e si verifica durante l'adolescenza, con molta probabilità l'identità di genere transgender rimarrà una condizione stabile nel giovane adulto e per tutto l'arco della vita (Steensma *et al.*, 2011).

1.5 - Percorso terapeutico

Il desiderio di appartenere a un altro genere e comportamenti *gender variant* possono essere una condizione persistente oppure una fase caratterizzata da una variazione normale dello sviluppo, senza conseguenze a lungo termine. Difatti, la principale controversia riguardo al trattamento di bambini che presentano una varianza di genere è che molti studi prospettivi hanno dimostrato che molti comportamenti *cross-gender* manifesti in età infantile sono associati ad un futuro orientamento omosessuale o bisessuale in età adulta e non alla disforia di genere (Bailey & Zucker, 1995). Tuttavia, quanto più estremi i sintomi della disforia di genere nell'infanzia, tanto più alta è la probabilità che questa persista anche in adolescenza (Wallien & Cohen-Kettenis, 2008).

Solitamente, con i primi cambiamenti puberali la maggior parte dei bambini che avevano presentato dei comportamenti *cross-gender* durante l'infanzia si adegua al sesso assegnato alla nascita. Ma, in alcuni casi, i cambiamenti fisici che si scatenano durante l'adolescenza non fanno altro che aumentare i sintomi della disforia di genere. Vedere il corpo che si sviluppa in un senso contrario al genere nel quale l'adolescente si indentifica, può essere causa di intensa angoscia, depressione, scarso rendimento scolastico, ritiro sociale e comportamenti autodistruttivi (Cohen-Kettenis *et al.*, 2008). Se la disforia di genere si presenta durante l'adolescenza, essa ha molta probabilità di persistere anche in età adulta (Smith *et al.*, 2001). Inoltre, se l'adolescente richiedente trattamento aveva già uno storico di *GID* (*Gender Identity Disorder*) in età infantile, molto raramente i sintomi della disforia di genere andranno in remissione (Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). Studi di follow-up longitudinali sugli adolescenti olandesi con uno storico di disforia di genere infantile che hanno ricevuto bloccanti della pubertà e ormoni per l'affermazione di genere, hanno rivelato che nessuno dei giovani adulti si era pentito delle decisioni prese durante l'adolescenza. I partecipanti degli studi in questione hanno avuto un *assessment* multidisciplinare approfondito, il quale ha dimostrato la stabilità della loro identità di genere e la maturità emotiva necessaria per prendere decisioni riguardo al loro trattamento (Cohen-kettenis & Van goozen, 1997).

La presa in carico inizia con la fase di *assessment*, in cui vengono coinvolti i bambini, i genitori e altre figure che fanno parte della loro vita sociale (ad esempio insegnanti). Il

principale strumento in questa fase è una sistematica intervista clinica.¹² Il processo iniziale può risultare difficoltoso, dato che sentimenti di disagio o vergogna possono intensificare esperienze negative. A volte ci vuole del tempo prima che il bambino si senta abbastanza sicuro per parlare apertamente riguardo le sue esperienze di identificazione di genere. Tante volte i genitori neanche informano i bambini del motivo per il quale richiedono consulenza psicologica (Shechner, 2010). L'*assessment* di comportamenti legati all'identità di genere è molto evoluto grazie a numerosi questionari psicometrici e a interviste *self-report* a bambini e genitori, come si vede in Deogracias *et al.*, 2007 e Zucker, 2005. L'esperienza clinica con bambini e adolescenti ha dimostrato che il motivo della consulenza riguardo all'identità di genere è legata a decisioni mediche riguardo futuri trattamenti ormonali o chirurgici. Il processo di *assessment* richiede la costruzione di un forte legame terapeutico e impegno di tempo. Durante la presa in carico, va tenuta in considerazione la pressione dei familiari e/o pari, nonché l'atteggiamento del clinico, il quale dovrebbe evitare di "guidare" involontariamente il giovane paziente verso un determinato esito (Byne *et al.*, 2012).

La comorbidità con altri disturbi è un fattore importante da tenere in considerazione durante la fase di screening. I bambini con GID di solito presentano più problemi comportamentali rispetto agli altri che non soffrono di questo disturbo. La sintomatologia dimostra una predominanza di problemi internalizzati e un livello d'ansia più alto del normale in questi individui rispetto ai gruppi di controllo (Bradley & Zucker, 1990). Altri disturbi comportamentali, come depressione, fobia sociale, anoressia e pensieri suicidi, sono piuttosto delle conseguenze dell'agonia di alcuni individui che soffrono di una estrema identificazione *cross-gender* già dalla prima infanzia. La presenza di tali disturbi comportamentali si intensifica durante l'adolescenza con i cambiamenti puberali. La sofferenza a cui vengono esposti molto spesso ha delle conseguenze avverse per il loro sviluppo intellettuale e la loro dimensione sociale (Cohen-Kettenis *et al.*, 2008).

¹² In Italia la diagnosi di DG assume un'importanza fondamentale, dato che è l'unico canale di accesso alle cure offerte dal Sistema Sanitario Nazionale. Vari centri che seguono gli standard dell'ONIG (Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere) sono presenti a livello nazionale e si appoggiano a un approccio multi e interdisciplinare (psichiatra, psicologo, endocrinologo, chirurgo) per una corretta valutazione, diagnosi e presa in carico. Dal 1° ottobre 2020 l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha approvato l'erogabilità delle cure ormonali sostitutive per le persone in transizione a carico totale del SSN. Per avere accesso a queste cure è sufficiente la diagnosi di DG da parte di uno psichiatra. Per quanto riguarda l'iter chirurgico per l'adeguamento dei caratteri sessuali primari e secondari occorre l'autorizzazione del giudice, il che viene regolato dalla Legge n. 164 del 1982 (Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso). Dal 2011 la riattribuzione chirurgica di sesso non è più una condizione necessaria per procedere alla rettifica anagrafica. Si parte dal principio che, se la persona attesta un livello di benessere eseguendo solo in parte alcuni interventi (ad esempio, mastectomia o mastoplastica additiva) e vengono considerati irreversibili i cambiamenti somatici, la persona è libera di richiedere la rettifica anagrafica (Crapanzano *et al.*, 2021)

In tutte le fasi della presa in carico è imprescindibile un forte supporto dalla famiglia e un accompagnamento psicologico che tenga conto della salute emotiva e dell'ambiente sociale del bambino/adolescente, affinché l'individuo possa adattarsi al meglio ai cambiamenti richiesti durante la fase di transizione (Byne *et al.*, 2012).

L'obiettivo principale del trattamento dei bambini con Disforia di Genere è promuoverne il benessere psicologico e l'adattamento sociale. Tuttavia, le priorità riguardo il trattamento dipendono dall'approccio utilizzato dal clinico.

I principali approcci di riferimento nella presa in carico di bambini *gender variant* sono tre.

Un primo approccio cerca di minimizzare i comportamenti *cross-gender* e di evitare un *outcome* transessuale in vita adulta. Considerato il fatto che la maggior parte dei casi di Disforia di Genere infantili va in remissione dopo la pubertà e che la Disforia di Genere che si manifesta in adolescenza con molta probabilità persiste in età adulta, spesso si preferisce limitare i danni causati da un percorso di transizione di genere che, ancora oggi, è molto impegnativo e burrascoso per l'individuo e la sua famiglia. Lo stigma sociale, i costi fisici ed economici legati alla terapia ormonale e i procedimenti chirurgici con i rischi associati, sono soltanto alcune delle ragioni che portano a considerare un esito transessuale come poco desiderabile (Bradley & Zucker, 1990). Questo approccio va distinto dalle terapie di conversione di genere, che mirano a cambiare l'identità di genere transgender o l'orientamento sessuale omosessuale per riportarlo ai parametri normativi. Tali pratiche fondano le loro radici in una visione patologizzante delle diversità sessuali e sono ormai sconsigliate dall'OMS e dalle associazioni degli psicologi, non soltanto per la dimostrata inefficacia clinica nel sopprimere i comportamenti "devianti", ma soprattutto per le conseguenze estremamente dannose per l'integrità psichica e l'autostima dei soggetti trattati (Ashley, 2020).

Un secondo approccio sostiene l'evitamento di un intervento diretto a limitare i comportamenti di genere atipici o a ridurre la disforia di genere. Partendo sempre dal principio che la maggior parte dei bambini diagnosticati con *GID (Gender Identity Disorder)* perde la diagnosi dopo la pubertà (Wallien & Cohen-Kettenis, 2008), il clinico rimane neutrale di fronte ai comportamenti *cross-gender* e non viene prefissato un esito specifico per quel che riguarda l'identità di genere del bambino. L'obiettivo del lavoro terapeutico che utilizza questo approccio è di permettere al percorso di sviluppo dell'identità di genere di svelarsi naturalmente, senza incoraggiare un *outcome* specifico (Ehrensaft, 2011a; Hill *et al.*, 2010).

L'atteggiamento neutrale e non critico riguardo ai comportamenti *cross-gender* limita i danni all'autostima del bambino. Nel percorso terapeutico andrebbero integrati degli interventi con i genitori e a scuola, affinché abbiano le competenze adeguate a fungere da supporto al bambino nell'affrontare possibili rischi sociali (Richardson, 1999).

Un terzo approccio comporta l'affermazione dell'identificazione *cross-gender* del bambino da parte dello psicologo e dei membri della famiglia. Il bambino viene supportato nella sua transizione sociale al genere esperito, e vengono previste cure con bloccanti della pubertà per evitare che i caratteri sessuali secondari si sviluppino durante l'adolescenza, nel caso l'identificazione transgender persista oltre la pubertà (Ehrensaft, 2011). Si parte dal presupposto che per alcuni bambini *gender variant* si potrebbe aspettare lo sviluppo di un'identità di genere transgender. Perciò, optare per identificare il bambino in quanto tale permette ai genitori e al clinico di sostenerlo meglio nel percorso di transizione sociale. Tenendo a mente l'argomento che la *GID (Gender Identity Disorder)* infantile in genere non persiste in adolescenza, i difensori di questo approccio affermano che una de-transizione al genere natale può essere sempre possibile se necessario, dato che la transizione è stata fatta soltanto a un livello sociale senza interventi di natura medica (Brill & Pepper, 2008). Gli antagonisti di questo approccio ritengono che incoraggiare l'identificazione transgender del bambino aumenterà la probabilità del fenomeno di persistenza in adolescenza (Pleak, 2010). Nonostante il ruolo supportivo dei genitori riguardo la varianza di genere del bambino sia raccomandabile, gli step sociali prima della pubertà vanno considerati con cura, poiché, una volta realizzata la transizione sociale, ritornare al precedente ruolo di genere può risultare problematico nei casi di desistenza, per il rischio di difficoltà di adattamento a causa degli effetti che il cambiamento apporterebbe nelle interazioni sociali (Steensma et al., 2011).

1.6 - Considerazioni sulla transizione medicalizzata

Ci sono opinioni contrastanti riguardo la transizione medicalizzata in bambini e adolescenti. Alcuni considerano che l'adolescente non sia sufficientemente maturo per prendere delle decisioni sulla sua salute, altri ritengono che in questa fase dello sviluppo le opinioni vengono espresse con forza e fermezza dando una falsa idea di irreversibilità (Rigobello e Gamba, 2016). Un grande dibattito esiste riguardo a possibili danni per la salute a lungo termine dei bloccanti della pubertà, anche se tali medicinali vengono utilizzati da più di trent'anni in bambini cisgender che entravano troppo presto in pubertà (6-8 anni circa) e non erano pronti emotivamente e psicologicamente per affrontare tali cambiamenti fisici (Mul & Hughes, 2008).

Gli Standards of Care (SOC) forniscono delle linee guide per fornire la miglior assistenza possibile a bambini e adolescenti transgender e genere non conforme. Il documento fornisce importanti indicazioni ai professionisti della salute mentale e in campo medico nell'approcciarsi ai bisogni di questa tipologia di pazienti e delle loro famiglie. La sua prima versione è stata pubblicata nel 1979 dall'WPATH¹³ (World Professional Association for Transgender Health) ed è attualmente all'ottava versione. In Italia queste linee guide vengono raccomandate dall'ONIG¹⁴ (Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere).

La presa in carico a livello medico degli adolescenti non succede prima di una scrupolosa valutazione del loro funzionamento in vari ambiti della loro vita: mentale, sociale, emotivo e sociale. È necessario valutare l'ambiente familiare dell'adolescente per stabilire il grado di supporto genitoriale. Inoltre, è importante che i professionisti utilizzino i SOC in modo flessibile, perché l'urgenza di alcuni interventi dipende dal grado di persistenza e intensità della Disforia di Genere provata da alcuni soggetti, per i quali ritardare inutilmente le cure potrebbe essere molto dannoso (Nealy, 2017).

Gli interventi medici vengono divisi in tre categorie: interventi totalmente reversibili, interventi parzialmente reversibili e interventi irreversibili (Hembree *et al.*, 2009). Le decisioni sulla prontezza dell'adolescente agli interventi dipenderanno dalla costanza e certezza

¹³ WPATH è una associazione internazionale e multidisciplinare di professionisti cui obiettivo è la promozione di pratiche cliniche basate sull'evidenza, della formazione, della ricerca, dell'advocacy, e del rispetto per la salute delle persone transessuali e transgender.

¹⁴ <https://www.onig.it>

dell'identità di genere dell'adolescente stesso. Wallien & Cohen-Kettenis (2008) suggeriscono che per decidere sull'intervento fisico appropriato è imprescindibile distinguere i bambini che soffrono di una Disforia di Genere persistente da quelli che probabilmente cesseranno di presentare tali sintomi.

Gli interventi totalmente reversibili riguardano l'uso di bloccanti della pubertà che includono la somministrazione di analoghi del GnRH¹⁵. Durante l'infanzia l'apparenza fisica del bambino è abbastanza neutrale. È con l'emergere della pubertà, con la prima comparsa dei caratteri sessuali secondari, che la disforia di genere diventa più intensa. Alcuni adolescenti possono sentirsi traditi dal proprio corpo, che va in una direzione opposta al loro senso interno di sé (Nealy, 2017). Questo conflitto interno può consumare l'energia mentale dell'individuo a discapito delle altre aree della sua vita, provocando sintomi internalizzati quali l'ansia, la depressione e una scarsa autostima (Durwood *et al.*, 2017; Olson *et al.*, 2016). L'utilizzo dei bloccanti della pubertà permette di ridurre i sintomi della disforia, dato che essi impediscono alle gonadi di secretare gli ormoni sessuali responsabili della comparsa di caratteri sessuali secondari indesiderabili.

Per avere accesso alla terapia con gli analoghi del GnRH l'adolescente deve aver raggiunto al minimo lo stadio 2 secondo la scala di Tanner¹⁶ (in media dai 9,3 ai 12,2 anni di età). In questo stadio, nei soggetti AFAB¹⁷ il seno e il capezzolo iniziano a crescere e l'areola si ingrandisce, mentre nei soggetti AMAB¹⁸ si verifica un aumento delle dimensioni del testicolo e l'assottigliamento della pelle dello scroto (Delemarre-van De Waal & Cohen-Kettenis, 2006). Tuttavia, è molto importante clinicamente fare una distinzione fra i fenomeni di persistenza e desistenza. Nei casi di persistenza della Disforia di Genere che era già presente in forma intensa dall'età infantile, si potrebbe valutare la somministrazione dei bloccanti ancora prima dell'inizio dei primi stadi della pubertà (Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). Tale terapia viene presa in considerazione soltanto dopo uno screening scrupoloso in cui si attesti la

¹⁵ GnRH: gonadotrophin releasing hormone – L'uso dei GnRHa per sopprimere stimolazione gonadale endogena e prevenire lo sviluppo di caratteristiche sessuali secondarie indesiderate. Tali ormoni venivano somministrati ai bambini con diagnosi di pubertà precoce, molto prima che si iniziasse ad includerli nel percorso medicalizzato dei bambini transgender (Delemarre-van de Waal, H. A., 2002).

¹⁶ Gli stadi di Tanner sono un sistema di classificazione utilizzato per valutare lo sviluppo fisico nei bambini, negli adolescenti e nei giovani adulti. Questa classificazione è stata sviluppata dal dottor James Tanner negli anni '60 e descrive le modifiche visibili che si verificano durante la pubertà. Gli stadi di Tanner sono suddivisi in cinque fasi per lo sviluppo dei caratteri sessuali secondari e sono utilizzati sia per i maschi che per le femmine.

¹⁷ AFAB: Assigned Female At Birth

¹⁸ AMAB: Assigned Male At Birth

persistenza della diagnosi di disforia di genere e si scarti la comorbidità con altri disturbi, e che valuti l'ambiente familiare e sociale dell'adolescente (Coleman *et al.*, 2022).

La terapia con i bloccanti è un'importante scelta da parte dei genitori, perché andrà a influenzare i loro figli transgender durante tutto l'arco della vita. Ad esempio, una donna trans che ha vissuto una pubertà maschile, difficilmente da adulta sarà percepita alla pari di una donna cisgender, il che potrebbe in alcuni contesti esporla a vessazioni e molestie e ad avere difficoltà lavorative (Holt *et al.*, 2016; Mizock & Mueser, 2014), oltre al fatto che saranno necessari interventi costosi per correggere gli effetti che il testosterone ha lasciato sui loro corpi, come la struttura del viso più maschile o una voce più profonda. È molto meno dispendioso economicamente ed emotivamente intervenire in un'età precoce se il soggetto ha uno storico di una disforia di genere persistente (Mahfouda *et al.*, 2017).

L'utilizzo degli analoghi del GnRH è visto come un modo di guadagnare tempo per proseguire il lavoro terapeutico di esplorazione del genere senza l'interferenza di un'emergenza legata a una forte disforia (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1998), il che potrebbe essere la causa dell'insinuarsi di altri disturbi, come ansia sociale, depressione e idee suicidarie (Cohen-Kettenis *et al.*, 2008).

Negare la terapia adeguata all'adolescente o posticiparla senza valide motivazioni non è mai una scelta neutrale e può avere delle conseguenze negative a lungo termine nella vita di questi pazienti (Cohen-Kettenis *et al.*, 2008). Spesso scelte ideologiche o religiose vengono messe in primo luogo rispetto alla priorità del benessere psicofisico dei giovani transgender e genere non conforme (Nealy, 2017).

Il protocollo olandese (Dutch Protocol) che viene messo in atto presso il *VU University Medical Center* di Amsterdam prevede il trattamento dei giovani transgender con bloccanti della pubertà. Gli ottimi risultati sono stati un valido motivo per rendere disponibile il trattamento ai giovani di età inferiore ai 16 anni. Dagli studi longitudinali di adolescenti con disforia di genere in età infantile e che hanno ricevuto dei bloccanti della pubertà emerge il fatto che nessuno dei giovani adulti si è mai pentito dalle decisioni prese in adolescenza o deciso di de-transizionare¹⁹ (Steensma *et al.*, 2011).

¹⁹ Detransizione: interrompere o invertire gli aspetti legati al processo dell'affermazione di genere.

È importante precisare che, una volta interrotta la terapia con i GnRH, la pubertà si ripristina rapidamente. Alcuni studi mettono in guardia rispetto all'arresto dello sviluppo cognitivo o una diminuzione della densità ossea che porterebbe a rischi di osteoporosi in età adulta (Rosenthal, 2014). Tuttavia, si è verificato che la densità ossea che aveva subito un'alterazione minima durante l'uso dei bloccanti, si ripristina rapidamente dopo l'inizio della terapia ormonale o il ripristino della pubertà nel sesso natale (Delemarre-van De Waal & Cohen-Kettenis, 2006). Per effetti a lungo termine servono più studi longitudinali, anche se fino ad oggi non ci sono studi che dimostrino effetti avversi dell'uso prolungato degli analoghi del GnRH (Brill & Pepper, 2008).

Va precisato ai pazienti e ai loro genitori che l'uso dei bloccanti della pubertà comporta sterilità. In pazienti ad uno stadio Tanner più avanzato, verrà proposta la criopreservazione dei gameti. Un altro effetto indesiderato è l'arresto della crescita. Per le pazienti *MtF* questo può essere conveniente, dato che le donne sono in media 12cm più basse degli uomini. Per quel che concerne i ragazzi trans, una bassa statura può essere penalizzante. Per contrastare questo problema, possono essere suggeriti dei farmaci per stimolare la crescita (Delemarre-van De Waal & Cohen-Kettenis, 2006).

Gli interventi parzialmente reversibili riguardano la terapia ormonale *cross-gender* che innesca lo sviluppo dei caratteri sessuali secondari nel genere esperito dall'adolescente. Sono considerati parzialmente reversibili perché alcuni cambiamenti fisici possono essere annullati soltanto chirurgicamente. Tra questi cambiamenti fisici si possono citare l'abbassamento del tono della voce e l'aumento dei peli sul viso nella terapia con il testosterone e lo sviluppo del seno nella terapia con gli estrogeni (Gooren, 2005). In Italia, l'età minima per accedere alla terapia ormonale è 16 anni (Rigobello e Gamba, 2016). Il benessere che deriva dalla terapia ormonale è un effetto indiretto, perché diminuisce la discrepanza tra il corpo e il genere esperito. L'integrazione sociale tende a migliorare, perché le caratteristiche sessuali secondarie che derivano dalla terapia ormonale fanno sì che i soggetti siano più accettati dai pari dello stesso genere.

Gli interventi irreversibili sono procedure chirurgiche in cui gli organi coinvolti non potranno più essere ripristinati allo stadio precedente. Questi interventi sono:

- per gli uomini trans: la rimozione del tessuto mammario con subseguente chirurgia ricostruttiva del torace, la rimozione delle ovaie, metoidiodoplastica²⁰ o la falloplastica²¹;
- per le donne trans: la mastoplastica additiva (ove la terapia ormonale non abbia avuto effetti soddisfacenti), la vaginoplastica²².

La soglia di eleggibilità per qualsiasi intervento di tipo fisico è l'età di 18 anni. Si consiglia che il paziente abbia fatto l'esperienza di almeno due anni nel genere esperito. L'approccio più cauto sarebbe procedere con la transizione per stadi per dar tempo all'adolescente di assimilare gli effetti dei cambiamenti dello stadio precedente prima di passare allo stadio successivo. Se il paziente è soddisfatto dei cambiamenti ottenuti nei primi due stadi della transizione e lo ritenesse necessario, si potrebbe prendere in considerazione l'intervento di affermazione di genere (Rigobello e Gamba, 2016). Va detto che non tutte le persone trans sono disforiche riguardo ai loro genitali e non tutti scelgono di sottoporsi all'intervento di affermazione di genere²³ (Coleman *et al.*, 2022; Nealy, 2017). In molti paesi, Italia compresa, non è più necessaria la chirurgia genitale per ottenere l'aggiornamento anagrafico. Quindi, questo ultimo step della transizione resta una decisione che riguarda la sfera privata del paziente, senza che esso debba sentirsi meno uomo o donna rispetto ad un altro paziente che si sia sottoposto all'intervento di affermazione di genere (Nealy, 2017; Rigobello e Gamba, 2016).

Gli operatori sociosanitari che abbiano che fare con bambini o adolescenti transgender e genere non conforme e le loro famiglie, dovrebbero tenere a mente che l'obiettivo della presa in carico è migliorare la qualità della vita e il benessere dei giovani pazienti. I problemi di salute mentale che alcune volte emergono durante la fase di valutazione non devono essere considerati come qualcosa di inerente alla disforia di genere, ma come una conseguenza della mancanza di trattamento, che aggrava l'angoscia di vivere in un corpo che non riflette la propria identità di genere. Negare o ritardare l'accesso alla terapia ormonale aumenterebbe l'angoscia e l'ansia di questi pazienti, che potrebbero avere la sensazione di mancanza di supporto da parte degli operatori sanitari (Costa & Colizzi, 2016).

²⁰ Metoidoplastica: liberazione del tessuto del clitoride, una volta ingrandito come risultato della terapia con testosterone.

²¹ Falloplastica: creazione di un "fallo" di medie misure utilizzando un innesto cutaneo, prelevato dall'avambraccio radiale, dall'esterno della coscia o dalla schiena.

²² Vaginoplastica: creazione di una neovagina dai tessuti del pene e dello scroto.

²³ Intervento di affermazione di genere: precedentemente definito intervento di riassegnazione di genere.

2. Le famiglie con bambini o adolescenti transgender e *gender variant*

Le storie di bambini transgender che fanno transizione in età prepuberale sono molto presenti nei media. Negli ultimi decenni, la presenza di bambini e adolescenti *gender variant* ha guadagnato una grande visibilità nella stampa, nei film e in televisione, così come è aumentato esponenzialmente il numero di giovani pazienti che si presentano alle cliniche specializzate in cerca di trattamento (Zucker et al., 2008). La crescente visibilità ha fatto sì che la consapevolezza sulla varianza di genere emerga in una età sempre più precoce, riducendo l'età del *coming-out* in famiglia, che peraltro il più delle volte viene colta impreparata a far fronte alla situazione del figlio/a. Tuttavia, la visibilità non fornisce al grande pubblico una comprensione approfondita riguardo la condizione e le specifiche esperienze dei soggetti transgender.

La mancanza di conoscenza sulla tematica transgender si estende molte volte agli operatori socio-sanitari, medici, professionisti della salute mentale, che hanno a che fare con i giovani pazienti e le loro famiglie (Shipherd *et al.*, 2010). Molti operatori malinformati in materia possono dare delle raccomandazioni inappropriate alle famiglie, il che può peggiorare lo stress e aumentare i fattori di rischio a corto e a lungo termine nel bambino. Considerando l'alto indice di suicidio fra la popolazione transgender e *gender variant*, è molto importante per le famiglie cercare dei professionisti che siano preparati riguardo le linee guida e le evidenze scientifiche in materia (Brill & Pepper, 2008).

In letteratura ci sono svariati esempi di professionisti ben intenzionati che hanno scrutato, oggettificato e etichettato i bambini *gender variant* e le loro famiglie quando cercavano di "aiutarli" (Ehrensaft, 2011; Lev, 2004). Quello che i genitori trovano il più spesso quando cercano di ottenere dei chiarimenti sulla condizione transgender del loro bambino, sono dei professionisti che non hanno mai lavorato con un paziente transgender (Vanderburgh, 2007). Il più delle volte tali professionisti cercano delle informazioni sul DSM e finiscono per patologizzare la condizione del bambino (Vanderburgh, 2009).

Le linee guide nazionali (ONIG²⁴) e internazionali (WPATH²⁵) cercano di integrare la famiglia all'interno del processo terapeutico, dato il suo ruolo supportivo per il benessere del giovane paziente. Sono previsti degli interventi psicoeducativi sui temi dell'orientamento sessuale e dell'identità di genere. La sensibilizzazione su tali tematiche permetterà ai genitori di comprendere la realtà del proprio figlio e rendergli possibile un sviluppo affettivo sessuale più armonico (Rigobello e Gamba, 2016). Molte volte le sole informazioni che i genitori hanno sulle tematiche transgender provengono dai media e sono caratterizzate da stereotipi e pregiudizi. Quindi, essi hanno bisogno di informazioni sull'infanzia e adolescenza transgender, sul processo di transizione e su ciò che comporta una transizione sociale e medica.

Tuttavia, l'accessibilità a contenuti che riguardano le tematiche di varianza di genere non prepara le famiglie all'impatto che una tale scoperta può avere all'interno del nucleo familiare, della famiglia allargata e degli ambienti di socializzazione del bambino. Tra altro, molte famiglie si trovano a far i conti con un ambiente scolastico poco preparato in materia di accoglienza delle diversità sessuali, e con professionisti della salute mentale senza una corretta formazione in materia di transgenderismo (Nealy, 2017).

Mentre alcuni genitori accettano i loro figli transgender o *gender-diverse*²⁶ già dall'inizio, altri fanno più fatica. Indipendentemente dalla loro risposta iniziale, il ruolo dello psicologo dovrebbe essere quello di condurre i membri della famiglia lungo il percorso che va dal *coming-out*²⁷ del proprio figlio fino alla piena accettazione da parte dei genitori (Malpas, 2011).

La transizione di genere è sempre un atto pubblico. Essa prevede un processo che andrà a modificare il modo di presentarsi di un individuo in svariate sfere, fisiche, legale, sociale. La persona modificherà le sue caratteristiche esterne per renderle più consone alla sua identità di genere. Quando questo percorso viene intrapreso da un bambino in età prepuberale o da un adolescente, il ruolo della famiglia è cruciale per l'adattamento del paziente al nuovo ruolo e per essergli di supporto non soltanto all'interno della famiglia ma in altre sfere della sua vita

²⁴ ONIG – Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere: fondato nel 1998 collegato al HBGDA (Henry Benjamin International Gender Dysphoria Association). L'associazione si propone di approfondire la conoscenza in ambito scientifico e sociale in termini di transgenderismo. Inoltre, fornisce delle linee guida all'intervento psicologico, medico e chirurgico volti a dare un'assistenza ottimale alle persone transgender durante il loro percorso di transizione.

²⁵ WPATH – World Path Association for Transgender Health: precedentemente conosciuta come HBGDA, è un'organizzazione professionale ed educativa senza fini di lucro dedicata alla salute delle persone transgender. L'obiettivo dell'associazione è di aumentare la comprensione e migliorare il trattamento della disforia di genere presso professionisti della medicina, psicologia, sociologia, diritto, sessuologia, antropologia, tra altri campi correlati. La WPATH è responsabile per promuovere i più elevati standards di assistenza sanitaria per le persone transgender tramite i SOC (Standards of Care), attualmente alla versione 8. L'ONIG è l'organo responsabile per la traduzione degli Standard di cura in lingua italiana.

²⁶ *Gender-diverse*: quando l'individuo si identifica con un genere o generi al di fuori delle categorie maschio/femmina. Fonte: <https://www.betterhealth.vic.gov.au/health/healthyliving/trans-gender-diverse-people> consultato il 21/09/2024

²⁷ Coming-out: l'atto di rivelare il proprio orientamento o l'identità di genere.

sociale (scuola, relazione con i pari, istituzioni). Le recenti ricerche evidenziano come le risposte e le reazioni dei familiari ai giovani LGBTQIA+ possono influenzare il loro benessere (Bouris *et al.*, 2010; Ryan *et al.*, 2010). Il clima all'interno della famiglia andrà ad influenzare le emozioni, il comportamento e sfere personali più profonde come la personalità e l'autostima. Considerando la famiglia come fattore protettivo cruciale e il suo ruolo nel garantire un sano sviluppo ai figli, ogni intervento volto ai minori dovrebbe contemplare l'intero nucleo familiare (Eisenberg & Resnick, 2006; Smith *et al.*, 2001).

In quanto nucleo primario di sviluppo dell'individuo, sarà la famiglia ad accogliere o respingere i conflitti e i disagi vissuti dai ragazzi. Sta allo psicologo, in fase di *assessment*, individuare le dinamiche all'interno della famiglia e nello storico familiare che giustifichino certi atteggiamenti. Ogni famiglia ha un modo proprio, a seconda dei suoi membri, di affrontare momenti di crisi e sofferenze. Il linguaggio e le reazioni all'interno della famiglia hanno il potenziale tanto di aumentare il disagio quanto di favorirne la prevenzione. Tuttavia, il terapeuta nelle fasi iniziali della presa in carico dovrebbe fare attenzione a non prendere eccessivamente la parte del minore ed assumere un atteggiamento troppo giudicante e critico nei confronti dei genitori. Questo potrebbe ledere l'alleanza terapeutica che il clinico dovrebbe costruire con tutta la famiglia, dato che la crisi occasionata dalla disforia di genere del figlio andrà a toccare tutti i suoi membri. È importante nelle prime fasi non cercare un colpevole al disagio del minore ed evitare che si creino dei contrasti tra i membri della famiglia, che dovrebbero rimanere uniti (Rigobello e Gamba, 2016).

Le famiglie hanno bisogno di supporto per vincere le resistenze riguardo le espressioni di genere del bambino e per sviluppare strategie per affrontare i membri della famiglia allargata, i pari e gli insegnanti, che possono non essere supportivi nei confronti della non-conformità di genere del bambino. L'ambiente familiare dovrebbe controbilanciare le risposte sociali negative ed essere un catalizzatore nel promuovere la resilienza nel bambino (Wyman *et al.*, 2000).

Ci sono modelli di resilienza che mettono l'accento del supporto parentale per promuovere comportamenti salutari e allontanare fattori di rischio legati agli stressors per la gioventù transgender. Per questi giovani il supporto dei genitori è un fattore protettivo per la sofferenza psicologica, il PTSD²⁸, i disturbi alimentari, la depressione, la qualità della vita (Olson *et al.*,

²⁸ PTSD – Post Traumatic Stress Disorder (Disturbo da Stress Post-Traumatico): studi appuntano all'aumento della possibilità di sviluppare un disturbo da stress post-traumatico in persone transgender che hanno durante la transizione sociale una visibile non-conformità riguardo al genere esperito. I sintomi collegati al PTSD si riducono considerevolmente dopo le cure mediche affermative (Colizzi *et al.*, 2014)

2016; Simons *et al.*, 2013). Ciononostante, i giovani transgender percepiscono un livello inferiore di supporto parentale rispetto ai giovani cisgender, e tanti subiscono il rigetto a causa della loro identità di genere (Eisenberg & Resnick, 2006; Katz-Wise *et al.*, 2016).

Gli studi sulla salute mentale di adolescenti e adulti transgender rivelano che queste popolazioni soffrono di un più elevato livello di ansia, depressione e rischio di suicidio rispetto alla popolazione cisgender. Gran parte di questi sintomi non sono dovuti alla condizione transgender in sé, ma alla discriminazione, pregiudizio e rifiuto non soltanto sociale ma anche da parte dei membri della propria famiglia (Aitken *et al.*, 2016; Eisenberg & Resnick, 2006; Herman *et al.*, 2019). Alcuni studi evidenziano il ruolo cruciale del supporto sociale per una migliore salute mentale nei bambini e adolescenti transgender. Questi studi validano la scelta di alcuni genitori che supportano i loro bambini nel fare una transizione in età prepuberale (Austin, 2018; Bigler & Liben, 2007; Glanz *et al.*, s.d.; Hill *et al.*, 2010).

Essere supportivi nei confronti di un bambino o adolescente transgender vuol dire aiutarlo nel suo percorso di transizione sociale a casa, a scuola e a utilizzare i pronomi di elezione. Avere il supporto dalla famiglia è associato a un indice positivo di salute mentale (Olson *et al.*, 2016), a un decremento dei tassi di depressione e a una migliore qualità della vita (Simons *et al.*, 2013).

Quando si considerano alcuni approcci dello scorso secolo che miravano a modificare il comportamento *cross-gender* (Rekers, 1975), si può affermare che negli ultimi decenni le scienze umane e sociali hanno giovato di una considerevole evoluzione riguardo le identità transgender. Ai nostri giorni, i modelli affermativi sono riconosciuti nella comunità scientifica come i più efficaci nel salvaguardare il benessere psicofisico del minore transgender e *gender variant*. Secondo questi modelli, al bambino dovrebbe essere permesso di esprimere il genere con il quale si identifica con libertà e senza paura del rifiuto (Grossman & D'Augelli, 2007; Katz-Wise *et al.*, 2016; Ryan *et al.*, 2010).

Resta comunque acceso il dibattito nella società civile riguardo al fatto di permettere ai bambini e adolescenti di transizionare²⁹, dato che è consuetudine pensare che non siano sufficientemente maturi per prendere delle decisioni riguardo al proprio corpo e che potrebbero pentirsi di questo una volta cresciuti. Ciononostante, il numero dei genitori che cercano

²⁹ Transizionare: compiere il percorso affermativo di genere attraverso supporto psicologico, terapie ormonali, interventi di chirurgia estetica, ecc.

chiarimenti per questioni legate all'identità di genere cresce e l'incremento della domanda induce i clinici, molte volte non preparati riguardo al transgenderismo, ad aggiornarsi.

2.1 - Reazioni della famiglia a un bambino trans o gender non conforme

Nonostante le esperienze delle persone transgender e le loro sfide e resilienza guadagnino interesse accademico, solo pochi studi con base empirica sono stati pubblicati sulle famiglie di queste persone (Ehrensaft, 2011). Gran parte della letteratura esistente, infatti, si basa su dei racconti e sulle esperienze delle famiglie in terapia (Coolhart *et al.*, 2013). La ricerca empirica e qualitativa fornisce una evidenza scientifica che orienta i terapeuti familiari durante il lavoro con i membri della famiglia delle persone transgender.

Mentre al giovane transgender e *gender variant* viene data relativa libertà per esprimere la sua vera natura e vivere di forma autentica, solo poco spazio viene concesso alla validazione del dolore e delle difficoltà che possono colpire la famiglia in seguito al *coming-out* del figlio. In questa fase potenzialmente carica di stress emotivo, la sensibilità del clinico riguardo le esperienze di perdita è cruciale per dare il supporto necessario alla famiglia (Coolhart *et al.*, 2018).

Le reazioni emotive dei genitori possono essere molto diverse. Esplorare le reazioni emotive iniziali dei genitori è imprescindibile affinché si possa far ottenere una piena accettazione. Senza una reale accettazione, o una accettazione parziale, il benessere del minore e l'equilibrio all'interno della famiglia saranno compromessi (Nealy, 2017). Difatti, i primi lavori sulle famiglie ponevano il focus sulla crisi sistemica causata dal fatto di avere un membro transgender in famiglia, e si concentravano sulla decisione dei familiari di rigettare o accettare il figlio dopo il *coming-out* (Lev, 2004). Oggi la ricerca cerca di esplorare l'adattamento dei membri della famiglia dopo la scoperta dell'identità transgender del figlio e dare voce alla vasta gamma di emozioni legate a questo processo di adattamento (Coolhart *et al.*, 2013; Ehrensaft, 2011).

Alcuni modelli si basano sulle cinque fasi del lutto proposte da Kübler-Ross (1969). Uno di questi è il modello proposto da Emerson & Rosenfeld (1996), che paragonano gli stadi delle emozioni attraverso le quali transitano i genitori dopo la scoperta dell'identità transgender alle fasi del lutto: diniego, rabbia, negoziazione, depressione, accettazione. Un processo simile al lutto può scatenarsi dopo il *coming-out*. In alcuni casi, quando il ragazzo si dichiara come ragazza ed era l'unico maschio della famiglia, il genitore potrebbe vivere l'esperienza come una perdita. Le aspettative create su una relazione madre-figlio o padre-figlio andrebbero in fumo, lasciando al genitore un senso di perdita profondo molto difficile da superare perché, a

differenza del lutto vero e proprio, il loro bambino è in vita e ha più che mai bisogno della loro presenza in quanto genitori (Nealy, 2017). Le principali critiche a questo modello è che esso nega qualsiasi svolta positiva, come la resilienza e la speranza, oltre al fatto che si basa su interviste e dati che non venivano raccolti in modo scientifico. Il modello proposto da Ellis & Eriksen (2002) è molto simile nel paragonare la reazione dei familiari alla morte e al suo processo, anche se hanno aggiunto degli elementi positivi come l'orgoglio. Secondo questo modello, nella prima fase si verificano delle reazioni di shock o negazione in cui i familiari cercano di cambiare il proprio figlio. Nella seconda fase possono verificarsi svariati sentimenti negativi, come rabbia e sentimento di perdita. Nella fase tre, i familiari cercano aiuto per elaborare la loro esperienza. La fase quattro è caratterizzata dal trasformarsi dei sentimenti dei membri della famiglia. La fase cinque dall'accettazione e infine la fase sei dai sentimenti che vanno oltre l'accettazione, come la resilienza e l'orgoglio.

Un altro modello preso in considerazione per spiegare il senso di perdita dei genitori è quello della "perdita ambigua", formulato negli anni Settanta del secolo scorso da Pauline Boss (Boss, 1972). Il termine perdita ambigua è stato coniato per spiegare quelle perdite che sono incomplete e incerte caratterizzate da:

- 1) Assenza fisica e presenza psicologica, come un soldato che va in guerra ma continua ad essere presente psicologicamente nel sistema famiglia;
- 2) Presenza fisica e assenza psicologica, come una persona sofferente di Alzheimer, che è presente fisicamente ma psicologicamente non c'è più.

La perdita ambigua è un evento carico di stress perché di difficile risoluzione. Le persone rimangono bloccate in modelli di comportamenti che non sono salutari e il processo proprio del lutto non attinge mai a una risoluzione, come se le persone rimanessero congelate nel lutto e la famiglia non riuscisse a sviluppare una nuova omeostasi. Prevalgono la confusione e sentimenti legati al passato. I genitori con figli transgender potrebbero vivere entrambi i tipi di perdita ambigua. Nel primo caso, il figlio è psicologicamente presente (permane la sua personalità e carattere) ma fisicamente assente (la presentazione nel genere precedente non c'è più). Nel secondo caso, il figlio è psicologicamente assente (la concezione del figlio nel genere precedente non c'è più) ma fisicamente presente (il figlio è in vita e le persone continuano a essere genitori).

Norwood (2013) utilizza la teoria della dialettica relazionale nell'analizzare la costruzione di significato nelle narrative delle famiglie con un membro in transizione di genere. I risultati

del suo lavoro dimostrano che i partecipanti hanno rielaborato i significati legati al nuovo genere esperito del figlio per trovare nuove strategie di coping intrapersonali, quali sostituzione, revisione, evoluzione e rimozione. Nella sostituzione i genitori vedono la persona transgender in modo completamente nuovo rispetto al sesso assegnato alla nascita, considerandola una “nuova entità biologica” dopo il “cambio” del genere. Nella revisione, sia la forma fisica sia la forma in cui la persona viene percepita cambiano. Nell’evoluzione i familiari comprendono che la persona è in una versione migliore e più autentica di sé stessa, e in questo modo tengono alla larga i sentimenti di perdita. Infine, nella rimozione i vincoli di genere vengono eliminati e viene riconosciuta la persona nella sua interezza (Norwood, 2013).

Nealy (2017), basandosi sulla esperienza clinica pluridecennale con le famiglie di giovani trans, discorre sulle reazioni più comuni ai genitori durante il processo che va dal *coming out*/scoperta all’accettazione: shock, diniego, rifiuto, colpa, paura, rabbia e vergogna.

Mentre alcuni genitori fanno esperienza sin dai primi anni di comportamenti *gender variant*, altri fanno esperienza del *coming out* del figlio soltanto dopo l’inizio della pubertà. Con la comparsa dei caratteri sessuali secondari, il bambino si rende conto per la prima volta di essere nel corpo sbagliato, anche se in prima infanzia non aveva dimostrato segni di disforia. I genitori potrebbero provare un senso di shock nei primi tempi dopo il *coming out*. Molti rimangono in preda al disorientamento e all’appiattimento emotivo, e tendono a chiudersi in sé stessi. Sono confusi perché non capiscono perché dal nulla il loro figlio “decida” di dichiararsi un ragazzo piuttosto che una ragazza. Potrebbero anche cercare delle spiegazioni mediche per determinare cause di origine cromosomica o ormonale.

Il diniego spesso segue la sorpresa o lo shock dopo la scoperta. Alcuni genitori possono far finta che niente sia successo, perché pervasi della confusione, non riescono a credere che il loro figlio sia transgender. Si diranno che il ragazzo è confuso o che si tratta di una fase. Eviteranno di discuterne con amici e membri della famiglia allargata. Molti si ostinano a pensare che il ragazzo cambierà idea crescendo. Un simile atteggiamento può essere estremamente dannoso per il bambino, che crescerà senza mai essere visto e rispettato per quel che realmente è. L’incredulità e il diniego riguardo la sua vera identità non faranno che aggravare il suo senso di isolamento, il rischio di depressione e la mancanza di speranza per il futuro. Quindi, è di importanza vitale lavorare sul diniego dei genitori, per far sì che riescano a vedere e comprendere la realtà comunicata dal proprio figlio riguardo la sua identità di genere.

Alcuni genitori possono interrogarsi se qualche sbaglio commesso da loro ha fatto sì che il loro figlio diventasse transgender. Sovente si aggiunge al senso di colpa l'idea che i vicini di casa, altri genitori e membri della famiglia allargata possano pensare che siano stati un fallimento come genitori. Per alcune coppie divorziate, il tema della colpa può essere ancora più presente, dato che l'idea della famiglia eteronormativa³⁰ determina che un bambino ha bisogno di un ruolo maschile e di uno femminile. Tale convinzione culturale può colpire più pesantemente le coppie omoparentali che hanno a che fare con il *coming out* di un bambino transgender, dato che possono sentirsi colpevolizzati più duramente, a causa del loro orientamento sessuale, per il comportamento *gender variant* del figlio.

Le reazioni dei genitori nascono dal fatto che viviamo ancora in un mondo dove le persone transgender vengono esposte a ostracismo, stigma e discriminazioni. Non sono rari gli episodi di bullismo, molestie fisiche e verbali, rifiuto da parte di amici o di altre persone. I modelli a cui i genitori hanno accesso nei media sono spesso delle rappresentazioni stereotipate e piene di pregiudizio. Le persone trans vengono raffigurate come mentalmente instabili, senza lavoro, vittime di violenze ed emarginazione sociale. La mancanza di modelli positivi di persone transgender rende difficile ai genitori immaginare un futuro felice per il proprio figlio. Sarebbe importante dar voce a queste preoccupazioni che sono del tutto legittime, e fornire ai genitori esempi di persone transgender realizzate socialmente.

La rabbia può manifestarsi quando i genitori si chiedono perché sia capitato proprio a loro, o quando hanno delle resistenze a condividere la condizione del figlio con persone all'esterno della famiglia. La rabbia nasce dalla frustrazione dal trovarsi di fronte a qualcosa che non comprendono e può mischiarsi con la vergogna di dover condividere con colleghi, vicini di casa, scuola, la condizione del figlio. Sebbene ci sia stata una apertura considerevole negli ultimi anni, la condizione transgender è ancora legata a stigma sociale, pregiudizi e ostracismo ai quali genitori di solito cisgender ed eterosessuali devono avere a che fare per difendere il proprio figlio. Quindi, è importante validare i vissuti di sofferenza dei genitori e permettere loro di esprimere tali sentimenti, affinché non rimangano dei blocchi nel percorso di accettazione del figlio. Tuttavia, è opportuno non esporre il ragazzo a tali narrative, perché potrebbero farlo sentire la causa della sofferenza dei genitori. Tali vissuti andrebbero esplorati creando uno spazio sicuro dedicato ai genitori e separato dal bambino o adolescente.

³⁰ Eteronormatività (o eteronorma) è l'idea o presupposto che l'eterosessualità sia la norma o lo standard di una società. Questa linea di pensiero concepisce l'eterosessualità come l'unico orientamento sessuale normale o moralmente corretto.

Indipendentemente dal modello a cui si faccia riferimento, è importante tenere a mente che l'obiettivo dell'intervento psicologico con le famiglie é favorire il benessere e la qualità di vita del paziente e della sua famiglia (WHO³¹; 1993; 1995). Eppure, non sempre viene data alla famiglia l'opportunità ai familiari di raccontare le proprie aspettative e sofferenze in modo non giudicante (Ryan & Chen-Hayes, 2013). Validare i vissuti di ogni membro della famiglia e comprendere ciascun punto di vista è il primo passo per costruire una solida alleanza terapeutica. Lo scopo dell'intervento coi familiari è fornire al genitore le competenze necessarie per essere di aiuto al proprio figlio: per far ciò va rafforzata l'alleanza genitoriale e migliorata la comunicazione all'interno della famiglia. Per evitare conflitti d'interesse, è auspicabile che il terapeuta curante del ragazzo e dei genitori non sia la stessa persona (Rigobello e Gamba, 2016).

Molto spesso lo psicologo deve fare un vero e proprio lavoro di mediazione linguistica e paralinguistica. Oltre al lavoro di psicoeducazione coi genitori, va spiegata l'importanza per il ragazzo dell'utilizzo dei pronomi con cui si identifica. All'inizio può risultare difficile per i genitori abituarsi al nuovo pronome, possono utilizzarlo a casa ma dimenticare di farlo in pubblico, oppure un genitore è pronto quando l'altro è ancora reticente. Tali situazioni vengono vissute dal minore come mancanza di supporto. Perciò, comunicare il motivo della dimenticanza al bambino potrebbe aiutarlo a perdonare gli errori occasionali (Brill & Pepper, 2008). Altri comportamenti come, ad esempio, tenere esposte le foto del genere precedente alla transizione, può essere interpretato dal giovane come non essere visto nella sua condizione attuale (Nealy, 2017).

Questi e altri comportamenti devono essere interpretati nel contesto della transizione di genere, che non riguarda soltanto il ragazzo: anche la famiglia, infatti, va in transizione. Per questo è imprescindibile, nelle fasi preliminari dell'accoglienza, mettere a fuoco le problematiche di ciascuna famiglia. Lo psicologo deve con grande sensibilità cercare di aumentare la consapevolezza circa eventuali comportamenti verbali e non verbali che

³¹ WHO (World Health Organization): I Dipartimenti dell'OMS per il Genere, i Diritti e l'Equità - Diversità, Equità e Inclusione (GRE-DEI), i Programmi Globali per l'HIV, l'Epatite e le Infezioni Sessualmente Trasmissibili (HHS) e la Salute Sessuale e Riproduttiva e Ricerca (SRH) stanno sviluppando delle linee guida sulla salute delle persone trans e di genere diverso. Queste nuove linee guida forniranno indicazioni basate sull'evidenza scientifica per l'attuazione di interventi in ambito medico volti ad aumentare l'accesso e l'utilizzo di servizi sanitari di qualità che siano rispettosi delle persone trans e di genere diverso. Le linee guida si concentreranno su cinque aree: fornire cure affermative di genere, compreso le cure ormonali; educazione e formazione degli operatori sanitari per una assistenza più inclusiva della diversità di genere; fornire cure mediche alle persone trans e gender-variant che abbiano subito violenza per via della loro espressione di genere; politiche sanitarie che supportino le cure inclusive di genere e riconoscimento legale dell'autodeterminazione dell'identità di genere (*WHO Announces the Development of a Guideline on the Health of Trans and Gender Diverse People*, s.d.).

esprimano rifiuto, e migliorare l'efficacia del rapporto interpersonale dei genitori con il proprio figlio (Rigobello e Gamba, 2016).

2.2 - Pratiche genitoriali dannose e pratiche genitoriali efficaci

Le famiglie vogliono sempre il meglio per i loro figli, anche se alcune volte paradossalmente esprimono le loro preoccupazioni e la cura tramite il rigetto dei loro bambini transgender. Questi atteggiamenti nascono a causa della pressione sociale a conformarsi ai modelli sociali vigenti (Ryan *et al.*, 2010). Non raramente alcuni genitori si sentono in imbarazzo a causa dei comportamenti *cross-gender* dei figli, o sentono paura per il rischio di violenze transfobiche a cui sono esposti i ragazzi fuori casa (Vanderburgh, 2009).

Il supporto della famiglia è correlato al calo del tasso di ideazione suicidaria e ai tentativi di suicidio. Il libero accesso alle cure ormonali di cui il giovane transgender ha bisogno per diminuire la disforia di genere e vivere in un ambiente il più libero possibile da discriminazioni contribuisce a tenere bassi i tassi di ideazione suicidaria (Herman *et al.*, 2019). Le competenze dei genitori ad accogliere la situazione del figlio possono avere una influenza significativa sul futuro del bambino o adolescente per quanto riguarda la sua autostima e il senso di auto-efficacia, e, in casi estremi, possono essere anche determinanti del fatto che rimanga in vita o meno (Brill & Pepper, 2008).

Il rifiuto dei genitori è un significativo problema per la gioventù transgender. Negli USA e Canada ancora oggi il fatto di rivelare di essere transgender può degenerare in conflitti che hanno come epilogo l'espulsione dei giovani da casa. Come risultato, in questi Paesi una grande percentuale di giovani collocati in famiglie affidatarie o senza tetto sono transgender (Ryan *et al.*, 2010). Le ricerche evidenziano che il ruolo nutritivo e protettivo delle famiglie, in generale, e i legami con la famiglia, in specifico, sono dei fattori protettivi nei confronti dei principali comportamenti di rischio per la salute (Resnick *et al.*, 1997).

I terapeuti che hanno a che fare con pazienti trans adulti spesso rilevano nel loro passato pratiche genitoriali dannose. Nelle generazioni precedenti, essere transgender non era un comportamento accettabile, il che portava questi pazienti a internalizzare vergogna e colpa riguardo una parte fondamentale della loro identità, sentimenti questi molto difficili da smantellare in età adulta (Vanderburgh, 2009). Perciò, il lavoro con le famiglie dei giovani è anche un lavoro di prevenzione, dato l'impatto che il livello di accettazione familiare avrà nella vita dei soggetti transgender per quanto concerne esiti positivi per la salute (autostima, supporto sociale e salute generale) e l'evitamento di esiti negativi per la salute (depressione, abuso di sostanze, ideazione suicidaria e suicidio) (Ryan *et al.*, 2010).

Il *Family Acceptance Project* (FAP) ha individuato dei comportamenti che possono essere deleteri o positivi nel promuovere un appropriato sviluppo psicofisico del minore. Questo importante progetto di ricerca di comunità ha studiato l'impatto, sulla salute mentale e fisica e benessere generale nei giovani LGBT, dell'accettazione e del rifiuto da parte delle famiglie. La ricerca dimostra che alcuni dei comportamenti messi in atto dai genitori per cercare di cambiare l'espressione di genere dei loro figli possono rivelarsi molto dannosi. Forzarli a vestirsi in accordo con il loro sesso biologico, a comportarsi e a parlare in un modo che per loro non è naturale solo per conformarsi alle aspettative culturali, sono pratiche che conducono i bambini a mancare di rispetto verso sé stessi. Le nozioni che saranno interiorizzate porteranno i giovani transgender a pensare che c'è qualcosa di profondamente sbagliato in loro e che non è normale essere come sono. Non c'è da sorprendersi che si sentano rifiutati e siano esposti più avanti nella vita a comportamenti di rischio (Ryan & Rees, 2012).

Molti genitori interpretano l'identificazione come transgender come un atto di ribellione e pensano che il giovane, nel rifiutarsi di conformarsi ai modelli sociali, stia sfidando l'autorità dei genitori. Di conseguenza, per contrastare il comportamento indesiderato del figlio, alcuni genitori possono reagire in modo punitivo. Quando un bambino si veste per esprimere una parte innata di sé stesso, non sta sfidando i genitori e non è suo intento farli soffrire o imbarazzarli. Se essi riescono a capire la ragione del comportamento del figlio, riusciranno ad agire in un modo più empatico e questo renderà la famiglia più accogliente della diversità del bambino (Ryan & Rees, 2012).

Secondo il FAP, i comportamenti più dannosi che si possono mettere in atto contro i bambini e gli adolescenti transgender e *gender variant* sono: l'abuso fisico o verbale³², escludere il bambino delle attività della famiglia allargata³³, bloccare l'accesso in casa ad amici LGBT o vietare loro di andare a delle attività destinate a un pubblico transgender³⁴, incolpare il bambino per gli atti di bullismo e la discriminazione di cui è vittima³⁵, sminuirlo o denigralo a causa del

³² Brill & Pepper, 2008 - *The transgender child* - Cleis Press - San Francisco -CA: punire fisicamente il bambino cercando di cambiare chi sono è una pratica inefficace e li mette in alto rischio di suicidio. l'abuso psicologico è altrettanto grave: dire ad un bambino che il suo comportamento cross-gender fa vomitare, o che si è disgustati dalla loro presenza. Anche se i genitori abbiano tali reazioni, è consigliabile che loro le tengano per sé e mai esporre tali pensieri al bambino.

³³ Brill & Pepper, 2008 - *The transgender child* - Cleis Press - San Francisco -CA: se un genitore esclude il bambino transgender dalle attività familiari lo sta comunicando che per essere il benvenuto in famiglia, lui dovrebbe cambiare perché ci si vergogna di loro.

³⁴ Brill & Pepper, 2008 - *The transgender child* - Cleis Press - San Francisco -CA: con il fatto di stigmatizzare persone simili al bambino si comunica la mancanza di rispetto per la sua condizione, privandolo anche dei modelli di ruolo positivi e delle speranze in futuro dove avranno un luogo al mondo dov'essere liberi di esprimere sé stessi.

³⁵ Brill & Pepper, 2008 - *The transgender child* - Cleis Press - San Francisco -CA: incolpare il bambino per le discriminazioni che subiscono dicendogli che meritano di essere mancati di rispetto per essere per come sono vuol dire inculcarli l'idea che per essere rispettati devono far finta di essere un'altra persona e nascondere ciò che sono realmente.

suo comportamento *cross-gender*³⁶, condannarlo in base alla religione³⁷, negazione e vergogna per avere un figlio transgender³⁸, chiedergli di non rivelare la sua identità di genere in pubblico³⁹, fare pressione perché si conformi ad una espressione di genere normativa⁴⁰. Invece, tra le pratiche positive che possono essere messe in atto dai genitori possiamo citare: creare un ambiente familiare supportivo⁴¹, richiedere rispetto all'interno della famiglia⁴², esprimere supporto verso l'espressione di genere del figlio⁴³, evitare di fare commenti negativi riguardo la scelta di vestiti, giocatoli e accessori⁴⁴, avere una comunicazione aperta e supportiva⁴⁵, esprimere preoccupazione senza esprimere rifiuto⁴⁶.

La cosa più importante da tenere in considerazione è che dare supporto al bambino transgender vuol dire dare supporto alla sua espressione di genere e non cercare di modificarla

³⁶ Brill & Pepper, 2008 - *The transgender child* - Cleis Press - San Francisco -CA: parlare al bambino gender-variant in modo irrispettoso o mettere in atto un linguaggio corporale che manifesti sdegno per come si comporta o si veste, comunica il rigetto e la mancanza di accettazione.

³⁷ Brill & Pepper, 2008 - *The transgender child* - Cleis Press - San Francisco -CA: dire che Dio punirà il bambino a causa della sua identità di genere o orientamento sessuale, oltre ad aumentare fortemente i rischi di problemi di salute mentale, porta via un'importante fonte di conforto e supporto di fronte alle avversità della vita.

³⁸ Brill & Pepper, 2008 - *The transgender child* - Cleis Press - San Francisco -CA: anche se molti genitori non lo dicano direttamente che hanno vergogna dei loro figli transgender, lo fanno in modo indiretto. Ad esempio, esponendo foto di famiglia che includano loro soltanto prima della transizione. Invece il diniego si verifica quando il genitore non vuole riconoscere la condizione transgender del figlio, ad esempio quando scherza e minimizza parlando della situazione del figlio a terzi.

³⁹ Brill & Pepper, 2008 - *The transgender child* - Cleis Press - San Francisco -CA: accettare il bambino dentro casa e chiederlo di rimanere zito sulla sua condizione all'esterno lo fa pensare che c'è qualcosa di essenzialmente sbagliato in lui e che non sarà mai accettato nel mondo per ciò che è.

⁴⁰ Brill & Pepper, 2008 - *The transgender child* - Cleis Press - San Francisco -CA: comunicare al bambino in forma più o meno esplicita che i suoi comportamenti cross-gender non sono socialmente accettabili. Un genitore più accettante può controbilanciare commenti maldestri del meno accettante, anche in una situazione ideale i due dovrebbero mettersi d'accordo per evitare di comunicare rifiuto al bambino sia dentro che fuori casa.

⁴¹ Brill & Pepper, 2008 - *The transgender child* - Cleis Press - San Francisco -CA: il fattore più importante nel promuovere il benessere e la salute a lungo termine del bambino transgender è creare un ambiente familiare supportivo e sicuro. Esso costituisce un importante fattore protettivo contro le avversità che troveranno nel mondo. Oltre a ciò, il loro senso di sé stessi verrà rafforzato.

⁴² Brill & Pepper, 2008 - *The transgender child* - Cleis Press - San Francisco -CA: dev'essere chiarito che ogni membro della famiglia merita rispetto e che anche se hanno opinioni divergenti riguardo la transizione, sentimenti e manifestazioni negative tramite parole, linguaggio corporale ed espressioni facciali devono essere contenuti.

⁴³ Brill & Pepper, 2008 - *The transgender child* - Cleis Press - San Francisco -CA: supportare l'espressione di genere del bambino è una delle cose più importanti da fare per promuovere il suo benessere. Supportare la sua espressione di genere significa permetterlo di scegliere i giocatoli e i vestiti che vuole. Il genitore dev'essere consapevole e lavorarci sul proprio sessismo e sui propri stereotipi riguardo a quel che dovrebbero fare e indossare uomini e donne.

⁴⁴ Brill & Pepper, 2008 - *The transgender child* - Cleis Press - San Francisco -CA: le scelte del bambino riguardo ad accessori, vestiti e giocatoli fanno parte dell'espressione di sé. Quando si sente supportato, l'autostima del bambino si rafforza. Perciò commenti negativi sulle sue scelte dovrebbero essere evitati. Se un commento positivo non può essere fatto, la cosa migliore è rimanere neutrali.

⁴⁵ Brill & Pepper, 2008 - *The transgender child* - Cleis Press - San Francisco -CA: l'espressione di genere può essere fluida prima che si sveli completamente. È importante essere pazienti e non pressare il bambino a scegliere "un'etichetta". La comunicazione aperta è un strumento cruciale per promuovere l'equilibrio del bambino ed essere un suo alleato nel suo viaggio di scoperta di sé.

⁴⁶ Brill & Pepper, 2008 - *The transgender child* - Cleis Press - San Francisco -CA: purtroppo il mondo non è ancora un luogo sicuro per le persone transgender, gender-variant e gender-nonconforming. Tante volte le preoccupazioni dei genitori concernente possibili pericoli ai quali sono esposti i giovani transgender possono essere interpretati come rifiuto. L'importante è che il genitore chiarisca che non è in imbarazzo per il giovane, ma soltanto preoccupato per la sua sicurezza. La conversazione dev'essere tenuta in toni gentili. Il genitore dovrebbe rassicurarlo che in caso il giovane abbia dei problemi a causa della sua espressione di genere, che lui verrà a ricuperarlo senza porre domande. Tale atteggiamento farà in modo che il giovane si senta protetto e supportato.

per farla rientrare in quelle che sono le aspettative sociali. I genitori certo non sono perfetti, e la strada verso l'accettazione è fatta di tanti piccoli passi. Ma ognuno di questi passi avrà un impatto immenso nel futuro di questi bambini (Brill & Pepper, 2022).

2.3 – Considerazioni sul percorso terapeutico con le famiglie

Molti genitori si rivolgono agli psicologi dopo che si accorgono che il comportamento *cross-gender* del figlio non è soltanto una fase (Nealy, 2017). E non è raro che la domanda iniziale tratti di modificare il comportamento del bambino perché rientri negli schemi di un'espressione di genere stereotipizzata. Come visto nel capitolo precedente, queste pratiche volte a modificare l'orientamento sessuale e l'identità di genere di un individuo si chiamano terapia di conversione o terapie riparative. Tali pratiche sono considerate inefficaci per gli obiettivi che si propongono, e tra l'altro sono estremamente dannose e rappresentano una forma di violenza sul minore. Tuttavia, esse vengono ancora praticate.

È importante precisare che le terapie riparative sono condannate da numerose organizzazioni di psichiatria e dall'OMS, poiché sono contrarie all'etica della professione medica e psicologica. Va ricordato alle famiglie che persone LGBT possono condurre vite soddisfacenti ed avere delle relazioni stabili e appaganti (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2015).

Una cattiva informazione sull'orientamento sessuale e sull'identità di genere condiziona le reazioni delle famiglie ai giovani LGBT. Perciò, un primo step dell'intervento con le famiglie dovrebbe essere un percorso psicoeducativo sulle diversità sessuali e sull'impatto delle loro decisioni sulla salute del minore. Dopodiché, dovrebbe essere definito il tipo d'intervento più adatto a ciascuna famiglia, a seconda della velocità con cui vengono assimilati i nuovi concetti e del grado di supporto verso il minore (Rigobello e Gamba, 2016).

Per bambini o adolescenti con una marcata disforia di genere vivere in un genere diverso da quello esperito comporta un grande dispendio di energie mentali, le quali potrebbero essere invece impiegate nello studio e nel successo scolastico. Una volta che agli studenti viene permesso di essere loro stessi, i sentimenti di rifiuto verso la scuola diminuiscono notevolmente. Il giovane transgender non ha più l'angoscia di essere chiamato con nomi e pronomi con i quali non si identifica e comincia ad essere visto per quello che è realmente. Il senso di sicurezza rispetto alla scuola si rafforza e il bambino diventa più motivato, il che migliora il suo benessere e le sue prestazioni.⁴⁷

⁴⁷ In Italia, per fare transizione sociale a scuola è sufficiente che i genitori o i tutori legali presentino la richiesta per l'attivazione della carriera *alias*. La richiesta, inizialmente inoltrata per e-mail, è un accordo di riservatezza tra scuola, famiglia e studente

Il momento di iniziare una transizione sociale varia a seconda delle famiglie. Alcune preferiscono farla all'inizio di un nuovo anno scolastico, altre dopo le vacanze di Natale, anche se tempistiche diverse possono essere prese in considerazione accordandosi con il personale scolastico. In pratica, il giorno determinato per l'inizio della transizione sociale implica che da quel momento in poi il bambino sarà riconosciuto nel nuovo genere. Fare la transizione in concomitanza di una pausa è meno importante per bambini in età prescolare, poiché questi accettano il cambiamento del nome e del nuovo genere senza porsi particolari domande. I ragazzi più grandi possono scegliere di effettuare la transizione quando passano a un grado superiore di istruzione, dalle medie alle superiori ad esempio. Alcune famiglie possono scegliere di cambiare scuola o addirittura trasferirsi in un'altra città per mettere in atto la transizione sociale. Tale scelta può essere a causa di un ambiente poco supportivo o perché il bambino o adolescente non se la sente di affrontare la transizione sociale in una scuola dove è stato conosciuto nel sesso precedente (Nealy, 2017).⁴⁸

Costruire un'alleanza terapeutica con i genitori è essenziale per attingere all'obiettivo di sostenere il giovane transgender. A tale proposito è importante mantenere un atteggiamento non giudicante nei loro confronti mentre viene concesso loro uno spazio protetto per esprimere le loro preoccupazioni, sofferenze, ansie e paure. Anche sentimenti negativi come la rabbia devono essere validati ed espressi, altrimenti costituiranno un blocco nel percorso di piena accettazione della condizione del figlio (Nealy, 2017). Il nucleo familiare viene rafforzato perché sia in grado di supportare il minore in un momento in cui il suo sviluppo è momentaneamente in arresto a causa della disforia di genere.

Nel lavoro con le famiglie la narrazione gioca un ruolo centrale nel combattere il rifiuto da parte dei genitori di bambini e adolescenti *gender variant* e transgender. Si cercherà di

trans. Insieme al provvedimento andranno definiti criteri specifici per l'utilizzo dei bagni e degli spogliatoi, dato che, spesso, in questi luoghi si verificano delle molestie transfobiche. La carriera *alias* costituisce una buona pratica che mette al sicuro lo studente dall'essere obbligato a fare coming-out o essere esposto ad episodi di bullismo. Nessun certificato medico o psicologico dovrà essere richiesto dalla scuola e la carriera *alias* dovrebbe essere attivata rispettando la tutela della privacy dello studente trans. Fonte: <https://www.genderlens.org/wp-content/uploads/2022/01/GenderLens-Proposta-di-Regolamento-Scolastico-per-Carriera-Alias.pdf> (consultato il 10/07/2024)

⁴⁸ Se viene scelta per la transizione sociale una nuova scuola, successivamente alla comunicazione al personale scolastico, la famiglia dovrebbe incontrare il dirigente e lo psicologo scolastico per definire il miglior modo di gestire gli aspetti legati alla transizione: il riconoscimento del nuovo genere esperito, l'utilizzo dei nomi e pronomi di elezione, se gli aspetti legati alla transizione devono rimanere segreti o meno. Il processo resta molto più scorrevole se la scuola ha già avuto precedenti esperienze con studenti transgender o gender variant. Invece, nei casi in cui la scuola si imbatte per la prima volta in questo tipo di situazione, i genitori devono essere preparati a educare il personale e fornire alla scuola del materiale informativo sui bambini transgender.

La presenza di uno psicologo scolastico in questi casi potrebbe avere un ruolo decisivo nel preparare il personale ad essere supportivo riguardo lo studente in transizione, oltre a suggerire delle modifiche nei regolamenti interni in modo da creare un ambiente più inclusivo e sicuro per tutti gli studenti. Inoltre, la figura dello psicologo scolastico, nell'affiancare la famiglia, permetterebbe di prendere le decisioni migliori per il benessere del minore transgender nel contesto scolastico, ed essere un fattore protettivo in casi di aggressioni a sfondo transfobico (Nealy, 2017).

cambiare la narrativa familiare con l'obiettivo di promuovere l'accettazione. Due metodi di etica narrativa possono essere utilizzati per questo scopo: “*mantenere la fede*” e “*ci provo*” (*keeping faith and trying on*). Il metodo “*mantenere la fede*” cerca di far leva sui valori morali presenti nei genitori per portarli ad accettare l'identità di genere del figlio. Con il metodo di narrativa “*ci provo*”, i genitori vengono invitati ad immaginare il futuro dei loro figli, quale tipo di relazioni possono avere. Il processo può essere doloroso, ma questo intervento viene fatto nella speranza che i genitori possano arrivare a capire che l'accettazione è la migliore strada da intraprendere (Brody & Clark, 2014).

Lo psicologo deve rimanere attento al fatto che la narrativa non degeneri in toni negativi o dispregiativi. Ad esempio, se il genitore paragonasse l'essere transgender ad una forma di contagio sociale. Narrative di questo tipo sono congelate al punto di rottura causato dal *coming out* del bambino e sono sterili strategie di coping per far fronte alla situazione. Invece, quello che si deve cercare di costruire è una nuova narrativa familiare, una nuova storia di vita dove il giovane trans possa trovare luogo, dove il cambiamento possa essere accolto e la narrativa familiare acquisisca un significato più ampio (Manning *et al.*, 2015).

Il gruppo di Auto Mutuo Aiuto⁴⁹ può essere un valido strumento per incrementare e facilitare il ruolo supportivo dei genitori riguardo ai loro figli transgender e *gender variant* (Menvielle & Rodnan, 2011). È estremamente utile per i genitori di bambini transgender e *gender diverse* trovare altri genitori che stanno affrontando la stessa esperienza. La partecipazione ad un gruppo, oltre a fornire delle informazioni tecniche, mediche e giuridiche sul percorso della transizione, funge soprattutto da supporto emotivo ai genitori che hanno appena iniziato il percorso. L'obiettivo del gruppo di sostegno per genitori è creare uno spazio fisico e psicologico per lo scambio sulle esperienze relative a che cosa sta succedendo ai loro figli e validare e dare un senso ai vissuti di sofferenza tramite la parola. Il fatto di immedesimarsi nei racconti di altri che affrontano percorsi simili, li aiuta a nominare sentimenti ed emozioni non espressi, oltre a liberarli dal senso di colpa o di vergogna per la condizione del figlio. Le storie di padri e madri che hanno superato con successo le fasi iniziali della transizione dei loro bambini/adolescenti transgender possono dare un grande incoraggiamento e speranza a quelli che barcollano ancora nel buio attraverso una realtà della quale conoscono ben poco. Nel

⁴⁹ Sul territorio nazionale AGEDO (Associazione Genitori di Omosessuali) nata nel 1993 è un importante punto di riferimento per i genitori di figli LGBTQIA+. La finalità dell'organizzazione è lavorare per la prevenzione della violenza e discriminazione basate sull'identità di genere e l'orientamento sessuale partendo dalla famiglia. Tra altre attività si adoperano vengono organizzati dei gruppi di genitori di bambini e adolescenti transgender e *gender variant* con l'obiettivo di aiutare le famiglie a trovare nuovi modi di interagire e comunicare, educare al rispetto della diversità e far ritrovare l'armonia e serenità nelle relazioni all'interno della famiglia che dovrebbe rimanere il luogo degli affetti dove nessuno viene abbandonato.

gruppo le paure e preoccupazioni per l'incolumità dei figli trovano uno spazio protetto per essere espresse e superate (Nealy, 2017), oltre al fatto che un significativo lavoro di sensibilizzazione viene messo in atto per migliorare la comunicazione all'interno della famiglia sui temi dell'orientamento sessuale e dell'identità di genere e sulle aspettative socioculturali ad essi correlate (Rigobello e Gamba, 2016).

L'evoluzione del genitore all'interno del gruppo avrà ripercussioni sul rafforzamento della coppia e sul benessere del minore (Ryan *et al.*, 2010). Inoltre, ciò aiuterà a spostare il focus sul "problema" dell'identità di genere del minore alle dinamiche all'interno della famiglia che coinvolgono tutti i suoi membri, il che può essere un fattore utile ad aumentare la funzionalità dei rapporti in famiglia (Hill & Menvielle, 2009), anche se a volte bisogna stare attenti all'emergere di problematiche più complesse, le quali devono essere indirizzate a terapeuti familiari esperti (Nealy, 2017).

L'esito ideale del gruppo di auto-mutuo-aiuto è di eliminare i comportamenti di rifiuto, incrementare l'efficacia personale nei rapporti con il figlio e far nascere nei genitori la speranza per il futuro, oltre a una progettualità positiva riguardo ai loro figli transgender (Rigobello e Gamba, 2016).

3. Una scuola più inclusiva e sicura per tutti

Quando si ha a che fare con la presa in carico di minori, l'intervento va esteso a tutte le aree della vita del ragazzo: oltre alla fase evolutiva in cui si trova, devono essere presi in considerazione tutti i suoi contesti di vita e le figure adulte con cui è in relazione (Rigobello e Gamba, 2016).

La scuola, secondo agente di socializzazione dopo la famiglia, è il luogo dove i bambini e gli adolescenti passano più tempo durante la giornata (Toomey *et al.*, 2011). Il tempo condiviso con i pari e gli insegnanti è superiore al tempo trascorso a casa con i genitori. Per questo motivo, l'importanza del ruolo formativo della scuola nello sviluppo della personalità è essenziale, e le esperienze che i ragazzi fanno a scuola hanno il potere di rafforzare o affievolire il loro senso di sé e la loro autostima (Brill & Pepper, 2022).

Le norme e le aspettative di genere si intrecciano nella vita quotidiana dei ragazzi e hanno il potere di influenzare il clima all'interno della scuola (Pascoe, 2012). Come suggeriva Foucault (1990), la sessualità non è soltanto parte della sfera privata dell'individuo, ma anche parte integrante della vita pubblica e ne determina i rapporti di potere che si diramano tra le varie discipline, definendo ciò che è normale o accettabile. Il concetto di eteronormatività illustra bene un sistema sociale gerarchico che concede privilegi a persone eterosessuali e cisgender, e sanziona le persone che divergono dall'eterosessismo e del binarismo di genere. Già nei primi anni di scuola elementare, i ragazzi cercano di rispettare le pratiche genderizzate in modo ad aderire all'eteronormatività (Renold, 2002). Nella scuola, le norme e le interazioni tra gli studenti vengono strutturate dall'eteronormatività, facendo sì che questo contesto di formazione primaria fornisca degli indizi importanti per capire le implicazioni dell'eteronormatività nella vita dei giovani. Inoltre, sul piano teorico, tale fatto spiegherebbe la prevalenza di vittimizzazione tra la popolazione scolastica deviante dall'eterosessualità e del binarismo di genere (Toomey *et al.*, 2011).

Un clima scolastico positivo e il senso di appartenenza sono un importante fattore protettivo per gli studenti LGBTQ che soffrono gli effetti dell'eterosessismo. Il senso di appartenenza nasce dall'essere visti e considerati come parte integrante della scuola. Un primo passo per rendere questo possibile è distribuire materiale educativo ai ragazzi e ai genitori specificando l'importanza del rispetto della diversità di ognuno, ove siano citate esplicitamente le persone transgender. L'esistenza di una politica scolastica di tolleranza zero contro molestie

e comportamenti discriminatori basati sull'orientamento sessuale e sull'identità di genere contribuisce a donare un senso di sicurezza agli studenti appartenenti alle minoranze sessuali e ha effetti benefici sulla loro autostima (Kosciw *et al.*, 2013). Tuttavia, gli studenti non eterosessuali avvertono un senso di appartenenza più debole rispetto ai loro compagni eterosessuali (Kosciw *et al.*, 2013), e di conseguenza un minore senso di sicurezza, dato che esso è direttamente proporzionale al senso di appartenenza (Joyce, 2015). Un sondaggio realizzato dal GLSNE⁵⁰ nel 2013, negli USA, rilevava che il 75% degli studenti transgender non si sentivano al sicuro nell'ambiente scolastico, a differenza del 26% delle femmine cisgender, e che gli studenti che facevano esperienza di un clima scolastico più ostile erano gli studenti transgender (Kosciw, Greytak, Palmer, & Boesen, 2014). Nel sondaggio del 2021, condotto dalla stessa organizzazione, gli studenti transgender figurano ancora tra quelli che fanno esperienza di un clima scolastico più ostile rispetto ai loro pari (Kosciw *et al.*, 2022).

I dati sopra citati vengono confermati da un numero crescente di ricerche che dimostrano che gli studenti transgender sono tra quelli che più subiscono vittimizzazione e molestie basate sul pregiudizio e sul bullismo, a causa della loro identità di genere. In aggiunta a ciò, l'intervento da parte del personale scolastico per fermare tali episodi di aggressione è stato minimo (Wright-Maley *et al.*, 2016). Il clima scolastico di insicurezza viene aggravato quando membri dello staff non prendono azioni nel proteggere questi studenti o, addirittura, sono i vettori di tali comportamenti (Grossman *et al.*, 2009). Come conseguenza, gli studenti esposti a discriminazione hanno tassi più alti di depressione, assenteismo e risultati accademici più bassi, con meno probabilità di intraprendere studi universitari (Toomey *et al.*, 2010). Inoltre, gli studenti transgender sono a rischio di lasciare la scuola e andare via dalle loro famiglie (Grossman & D'Augelli, 2007).

Più nello specifico, gli studenti più vittime di commenti negativi sono le ragazze transgender (*MtF*), dato che i maschi con una espressione di genere non conforme sono presi più di mira dai loro pari dello stesso sesso. Le ragazze transgender subiscono la vittimizzazione già da una giovane età e sono discriminate tanto in base all'espressione di genere atipica come per l'orientamento sessuale, poiché tante persone confondono l'essere effeminati con l'essere gay. I giovani transgender, oltre a subire gli effetti di questo doppio stigma, sono sottoposti ad

⁵⁰ GLSNE (the Gay, Lesbian and Straight Educational Network): organizzazione educativa americana fondata a Boston nel 1990 attualmente con sede a New York si dedica all'inclusività e sensibilizzazione le persone LGBT dalla scuola materna fino alla scuola superiore con l'obiettivo di mettere fine alla discriminazione, molestie e intimidazione basate sull'identità e espressione di genere e orientamento sessuale.

un ulteriore stress quando a scuola vengono chiamati con il loro nome legale piuttosto che con il nome con il quale preferiscono essere chiamati (Grossman & D'augelli, 2006).

L'eteronormatività, oltre a venire espressa tramite le interazioni degli studenti tra di loro e tra studenti e insegnanti, viene anche espressa dalla politica della scuola e contribuisce a creare un clima scolastico ostile nei confronti delle minoranze sessuali (Chesir-Teran, 2003). Alcuni insegnanti, inavvertitamente influenzati dalle norme socioculturali e dalla mancanza di informazione, continuano ad essere accondiscendenti con un linguaggio e dei comportamenti che propagano l'eteronormatività, e che sono potenzialmente dannosi per gli studenti che fanno parte di queste minoranze (Dessel *et al.*, 2017). L'utilizzo del *bias* nel linguaggio da parte degli insegnanti è associato a risultati accademici più scarsi. Risulta anche più difficile per questi giovani, rispetto ai loro pari cis-eterosessuali, trovare all'interno del contesto scolastico delle figure di riferimento con cui parlare in caso di difficoltà (Goodenow *et al.*, 2006).

Per promuovere un ambiente sicuro per le minoranze sessuali emarginate, a causa dell'orientamento sessuale o dell'identità di genere atipica, è necessario formare il personale scolastico, implementando una formazione ad hoc perché esso possa imparare a far fronte a degli episodi di bullismo anti-LGBTQ (Dessel *et al.*, 2017). Per cambiare la narrazione dominante sul tema del genere bisogna formare gli insegnanti affinché riescano a trovare un'alternativa a questa visione (Bellini, 2012).

Nei casi in cui lo staff scolastico è intervenuto durante episodi di molestie, gli studenti transgender hanno avuto come conseguenza un abbassamento del tasso di vittimizzazione e un aumento del senso di sicurezza e connessione con la scuola, risultati questi potenziati da una politica inclusiva da parte del corpo scolastico (McGuire *et al.*, 2010). Data la portata delle azioni del personale scolastico nell'influenzare il senso di sicurezza e il clima scolastico, diventa di fondamentale importanza, per creare una scuola più inclusiva, la formazione dello staff sulle tematiche LGBTQI+ sull'utilizzo di un linguaggio più rispettoso delle minoranze sessuali e su come reagire in casi di molestie o abusi a sfondo omotransfobico (Dragowski *et al.*, 2016).

3.1 - Bullismo

Il bullismo è un fenomeno sociale che ha avuto una crescente visibilità negli ultimi anni. Non è possibile capire la violenza all'interno della scuola senza fare riferimento al concetto di bullismo, il quale consiste in un atto di prevaricazione dell'aggressore (il bullo) o gruppo di aggressori ai danni di una vittima che non si può difendere. Questa logica binaria di protezione (vittima da una parte e bullo dall'altra) assume erroneamente che la scuola sia un ambiente neutrale di eguali opportunità per tutti, poiché non considera le variabili in gioco che possono motivare il comportamento del bullo, il quale minaccia il senso di sicurezza degli altri studenti, impedendo loro di godere di un clima scolastico sereno.

Nei casi di bullismo omotransfobico, è un errore non tenere conto del concetto di eteronormatività che pervade le istituzioni, compreso le scuole, perché dietro a questo fenomeno esiste tutto un sistema di potere sociale che corrobora atteggiamenti anti-LGBTQ+. In altre parole, i comportamenti di genere conformi vengono premiati e celebrati, mentre quelli generi non conformi vengono puniti tramite la perdita di privilegi sociali da parte dei pari che tendono a escludere espressioni di genere non normative. Perciò, le aggressioni anti-LGBTQ+ sono un riflesso di norme culturali che regolano la sessualità e l'espressione di genere. È un'illusione pensare di combattere il bullismo omotransfobico senza considerare il fatto che la scuola, in quanto istituzione culturale, gioca il suo ruolo nel propagare l'eteronormatività (Payne & Smith, 2013).

Non è raro che gli studenti LGBTQ+ siano vittime degli episodi di bullismo contro i quali la scuola non interviene efficacemente. La popolazione transgender è quella tra le minoranze sessuali a subire più pesantemente il bullismo. In un sondaggio realizzato dall'organizzazione GLSEN⁵¹ negli USA nel 2014, il 56% degli studenti ha riferito di essere stato aggredito verbalmente a causa della espressione di genere (Kosciw *et al.*, 2014). La situazione nel 2021 è addirittura peggiorata fino al 57.4%, con il 18% di studenti che subiscono molestie frequentemente (Kosciw *et al.*, 2022).

Le statistiche dimostrano che il bullismo transfobico è alla base dell'abbandono degli studi da parte degli studenti non-cisgender. Il fatto d'essere costantemente vittima di molestie verbali a scuola interferisce negativamente con la performance accademica. Di conseguenza,

⁵¹ GLSNE: organizzazione americana fondata da un gruppo di insegnanti nel 1990 con lo scopo di creare un ambiente scolastico supportivo e inclusivo per gli studenti LGBTQ+. Il team di ricercatori mette a disposizione delle risorse basate su evidenza scientifica per rendere le scuole un luogo libero da bullismo anti LGBTQ+.

non è raro che studenti transgender vittime di costanti molestie comincino ad assentarsi dalla scuola per sfuggire a queste esperienze negative. La pervasività dei commenti negativi comunica agli studenti *gender non-conforming* che sono visti come inferiori rispetto agli studenti cisgender e non benvenuti nella scuola. Non di rado tali aggressioni avvengono quando gli insegnanti non sono presenti, ma, anche quando lo sono, non sono preparati nel dare una risposta effettiva e tempestiva per bloccare tale fenomeno e fare sentire lo studente transgender al sicuro.

La popolazione transgender è quella che riferisce i livelli più bassi di sicurezza a scuola. I continui attacchi ledono il senso di sicurezza e il senso di sé del giovane. Studenti transgender riferiscono di essere oggetto di commenti negativi e discorsi di odio da parte dei pari (Grossman et al., 2009) e descrivono la scuola come “l’aspetto più traumatico della crescita”. Numerosi studi rivelano le conseguenze negative che il bullismo ha sulla salute fisica e mentale dei giovani, peggiorando l’adattamento psicosociale e aumentando il rischio di isolamento, esposizione a malattie sessualmente trasmissibili, depressione, ideazione suicidarie e tentativi di suicidio (Grossman & D’augelli, 2006).

Gli studenti transgender *MtF* subiscono la vittimizzazione in modo più consistente già da un’età molto precoce. A causa del comportamento effeminato sono considerati gay e pagano gli effetti negativi di un doppio stereotipo, uno legato all’omofobia e l’altro alla transfobia. Come risultato abbiamo il rifiuto da parte dei pari e il rischio di isolamento (Quinn, 2002). Da un altro lato, gli studenti che hanno più “*passing*⁵²” e si conformano nel nuovo genere senza presentazioni fluide, subiscono meno vessazioni. Questi studenti hanno capito che per mantenere il senso di sicurezza a scuola non devono permettere a nessuno di conoscere la loro condizione. Come conseguenza abbiamo l’internalizzazione dell’idea che le presentazioni di genere fluido sono da evitare e che il sistema sociale fa poco per la protezione delle espressioni di genere non conformi (Bochenek & Brown, 2001).

⁵² *Passing*: quando una persona è percepita nel suo genere esperito in quanto cisgender. Una persona transgender che viene percepita come un maschio o femmina cisgender subisce meno gli effetti del pregiudizio e sono meno esposti a rischi di violenza e perdite di opportunità lavorative. Membri della comunità transgender considerano il concetto di *passing* come un fardello di standard di bellezza irrealistiche che le persone trans devono portare alle spalle, standard questi nemmeno trovati in persone cisgender. Molte persone transgender vedono nel *passing* una forma di esprimere il loro vero sé nel mondo, dato che essere percepiti nel loro sesso assegnato alla nascita andrebbe a negare una parte fondamentale della loro identità. Non avere *passing* comporta anche il rischio di essere trattati con i pronomi di genere sbagliati, e subire gli effetti emotivi negativi che questo comporta. Il fenomeno del *passing* è motivato dalla paura di discriminazioni e dall’affermazione della propria identità. Tuttavia si discute all’interno della comunità transgender sul ruolo di questo concetto nel propagare una visione binaria dell’espressione di genere che non comporta espressioni più fluide (Anderson et al., 2020).

Una ulteriore situazione di stress che contribuisce al clima di insicurezza vissuto dalla popolazione transgender si verifica quando il personale scolastico intenzionalmente chiama gli studenti con il nome presente nei documenti invece che con il nome con cui si identificano. Situazioni di questo tipo vengono vissute dagli studenti transgender come una molestia da parte dall'insegnante, che non soltanto esprime una mancanza di riconoscimento per l'identità di genere del giovane *gender variant* ma lo espone inutilmente ad aggressioni verbali e/o fisiche da parte di altri studenti, per non parlare dei casi in cui professori stessi si prendono gioco degli alunni. Nonostante questi episodi siano rari, sono particolarmente preoccupanti poiché il comportamento discriminatorio viene perpetrato da una figura istituzionale (Grossman et al., 2009). Uno studio rivela che il personale scolastico è riluttante nel prendere provvedimenti atti a proteggere gli studenti transgender dalle aggressioni da parte dei pari cisgender, preferendo incolpare la vittima (Sausa, 2005). Le ragioni per cui il personale scolastico sceglie di non prendere provvedimenti contro aggressioni transfobiche non è chiaro, ma il messaggio che comunica con la sua indifferenza è che i comportamenti discriminatori nei confronti delle persone transgender sono accettabili e che la sicurezza degli studenti transgender non è una priorità (McGuire et al., 2010).

Per quanto riguarda la scuola, la gioventù transgender percepisce un costante senso di paura e minaccia e crede che i docenti avrebbero il potere di migliorare il clima di sicurezza a scuola, ma la maggior parte delle volte questi sono indifferenti alle molestie subite dai giovani *gender variant* (Grossman et al., 2009). Alcuni studi hanno dimostrato che l'80% degli studenti transgender subisce delle aggressioni verbali. I sentimenti di insicurezza legati alle costanti molestie provocano malessere fisico e psicologico. Non è raro che questi studenti evitino di andare a scuola e a causa della paura cerchino di trasferirsi in una scuola più accettante riguardo le persone LGBTQ+ (Russell et al., 2001). Le persone transgender che non hanno un ambiente domestico accogliente non cercano appoggio dei genitori nei casi di aggressione a scuola, il che li rende particolarmente vulnerabili (Grossman et al., 2005).

La classe scolastica può rappresentare una delle istituzioni più omotrasfobiche della società, comportando un rischio e un pericolo per gli individui genere non conforme e in fase di trasformazione della loro identità sessuale (Quinn, 2002). La pressione sociale a conformarsi da parte dei pari riguardo ai ruoli di genere è alta nella prima infanzia, diminuisce nella tarda infanzia per poi aumentare nella prima adolescenza che resta una fase particolarmente a rischio, data l'accresciuta importanza del gruppo dei pari nella costruzione della propria identità e la difficoltà di sottrarsi alla sua influenza (Alfieri et al., 1996; Berndt, 1982). Difatti, gli episodi

di omotransfobia diventano più frequenti con l'emergere dell'adolescenza, rispetto alla sua tarda fase, dove i giovani tendono a integrare la loro consapevolezza delle convenzioni sociali con il bisogno di espressione di sé stessi, acquisendo così un atteggiamento meno rigido (Horn, 2007). Gli individui assegnati maschi alla nascita subiscono più gli effetti della vittimizzazione, dato che i maschi subiscono più pressione sociale per aderire ai ruoli di genere rispetto alle femmine e i pari dello stesso sesso fanno uso delle aggressioni verbale per regolare l'espressione di genere degli altri maschi e rinforzare la loro mascolinità (McCann *et al.*, 2010). La maggior parte degli studi sono d'accordo sul fatto che i maschi subiscono molto di più la vittimizzazione dai pari dello stesso sesso rispetto alle femmine perché tradizionalmente cercano di mantenere l'egemonia maschile (Connell, 1987).

È comune agli studenti transgender fare esperienza di un linguaggio sessista e omotransfobico a scuola. L'uso di tali espressioni con delle connotazioni negative è largamente usata dagli altri studenti. Anche nel caso in cui il fatto viene fatto presente al personale scolastico, questo spesso non prende provvedimenti effettivi per fermare il fenomeno, ed alcune volte è esso stesso a fare uso di tale linguaggio.

Molti studenti transgender non sentono il supporto istituzionale. Quando denunciano gli atti di vittimizzazione, credono che la situazione non sia stata gestita in modo appropriato dalle autorità scolastiche. La mancanza di fiducia nella gestione degli eventi di bullismo fa sì che alcuni studenti preferiscano non riferire nemmeno le aggressioni dato che non sentono di avere supporto dalla scuola. Tutti questi fattori contribuiscono a creare un clima scolastico di estrema insicurezza per gli studenti transgender.

Considerando il fatto che nella prima e media adolescenza il rischio di vittimizzazione da parte dei pari a dei comportamenti *gender variant* è più intenso, la tempistica è un fattore cruciale per un intervento efficace. L'implementazione di politiche scolastiche di zero tolleranza per gli atti omotransfobici e di programmi di educazione che promuovano la diversità sessuale e di genere dovrebbero iniziare prima dell'inizio dell'adolescenza per avere dei risultati ottimali in termini di prevenzione (van Beusekom *et al.*, 2020).

3.2 - Cyberbullismo

Il cyberbullismo può essere definito come un atto di aggressione perpetrato tramite mezzo elettronico (ad esempio su piattaforme come Instagram, Facebook, TikTok, Whatsapp, Snapchat, Telegram) ai danni di una vittima che non può facilmente difendere sé stessa (Hinduja & Patchin, 2017). Le azioni persecutorie, messe in atto da uno studente o gruppo di studenti attraverso le piattaforme digitali ai danni di un altro che le subisce, sono intenzionali e ripetute nel tempo (Smith *et al.*, 2004).

Il cyberbullismo è un sottoprodotto del bullismo tradizionale, con le stesse caratteristiche per quanto riguarda lo squilibrio di potere, l'intenzionalità nel recare danno alla vittima e comportamenti persecutori reiterati, ma effettuato attraverso la rete internet. La specificità del cyberbullismo è la possibilità di anonimato, il particolare ruolo degli spettatori delle aggressioni e l'impossibilità della vittima di scappare all'aggressione. L'anonimato e la facilità di replicabilità dell'atto nel web sono caratteristiche che contribuiscono alla continuità dell'aggressione e all'invasione degli spazi privati delle vittime (Smith, 2013). Inoltre, l'anonimato permette ai cyberbulli di non rispettare le norme sociali e di mettere in atto dei comportamenti che non avrebbero nella vita offline, allentando i freni inibitori e non considerando l'effetto emotivo sulle loro cyber-vittime (Livingstone *et al.*, 2016; Suler, 2004)

Un altro aspetto che contraddistingue il cyberbullismo è la sua natura multiforme che cambia a seconda delle finalità⁵³. Durante l'adolescenza, il cyberbullismo può presentarsi sotto forma di esclusione (ignorare o escludere la vittima dalle chat), *trolling* (postare dei commenti con l'intento di umiliare il recipiente) e attacchi personali (prendersi gioco, ridicolizzare o insultare la vittima). Questi comportamenti sono molto simili a quanto accade nel bullismo tradizionale per quanto riguarda la natura relazionale e gli effetti psicologici sulle vittime. Tuttavia, mentre nel bullismo tradizionale abbiamo una grande prevalenza di soggetti del sesso maschile nella prima fase dell'adolescenza, il cyberbullismo viene perpetrato da ambedue i generi lungo tutta l'adolescenza (Livingstone *et al.*, 2016).

⁵³ Il cyberbullismo può presentarsi sotto forma di *cyber aggression*, *cyber victimisation*, *cyber revenge* o *cyber harassment*. Una tassonomia proposta da Willard (2007) enumera tra le diverse forme di cyberbullismo il *flaming* (dall'inglese "flame", fiamma, significa infiammare le persone sul web, provocarle), *harassment* (molestia, messaggi offensivi), *sexting* (messaggi spinti di natura sessuale), *trickery* (rivelare informazioni della vita privata della vittima sulla rete), *cyber-stalking* (perseguire, molestare o intimidire qualcuno usando dei mezzi digitali), *impersonation* (Capacità di violare un account e accedere in modo non autorizzato a programmi e contenuti appartenenti alla persona intestataria dello stesso).

Gli adolescenti LGBT hanno molto più probabilità di essere vittime di cyberbullismo rispetto ai loro pari eterosessuali e cisgender e il tasso di vittime di cyberbullismo tra i giovani appartenenti alle minoranze sessuali è più di due volte più alto che tra i loro pari eterosessuali (Van Ouytsel *et al.*, 2020). Le persone transgender sono particolarmente vulnerabili a questo tipo di bullismo. I giovani transgender fanno già esperienza di stigma e discriminazione a casa, a scuola e nelle loro comunità, il che porta i livelli di sofferenza psicologica agli estremi, con grande prevalenza di casi di depressione tra individui transgender rispetto alla popolazione generale (Dhejne *et al.*, 2017; Goldblum *et al.*, 2012; Kessler *et al.*, 2012). Il bullismo subito online altro non è che una estensione dagli attacchi subiti nella vita off-line. Le micro-aggressioni, gli insulti, il riferirsi alla persona trans nel genere sbagliato sono alcuni esempi di forme di discriminazione sulla base dell'identità di genere a cui sono esposte le persone transgender.

I social media espongono la gioventù transgender a dei benefici e dei rischi. Un aspetto positivo di questi strumenti è che permettono a giovani trans di trovare delle strategie per sfuggire al senso di isolamento e creare comunità con altri simili. Le amicizie online possono fungere da supporto sociale ed essere una fonte di resilienza per far fronte agli effetti della vittimizzazione che subiscono nelle loro vite offline. Inoltre, i social media permettono ai giovani di esplorare la loro identità di genere e migliorare la loro autostima grazie al supporto sociale che ricevono dai pari online, con i quali possono scambiare anche informazioni riguardo alle cure mediche e step della transizione. Essere a contatto con altre narrative di pari transgender permette al giovane di affermare il proprio vissuto interno ed avere supporto emotivo, il che va ad aumentare la speranza riguardo al loro futuro. Comparare sé stessi con altri individui all'interno della stessa comunità permette loro di vedersi su una luce più positiva e non come persone emarginate a causa di uno stereotipo. Infine, l'uso dei social media ha anche un potere nel moderare gli stressors e una funzione di empowerment tra i giovani transgender (Selkie *et al.*, 2020).

Le reti sociali sono tuttavia anche il principale fattore di rischio per i giovani transgender e *gender variant*. Nei social media questi giovani sono esposti ad un ambiente ostile riguardo il loro status di minoranza di genere e grazie all'anonimità recepiscono sovente dei commenti negativi di carattere transfobico. Il fatto di essere a costante contatto con questi stressors porta le cyber-vittime a sviluppare dei sintomi quali l'aspettativa di subire degli attacchi che ha come risultato l'iper-vigilanza, l'internalizzazione di atteggiamenti sociali negativi e di una percezione di sé negativa. Il processo discriminatorio subito in rete ha degli effetti cumulativi

e arriva a permeare tutti gli aspetti della vita delle vittime di questi cyber-attacchi. Più in particolare, le aggressioni basate sull'identità di genere portano le vittime ad avere un atteggiamento auto-protettivo e iper-vigilante. Potenzialmente, l'esposizione a questi stressors può portare alla transfobia interiorizzata e a una visione di sé negativa (Valentine & Shipherd, 2018).

Anche quando la cyber-vittima non è il diretto interessato ma un'altra persona trans, il fatto di essere testimone di una aggressione transfobica ha gli stessi effetti negativi sulla salute mentale. I continui messaggi verbali di rigetto di cui fanno esperienza i giovani transgender da parte dei pari e all'interno delle proprie comunità non fanno che aumentare il senso di non appartenere a nessun posto. La pervasività dei messaggi anti-trans ricevuti a livello interpersonale, sociale e culturale portano questi giovani a pensare che le loro famiglie e comunità non hanno bisogno di loro o non li vogliono, o che sarebbe meglio che fossero morti (Grossman et al., 2016).

Un altro fattore di rischio importante per i giovani transgender sono le molestie sessuali online. Rispetto ai loro pari cisgender, accade con molta più frequenza agli adolescenti transgender di fare esperienza di *sexting* e ricevere delle richieste insistenti per inviare delle foto spinte. La natura sessuale del cyberbullismo è inerentemente transfobica e ha degli aspetti ricorrenti, come la ricezione di foto non richieste di genitali maschili ai soggetti AFAB e donne trans. Nei soggetti transgender AFAB (uomini trans o *no-binary*) tali comportamenti hanno l'intento di rafforzare il sesso assegnato alla nascita e nascondono la minaccia di uno stupro "correttivo". I cyber-aggressori cercano così di negare l'identità di genere degli uomini trans e *no-binary*⁵⁴ e ridurli allo status di oggetto sessuale femminile. Per le donne trans invece, il contenuto del cyberbullismo a sfondo sessuale è caratterizzato per la sessualizzazione degli aspetti esterni della loro identità di genere. L'eccessiva sessualizzazione delle donne trans, anche se non vengono fatti riferimenti al sesso assegnato alla nascita, ha come effetto l'oggettificazione e la deumanizzazione di queste persone. Come altre espressioni di transfobia rese possibili dall'uso dei mezzi virtuali, anche questo comportamento caratterizza una violenza e una discriminazione basata sul genere (Van Ouytsel et al., 2020).

Nel cercare supporto online, i giovani transgender devono anche fare attenzione alla violenza che emerge all'interno della propria comunità transgender ai danni dei loro pari. Non

⁵⁴ No-binary: è un **termine ombrello** che descrive diversi tipi di identità o espressioni di genere alternative a quelle binarie delle categorie del femminile e del maschile. Fonte: <https://www.genderlens.org/glossario/> consultato il 21/09/2024

è raro che alcuni giovani vengano attaccati sulla base dell'aspetto dai membri di certe community online che hanno stabilito dei criteri estetici per accedervi o che hanno definito arbitrariamente dei modi giusti di essere trans. Essere escluso e vittima di cyberbullismo dai propri pari quando il giovane è in cerca di supporto può avere degli effetti particolarmente deleteri e costituisce un pericolo non trascurabile (Selkie *et al.*, 2020) .

Un fattore di particolare importanza riguarda la condivisione di informazioni online. Nell'esplorare la loro identità online gli adolescenti potrebbero non essere in grado di controllare le tracce che lasciano online, il che potrebbe avere delle conseguenze negative per la tutela della loro privacy nel futuro. Ad esempio, le persone che hanno avuto un profilo social con le foto prima della transizione, dovrebbero eliminare i tag da tutti i post fatti in precedenza. Anche se un nuovo profilo viene creato con il genere nuovo, verrà riproposta l'amicizia alla stessa lista di amici che aveva in precedenza. Fare la selezione manuale delle persone da tenere nella lista di amici dopo la transizione può essere un processo dispendioso in termini di tempo e doloroso emotivamente. La situazione diventa più complessa se il giovane ha condiviso foto e video durante la transizione. Data la possibilità di scaricare dei contenuti audiovisivi degli altri utenti è facile che altre persone diverse dal proprietario abbiano il potere sulle foto e video pubblicati (Haimson *et al.*, 2016). L'impossibilità di eliminare le tracce lasciate online può condizionare le scelte e la vita futura dei giovani. Perciò è di fondamentale importanza che gli adolescenti vengano guidati e educati all'utilizzo dei social media quando cercano supporto online.

Considerato il fatto che la popolazione transgender è già esposta a vittimizzazione a causa dello stereotipo di genere e discriminazione sociale, il cyberbullismo aggiunge un fattore di rischio significativo per la salute mentale di questi individui. Ricerche condotte su adolescenti hanno trovato correlazione tra il cyberbullismo e l'aumento del tasso di depressione, stress, isolamento e dipendenza dall'alcol, per non parlare dall'incremento del rischio di suicidio (Wang *et al.*, 2019). Una soluzione possibile sarebbe che le scuole includessero nei loro programmi educativi una formazione specifica per la riduzione del cyberbullismo basata sul genere. Oltre a ciò, un maggior supporto dovrebbe essere dato ai giovani transgender online, anche attraverso un cambio della legislazione per far fronte al problema del cyberbullismo (Evelyn *et al.*, 2022).

3.3 – Come creare un ambiente supportivo per gli studenti transgender

Si può affermare che viviamo in una società caratterizzata dalla disuguaglianza e da uno sbilanciato sistema di potere che favorisce coloro che fanno parte del modello eteronormativo. La scuola, in quanto istituzione sociale, rispecchia questo sistema, e di conseguenza gli studenti LGBT e in particolare gli studenti transgender e *gender non-conforming* sono vittimizzati dal bullismo e dal cyberbullismo. La principale preoccupazione degli educatori dovrebbe essere garantire un clima scolastico sicuro per tutti gli studenti, nessuno escluso (Toomey *et al.*, 2012), dato che questo rafforza il senso di sicurezza e appartenenza degli studenti e contrasta gli effetti negativi dell' sessismo nei confronti dei giovani LGBTQI+ (Dessel *et al.*, 2017; Joyce, 2015).

Come primo passo per costruire una scuola sicura per tutti, è necessario che l'adozione di una policy di zero tolleranza contro gli episodi di bullismo e cyberbullismo o contro qualsiasi comportamento o linguaggio discriminatorio e molestia. La policy dovrebbe essere un documento scritto distribuito al personale scolastico, genitori e studenti. L'esistenza di un documento scritto, dove vengono espressamente vietati dei comportamenti discriminatori di sfondo omotransfobico, comunica a tutti coloro che serbano tali convinzioni che non possono discriminare o esprimersi in modo da sminuire uno studente o membro del corpo scolastico sulla base del suo orientamento sessuale o identità di genere (Nealy, 2017).

Tuttavia, è stato dimostrato che l'implementazione di policy di tolleranza zero a scuola risultano inefficaci se utilizzano un approccio punitivo per quelli che violano le norme, non risultando effettive per un cambio dei comportamenti e delle mentalità. Si consideri il fatto che, dopo lunghe sospensioni, gli studenti puniti hanno delle difficoltà al rientro a scuola dovuto al ritardo accademico, e questo porta a conseguenze negative ad ampio raggio. L'implementazione di programmi educativi preventivi è una politica molto più efficace per ridurre il rischio di comportamenti delinquenziali e aumentare i fattori protettivi per i giovani. Tali interventi hanno dei costi umani e economici inferiori rispetto ai costi della vittimizzazione (Wald & Losen, 2003).

L'educazione degli studenti alla diversità è quindi una condizione necessaria alla creazione di un ambiente sicuro. La scuola dovrebbe includere all'interno dei suoi programmi delle riflessioni sulla diversità come forza, sulle diverse forme di essere al mondo, e che le differenze vengono rispettate e valorizzate. Allo stesso modo agli studenti viene fornita la possibilità di sviluppare delle competenze dialettiche per esprimere i propri giudizi in modo da

non ferire la soggettività dall'altro. La formazione degli studenti in questo senso li rinforza positivamente ad avere un approccio propositivo nella creazione di un clima scolastico sereno e sicuro per tutti. La formazione dovrebbe anche insegnare agli studenti come reagire nei casi in cui siano testimoni di atti di bullismo (Smith, 2013).

Nell'influenza e nel mantenimento di un clima scolastico sicuro, gli insegnanti giocano un ruolo centrale. Queste figure possono essere una guida al cambiamento del linguaggio e dei comportamenti degli studenti, in quanto hanno il potere di influenzare e modulare il comportamento degli studenti eterosessuali/cisgender. In uno studio condotto da McGuire (2010) è emerso che quando gli insegnanti e il personale scolastico sono intervenuti per contrastare gli episodi di bullismo o molestie, gli studenti transgender hanno avuto dei tassi di vittimizzazione più bassi. Come conseguenza, il senso di appartenenza e di sicurezza si sono rafforzati. Gli insegnanti e altri adulti del corpo scolastico dovrebbero essere incoraggiati a coltivare e migliorare attitudini supportive nei confronti degli studenti transgender, educando gli altri studenti a intervenire nei casi di aggressione. L'effettiva applicabilità di un tale modello è possibile soltanto con il training del personale scolastico sulle tematiche LGBTQI+ (Schindel, 2008).

Relazioni positive con i professori possono essere un fattore protettivo importante per i giovani LGBTQI+. Avere delle relazioni supportive con degli adulti del corpo scolastico funge da fattore protettivo contro la vittimizzazione negativa subita a scuola, promuove la salute e migliora i risultati accademici (Day *et al.*, 2018). Inoltre, gli insegnanti giocano un ruolo importante nel modulare i contesti di sviluppo per gli adolescenti e nel mantenere un ambiente scolastico sicuro e supportivo. Aiutare gli insegnanti a sviluppare le capacità di essere di supporto alla gioventù transgender potrebbe essere un importante lavoro di prevenzione contro il bullismo transfobico (McGuire *et al.*, 2010).

I programmi di training per lo sviluppo di competenze necessarie a fungere da supporto agli studenti e a fermare fenomeni di aggressioni omotransfobiche, promuovendo così un clima scolastico sicuro, dovrebbero esplorare le convinzioni dello staff scolastico riguardo le tematiche LGBTQI+. In alcuni casi sono le convinzioni interne a motivare l'indifferenza riguardo alla presa di posizione di fronte al bullismo omotransfobico. La formazione dovrebbe prevedere delle tecniche che possano esplorare in che modo gli insegnanti sono complici dell'eteronormatività e interrogarsi sulle idee che hanno a riguardo della sessualità e dell'identità di genere. Mettere luce sul tema dell'eteronormatività permette allo staff di prenderne coscienza, in modo da non propagare questo modello in classe (Pennell, 2017).

Nelle scuole dove vengono applicate *policy* di tolleranza zero riguardo il bullismo, gli educatori devono essere preparati a rispondere adeguatamente alle situazioni stigmatizzanti. È proprio l'esistenza della *policy* di zero tolleranza che permette alla scuola di mettere in atto dei meccanismi capaci di rispondere in modo efficace nella prevenzione di atti discriminatori (Sairanen & Pfeffer, 2011). Pratiche appropriate a tale proposito sono il Role-play e altre tecniche che mettono in atto situazioni di vita reale. (Collier *et al.*, 2015). La partecipazione dello staff a workshop mirati sulla prevenzione del bullismo anti-LGBT è in grado di fornire agli educatori competenze comportamentali e un maggiore senso di auto-efficacia nel combattere questi tipi di violenza, nonché aumentare la convinzione sulla validità di tali interventi (Greytak *et al.*, 2013). Allo stesso modo, il supporto istituzionale permette agli educatori di rispondere in modo più adeguato nei casi di aggressioni stigmatizzanti delle minoranze sessuali (Meyer, 2008).

Le *policy* scolastiche dovrebbero affrontare con chiarezza dei punti fondamentali per la creazione di un ambiente di apprendimento sicuro per tutti, quali l'uso di nomi e pronomi di scelta, l'uso degli spazi comunemente divisi per sesso (bagni, spogliatoi), le lezioni di educazione fisica, l'abbigliamento e la riservatezza. Il linguaggio utilizzato nella stesura della *policy* e nei moduli scolastici dovrebbe riflettere la scelta di una politica inclusiva. Ad esempio, nei documenti la voce "sesso" dovrebbe espandere l'opzione binare maschio/femmina includendo le alternative transgender e altro. La *policy* della scuola andrebbe condivisa con genitori e studenti. Oltre alla *policy* scritta e distribuita agli studenti, cartelli che promuovano un ambiente sicuro per tutti potrebbero essere esposti nei corridoi e nelle aule. Tra l'altro, nella *policy* dovrebbe essere specificata la procedura per segnalare gli episodi di bullismo, comprese le aggressioni a sfondo omotransfobico. Agli studenti va data la possibilità di rifugiarsi in un luogo sicuro nel caso ne avessero bisogno (Nealy, 2017).

In tutti gli aspetti del lavoro di prevenzione con la scuola, il professionista della salute mentale con una preparazione specifica in tematiche LGBTQI+ potrebbe dare un contributo fondamentale nel sostegno allo staff scolastico e agli studenti. La presenza dello psicologo permetterebbe allo staff di affrontare resistenze riguardo l'implementazione di politiche più inclusive riguardo all'identità di genere e l'orientamento sessuale, il che potrebbe essere un fattore determinante per il cambio di mentalità degli operatori. Ugualmente importante sarebbe avere la collaborazione di uno psicologo per l'ideazione dei programmi di educazione sulla diversità, soprattutto se si organizzano gruppi di discussione tra gli studenti. Per non parlare del ruolo di mediazione tra genitori e scuola nel caso di insorgenze di perplessità sulla creazione di

un ambiente scolastico inclusivo per tutti gli studenti, compresi gli studenti LGBTQI+ (Nealy, 2017).

Programmi educativi rivolti al tema della diversità possono aiutare a creare un senso di *agency* che permetterebbe di correggere l'eterosessismo e la transfobia delle scuole tramite un dialogo aperto (Kearns *et al.*, 2017). L'importanza di aprire un dialogo con gli studenti sui temi della sessualità e dell'identità di genere sarebbe di grande aiuto per iniziare a espandere i confini al di là dell'eteronormatività. Una corretta formazione dello staff scolastico sui temi della diversità permetterebbe di promuovere azioni di *advocacy* per il rispetto del diritto delle minoranze, facendo così della scuola un agente del cambiamento sociale.

4. La società e la varianza di genere

L'OMS, nell'undicesima revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD – International Classification of Diseases) del 2019, ha approvato la sostituzione della diagnosi presente nella precedente edizione (ICD-10) che includeva le categorie “transessualismo” e “disturbo di identità di genere” con “incongruenza di genere in adolescenza e in età adulta” e “incongruenza di genere in età infantile”. La diagnosi precedentemente presente nel capitolo relativo ai disturbi psichici è stata spostata nel capitolo riguardante la salute sessuale. Questo fatto è stato un importante traguardo per la depatologizzazione della condizione transgender. L'inclusione di tale condizione rimane ancora presente all'interno del ICD per garantire a queste persone l'accesso a cure mediche affermative di genere.⁵⁵

Come conseguenza, molti governi cercano di mettere in campo delle misure per garantire la presa in carico delle persone transgender, non soltanto a livello medico ma soprattutto tramite l'implementazione di politiche che garantiscano diritti umani basilari e la protezione legale. Tuttavia, queste scelte non sono universali, e in alcuni paesi - fra cui gli USA - stiamo assistendo negli ultimi anni a un aumento esponenziale di leggi anti-trans (a oggi, delle 637 proposte di legge anti-trans proposte nel 2024, 46 sono state approvate). Tali leggi cercano di bloccare l'accesso alle risorse per le persone transgender per quanto riguarda le cure mediche, l'educazione, il riconoscimento legale e l'utilizzo di spazi pubblici⁵⁶. Recentemente, l'ex Presidente U.S.A. Donald Trump ha promesso, nel caso venga rieletto Presidente, di escludere le donne trans da competizioni sportive nel genere esperito. In discorsi precedenti ha usato termini offensivi per riferirsi alle donne trans, come per esempio “maschi biologici”, dichiarando che “ragazze e donne erano indignate di essere forzate a competere contro maschi biologici dopo aver lavorato sodo per arrivare dove sono arrivate”⁵⁷.

La retorica transfobica e anti-LGBT è in aumento anche tra i politici in Europa. ILGA-Europe⁵⁸ ha identificato soltanto nell'ultimo anno chiari discorsi di odio contro le persone

⁵⁵ Fonte: <https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/gender-incongruence-and-transgender-health-in-the-icd#> (consultato il 29/07/2024)

⁵⁶ Fonte: <https://translegislation.com/> (consultato il 29/07/2024)

⁵⁷ Fonte: <https://www.nbcnews.com/nbc-out/out-politics-and-policy/trump-promises-ban-transgender-women-sports-re-elected-rcna14248> (consultato il 29/07/2024)

⁵⁸ L'associazione ILGA-Europe (International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association) fa parte di un'organizzazione internazionale che lavora per l'advocacy e diritti delle persone LGBTI a livello europeo. L'associazione fondata nel 1996 ha sede a Bruxelles e dal 2000 è finanziata con i fondi della commissione europea per il loro lavoro contro le discriminazioni sulla base dell'orientazione sessuale. Dal 2003 hanno iniziato ad occuparsi delle questioni trans anche nei paesi che non fanno parte dell'UE.

LGBT in 19 paesi membri dell'UE. Alcuni politici stanno strumentalizzando le narrative anti-trans e anti-LGBT per seminare disinformazione, odio e divisione, con l'obiettivo di guadagnare voti. Tali discorsi cercano soprattutto di infondere paura riguardo l'accesso a cure mediche affermative da parte di minori transgender. Con la scusa di "proteggere" i bambini, i politici cercano di demonizzare la comunità LGBT per ottenere consensi della massa disinformata, causando così un impatto negativo per la salute mentale dei giovani e adulti appartenenti a queste minoranze⁵⁹.

In Italia, dal 2018 gli interventi affermativi del genere sono a carico del SSN. L'AIFA con la Determina n. 104273/2020, dal 23 settembre del 2020 ha inserito i medicinali necessari per la transizione medica (gli ormoni *cross-gender*) a totale carico del SSN ai sensi della Legge 23 dicembre 1996, n. 648, previa diagnosi di disforia di genere/incongruenza di genere, formulata da una équipe multidisciplinare e specialistica dedicata⁶⁰. Prima che tali decreti venissero approvati, gli interventi affermativi di genere venivano considerati esigenze estetiche e la presa in carico veniva fatta integralmente dagli interessati. L'inclusione degli interventi di affermazione di genere nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) è un importante traguardo per la comunità transgender.

Le stime a livello mondiale parlano di una prevalenza di una popolazione transgender MtF di 0.5 - 1.3% e FtM di 0.4 – 1.2%, ossia circa 25 milioni di persone (Winter et al., 2016). Nonostante la prevalenza ridotta delle persone transgender rispetto alla popolazione totale, a livello globale i governi mancano di politiche efficaci per tutelare i diritti umani di questa minoranza. La maggior parte delle persone transgender hanno a che fare quotidianamente con situazioni di stigma, discriminazione e abusi di vario tipo, che li spingono ai margini della società, vedendo queste persone come sessualmente devianti, disturbate mentalmente e moralmente corrotte (Winter *et al.*, 2009).

Sebbene negli ultimi anni in molti paesi occidentali le cure mediche affermative di genere siano diventate accessibili, molto spesso la popolazione transgender si imbatte in professionisti non esperti nell'area e che non sanno fare distinzione tra i pazienti transgender e la popolazione generale. Non raramente questi pazienti devono avere a che fare con personale ostile e senza un livello accettabile di competenza (Whittle *et al.*, 2012), il che porta coloro che

⁵⁹ Fonte: <https://www.euronews.com/my-europe/2024/02/29/surge-in-transphobic-speech-among-politicians-sparks-concern-ahead-of-eu-elections-study-w> (consultato il 29/07/2024)

⁶⁰ Fonte: https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2020-09-30&atto.codiceRedazionale=20A05245&elenco30giorni=false (consultato il 29/07/2024)

se lo possono permettere a ricorrere a servizi a pagamento o addirittura clandestini, come ad esempio l'acquisto e l'autosomministrazione di ormoni senza ricetta o il ricorso ad iniezioni di silicone illegali (Winter & Doussantousse, 2009).

In alcuni paesi le persone trans devono ancora affrontare degli ostacoli legali per avere il loro genere esperito riconosciuto dalla legge, il che espone queste persone alla discriminazione in vari ambiti dove i loro documenti vengono richiesti, dall'ambito della formazione alla ricerca del lavoro. La richiesta di precondizioni chirurgiche e di sterilizzazione per avere riconosciuto il genere esperito nei documenti è stata abbandonata in molti paesi, compresa l'Italia⁶¹.

Inoltre, nonostante questa popolazione sia la più esposta ad atti di discriminazione, abusi e violenza sulla base della espressione di genere, non ci sono leggi specifiche riguardo agli atti di aggressione transfobici. La mancanza di una legge che punisca i crimini d'odio a movente transfobico, denota uno stigma strutturale e un mancato riconoscimento sociale e giuridico nei confronti di questa minoranza (Valerio et al., 2016).

Anche se negli ultimi anni con la crescente visibilità ci sia stato qualche avanzamento in termini di politiche pubbliche e legislazione, i cambiamenti culturali non vanno di pari passo. Le persone transgender sono ancora vittime di una violenza e oppressione sistematica sulla base della loro non-conformità di genere, con conseguente esperienza di perdita di status sociale ed esposizione a vari tipi di disagio. A questo vanno a sommarsi tutte le micro-aggressioni accumulate durante tutto il corso della vita, con conseguenze considerevoli per la salute mentale.

Ci occuperemo nei prossimi paragrafi di guardare la realtà transgender da una prospettiva psico-sociale, analizzando i fattori legati al *coming out*, allo stigma sociale e allo stigma interiorizzato, al *gender minority stress* e alla capacità di resilienza delle persone trans di fronte allo stigma, oltre alle buone pratiche per contrastarlo.

⁶¹ La sentenza della Corte di cassazione n.15138 del luglio 2015 ha consentito alle persone transgender italiane di modificare i propri documenti all'anagrafe a seconda del genere esperito senza il bisogno di interventi di riattribuzione chirurgica del sesso.

4.1 – *Coming out* sociale

Il termine *coming out* fa riferimento all'atto di rivelare a qualcuno la propria identità di genere o il proprio orientamento sessuale. Il termine deriva dallo slang usato nella comunità LGBT "*coming out of the closet*" (uscire dall'armadio). Quando la società era molto meno tollerante di quanto lo è oggi, molte persone LGBT sceglievano di tenere la loro identità sessuale nascosta anche ai membri della propria famiglia per paure di essere rifiutati. La scelta di rimanere al riparo poteva anche essere una strategia per contrastare la minaccia di perdere il posto di lavoro o lo status sociale.

Negli anni '80 e '90 del secolo scorso, nel movimento attivista americano la comunità LGB veniva esortata a uscire allo scoperto e a presentare ai loro partner, amici, famiglie, colleghi, il loro sé autentico, senza nessuna paura. L'obiettivo, dietro a questa strategia di militanza, risiedeva nella logica che quante più persone eterosessuali venissero a contatto con persone LGB tanto più la percezione sociale di quest'ultime come qualcosa di diverso o deviante sarebbe cambiata, promuovendo così l'accettazione e un'apertura verso la parità dei diritti civili.

Possiamo pensare al *coming out* come a un processo in cui la persona dà un nome alla sua condizione e che si sviluppa su vari livelli. Il primo passo del *coming out* è la consapevolezza personale in cui la persona rende nota la sua condizione a sé stessa. Il passo successivo sarà rendere evidente questa condizione con la famiglia, il cerchio di amici, i colleghi e società in generale. Non necessariamente il *coming out* segue questo ordine e non necessariamente va a toccare tutte le aree della vita di un individuo. Alcune persone scelgono di condividere la loro identità sessuale con gli amici, ma tenerla nascosta alla famiglia. Per alcune addirittura il processo si ferma a livello individuale, dove la persona scegliere di non condividere la sua condizione con nessun'altro e tenerla per sé (Nealy, 2017).

Il concetto centrale del *coming out* risiede nel riconoscere la diversità della propria identità sessuale rispetto ai dettami culturali e sociali dominanti, e successivamente scegliere di condividere tale identità con i vari nuclei di socializzazione. Perciò il *coming out* avrebbe una dimensione sia psicologica sia sociale, dato che dopo che la condizione della persona viene svelata questo aspetto andrà a far parte della sua identità sociale, comportando conseguenze sia positive sia negative. Una conseguenza positiva del *coming out* sarebbe il fatto che l'identificarsi come identità non eterosessuale renderebbe possibile alle persone LGBTQI+ di

accettare la loro diversità, il che sarebbe un primo passo per prendere le distanze da un modello che non appartiene loro. Invece, tra gli elementi negativi più importanti da considerare vi è la sicurezza della persona viene messa a repentaglio a causa di forti reazioni stigmatizzanti da parte di familiari e persone dell'entourage (pari, colleghi), il che potrebbe avere delle conseguenze deleterie se la persona manca di un solido supporto.

Alcuni studi recenti sul *coming out* si concentrano meno sugli aspetti lineari di sviluppo dell'identità e di più sul processo di gestione dell'identità. Ossia, a seconda dell'ambiente e della necessità dell'individuo, sarà questi a fare la scelta di fare conoscere la sua identità o meno, a seconda delle sue motivazioni (Cox & Gallois, 1996). Seguendo questa visione, il processo di *coming out* non ha mai un punto di arrivo, perché l'identità va negoziata a seconda dei diversi elementi del contesto di vita dell'individuo (Orne, 2011). Non sempre il *coming out* è un'alternativa impellente o importante, anche perché a seconda dell'ambiente svelare la propria identità può mettere a rischio la propria sicurezza. Quindi, la premessa dei modelli lineari che difendono un *coming out* indiscriminato come unica via maestra per uno sviluppo più salutare degli individui LGBTQ viene messa in discussione (Klein et al., 2015).

Bisogna considerare alcune differenze essenziali tra il *coming out* LGB e quello transgender. Mentre per i primi, il *coming out* può essere una esperienza che porteranno avanti per tutto l'arco della vita, per alcune persone transgender esso rappresenta un evento limitato al periodo prima della transizione di genere, dato che dopo la transizione può non essere necessario far conoscere il proprio passato transgender. Per alcune persone con un passato transgender rimanere in modalità *stealth*⁶² può non essere un'opzione, dato che l'identità transgender può essere rivelata da diversi indicatori fisici come il tono della voce, la statura, ecc. (Zimman, 2009).

Il fatto di dichiararsi transgender può causare una vasta gamma di reazioni nelle persone. Alcuni legami possono rompersi, mentre altri rafforzarsi (Galupo *et al.*, 2014). Per quel che riguarda bambini e adolescenti, è importante tenere a mente che il rigetto da parte dei familiari e dei pari sono indici che possono provocare lo sviluppo di sintomi depressivi (Nuttbrock *et al.*, 2010).

⁶² Stealth: termine utilizzato per designare le persone con uno storico di transizione di genere che scelgono di non essere aperte riguardo il loro passato trans, o rivelarlo soltanto in alcune situazioni. La scelta di vivere in modalità *stealth* dipende dal contesto in cui l'individuo è inserito. Generalmente, una tale decisione viene motivata per evitare l'isolamento sociale, lo stigma e la discriminazione. Fonte: (Boylan, 2014).

Secondo Nealy (2017), il professionista della salute mentale dovrebbe accogliere con empatia e comprensione il giovane che condivide l'espressione della sua identità di genere. Tuttavia, se tale status non fosse stato ancora condiviso con altre persone, bisognerebbe discutere circa l'eventualità a chi dichiararsi, quando e in che modo. Andrebbero esplorate con il giovane le possibili reazioni dei familiari e dei conoscenti, che cosa potrebbero dire, e se sono mai venuti a contatto con delle persone LGBTQI+. Se possibile, e specie con i più piccoli, il *coming out* potrebbe essere fatto in presenza dello psicologo per garantire supporto al minore. Nei casi in cui il giovane decidesse di fare il *coming out* da sé, potrebbe essere utile pensare a un piano di sicurezza nei casi di reazioni emotive molto forti da parte dei genitori. Una soluzione possibile potrebbe essere far ricorso a un amico di famiglia nel caso i genitori cacciassero il giovane di casa. Per quanto riguarda il confidarsi agli amici, il giovane dovrebbe essere preparato al fatto che l'informazione riguardo la sua identità possa essere condivisa con altre persone. Sarebbe importante esplorare con il giovane come reagirebbe nell'eventualità questo accadesse.

La cosa più importante prima di discuterne con il giovane del *coming out* è esplorare vissuti di vergogna e colpa riguardo la sua identità di genere. Sarebbe consigliato aspettare che costruisca un senso più positivo di sé in quanto persona transgender prima di rivelarsi a qualcun altro. Nel caso il giovane fosse stato esposto a dei messaggi culturali stigmatizzanti riguardo le persone trans come fallite, mentalmente instabili, non in grado di trovare un lavoro o una persona che li ami, un senso pervasivo di mancanza di speranza può instaurarsi nel giovane. Si farebbe necessario in tal caso esplorare fino a che punto il giovane si identifichi con tali credenze negative. Gli interventi di psicoterapia cognitivo-comportamentale possono essere particolarmente utili in tal caso per smantellare il sistema di credenze depotenzianti. Inoltre, potrebbe essere utile esporli a dei modelli positivi di persone transgender che vivono una vita felice e realizzata. In ogni caso, lo smantellamento della vergogna interiorizzata è un lavoro imprescindibile per l'acquisizione di un senso di sé positivo, il che può rendere la esperienza di *coming out* più consapevole e capace di ridurre la propagazione dello stigma e di promuovere l'accettazione sociale.

Una volta deciso di programmare il *coming out*, potrebbe essere utile usare delle tecniche di role-playing per mettere in scena possibili reazioni da parte dei genitori e amici. In questo modo il giovane potrebbe essere preparato a rispondere delle domande circa il suo vissuto interno e sarebbe preparato per accogliere eventuali reazioni siano esse positive o

negative, nonché ridurre i vissuti d'ansia correlati alla esperienza. Il giovane dovrebbe essere preparato per reazioni poco accoglienti o sgarbate da parte di persone non educate in materia.

Brill & Pepper (2022) hanno esplorato diversi aspetti del coming out familiare. Quando si ha a che fare con i minori, la famiglia (genitori e fratelli) deve eventualmente condividere con parenti, vicini e conoscenti la nuova identità di genere del giovane. Informarsi quanto più possibile sul tema permetterà ai genitori di parlare con sicurezza sulle loro scelte genitoriali riguardo sopportare l'espressione di genere del bambino/adolescente. Essere in contatto con altri genitori di bambini/adolescenti transgender permette alle famiglie di costruirsi un solido repertorio comportamentale che risulterà utile nelle situazioni in cui verranno questionati sulle loro scelte genitoriali, altro che servire come importante punto di appoggio per chiarire i dubbi e preoccupazioni sulle migliori pratiche da seguire.

La modalità del coming out alla famiglia allargata può variare a seconda delle famiglie. Alcune possono scegliere la comunicazione *face to face*. Altre famiglie preferiscono comunicare a tutti i membri contemporaneamente per poi rispondere ad eventuali chiarimenti individualmente (es. mail inviato a tutti membri della famiglia). L'aspetto più importante da tenere a mente è che i genitori devono lasciar chiaro che non verrà tollerato nessun comportamento che manchi di rispetto verso il bambino/adolescente. Anche nell'eventualità questo avvenga, l'autostima del giovane verrà salvaguardata se vede che i genitori li difendono e stanno dalla loro parte.

Mantenere un dialogo aperto con il giovane transgender è molto importante per quanto riguarda la decisione su chi dovrebbe conoscere la sua condizione. Questa decisione dovrebbe partire sempre dal giovane. Ma nei casi in cui si decidesse di mantenere nascosta l'informazione per paura del rigetto di persone che si conoscono già (ad esempio, parenti), la segretezza potrebbe nutrire dei sentimenti di vergogna e rafforzare la credenza che gli altri possono rigettarli si scoprono chi sono veramente. Esiste, infatti, una linea sottile tra privacy e vergogna. Indipendentemente dalla scelta del giovane e rispettando i loro tempi, i genitori devono lasciar chiaro che non c'è nulla da vergognarsi.

Può risultare estremamente importante praticare degli esercizi con delle possibili risposte del giovane a degli eventuali commenti negativi da parte di altri. Una parte essenziale nel crescere un bambino/adolescente transgender o *gender variant* consiste nell'aiutarlo a sviluppare delle strategie di coping per far fronte alle avversità che incontrerà nell'approcciarsi

a un mondo non sempre accogliente o inclusivo. Ciò è essenziale per insegnare loro ad essere più resilienti e per rafforzare l'autostima.

4.2 - Lo stigma anti-transgender

Lo stigma viene definito come un processo sociale di declassamento di un individuo e dei gruppi di individui a una classe inferiore con un conseguente processo di controllo sociale. Lo stigma è composto da alcuni elementi come lo stereotipo, la categorizzazione, la perdita di status, e la discriminazione. Lo stigma ha degli effetti persistenti e va a dominare ogni aspetto della vita delle persone che ne sono vittime, riducendo drammaticamente l'accesso alle risorse e impoverendo la qualità della vita.

La parola stigma (dal latino *stigma* (-ātis) «marchio, macchia, punto», propriam. «puntura», dal greco στίγμα -ατος, der. di στίζω «pungere, marcare») nell'uso letterario ha il significato di marchio, impronta o carattere distintivo. In psicologia sociale questo vocabolo si riferisce ad “attribuzioni negative a una persona o a un gruppo di persone, soprattutto rivolta alla loro condizione sociale e reputazione”.⁶³ Nel suo libro *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity* (Goffman, 1963), Goffman descriveva colui sotto il marchio di uno stigma apparente come più suscettibili d'essere discrediti o trattati a sufficienza a causa della loro condizione stigmatizzante. Da un altro canto, gli individui che condividono la stessa condizione sono vittime dello stesso trattamento soltanto una volta che la loro condizione viene resa nota.

Se applichiamo questo concetto della visibilità allo stigma di essere transgender, i soggetti che hanno avuto accesso alle cure mediche affermative necessarie e hanno una presentazione di genere più normativa, sono meno propensi a subire delle discriminazioni a causa di una bassa conformità a dei parametri normativi di espressione di genere (Reisner, Greytak, et al., 2015). Il rovescio della medaglia è che anche i soggetti che sono riusciti a raggiungere una presentazione più normativa, vivono nell'ansia di essere scoperti ed associati alla categoria stigmatizzata, sviluppano così una costante preoccupazione e iper-vigilanza che diventa un'importante fonte di stress (Meyer, 2003).

Nel tentativo di trovare una strategia di coping per sorpassare lo stigma sociale, molte persone transgender scelgono di mantenere segreta la loro condizione in uno sforzo costante nell'assomigliare a degli uomini e donne cisgender per quanto riguarda sia la presentazione che il ruolo di genere normativi. I soggetti *FtM* sono più propensi a passare come un membro del genere esperito rispetto a dei soggetti *MtF* che hanno iniziato la transizione dopo lo stadio 2 di

⁶³ Fonte: <https://www.treccani.it/vocabolario/ricerca/STIGMA/> (consultato il 30/07/2024)

Tanner, dato che gli effetti virilizzanti indelebili che il testosterone lascia sul fisico (Bockting et al., 2013). Il fatto che le persone transgender si sentano più al sicuro soltanto quando la loro condizione non è resa conosciuta, ci dà chiare indicazioni che lo stigma sociale rivolto alle persone transgender è ancora molto presente nella nostra società.

Il modello ecologico afferma che lo stigma si sviluppa su tre livelli: strutturale, interpersonale e individuale. Andremo ad analizzare le caratteristiche principali di ciascun livello nello specifico contestualizzandoli allo stigma transgender.

Livello strutturale: a livello strutturale lo stigma riguarda delle norme sociali e condizioni ambientali volte a limitare l'accesso alle risorse e alle opportunità alle persone stigmatizzate. Il concetto di potere è il fulcro dello stigma strutturale dove una maggioranza stigmatizzante respinge una minoranza stigmatizzata. Sotto l'ottica del potere, la discriminazione a livello struttura viene operata di forma cumulativa contro i gruppi stigmatizzati tramite varie pratiche istituzionali, politiche pubbliche e attitudini sociali negative.

La classe stigmatizzante raramente si questiona su tali atteggiamenti, al contrario esiste una pressione sociale perché tramite tali atti discriminatori difendano i propri interessi. Raramente la prospettiva della classe stigmatizzata viene presa in considerazione. Nel modello culturale europeo e americano, l'espressione di genere è in linea con il sesso assegnato alla nascita e segue i canoni di una espressione di genere binaria. Le persone che sono in linea con questo modello culturale sono considerate normative, invece quelle che ne discostano, come le persone transgender e genere non-conforme sono considerate non normative, e quindi considerati "l'altro" (Link & Phelan, 2014).

Livello interpersonale: a questo livello lo stigma diventa evidente durante l'interazione. La persona appartenente al gruppo dominante tende ad atteggiarsi verso l'altra appartenente al gruppo stigmatizzato con una certa titubanza, superiorità o eccessiva premura. Invece la persona stigmatizzata può reagire con meno sicurezza in sé stessa e con meno calore, il che porta l'altro a non apprezzare lo scambio, causando così una perdita dello status sociale (Sibicky & Dovidio, 1986). Lo stigma agito nelle interazioni sociali ha delle conseguenze negative per le persone transgender perché i membri della società portano con sé negli atteggiamenti dei preconcetti che si traducono in modo espliciti e implicito. Se gli atteggiamenti espliciti sono conosciuti dalla persona e sono sotto il controllo dell'individuo, quelli impliciti sono più subdoli e sono del dominio del subconscio sul quale l'individuo a poco controllo (Major et al., 2013). Le persone transgender le quali la presentazione di genere è meno conforme al genere esperito

(ossia, quelle che hanno meno “*passing*”) sono più suscettibili di essere vittima di questo tipo di stigma e quindi subire più discriminazione nelle interazioni con i membri del gruppo dominante.

La conformità visiva della transizione di genere causa una grande disparità di potere anche all’interno della propria comunità transgender. Quelli che non hanno avuto modo di procedere alla transizione medica per vari motivi (economici, ideologici o di salute), e che hanno iniziato la transizione troppo tardi o che hanno avuto dei risultati meno effettivi sul punto di vista estetico, sono più a rischio di subire esperienze di stigma agito da parti di altri a causa della loro apparenza non conforme (Bockting et al., 2013). Alcuni teorici affermano che gli aggressori transfobici hanno come movente l’ansia e la paura di fronte a qualcosa che loro rigettano e temono. Più nello specifico nell’interazione tra uomini cisgender e donne transgender, l’uomo sente minacciata la sua eterosessualità quando apprende che la donna con cui interagisce è transgender. L’atto di violenza è uno sforzo per ristabilire l’omeostasi della sua mascolinità (Schilt & Westbrook, 2009).

Un altro modo in cui lo stigma a livello interpersonale può manifestarsi è il rigetto dalla famiglia di origine. Questo evento è particolarmente traumatico per la gioventù transgender che non possono contare con il supporto dei propri cari, con conseguenze devastanti non soltanto sul punto di vista emotivo come sociale. Come abbiamo visto nei capitoli precedente la mancanza di supporto familiare genera in età adulta una scarsa autostima, depressione, isolamento e altri effetti negativi sulla salute generale (Grossman & D’augelli, 2006). Per sfuggire il rigetto familiare o le difficoltà lavorative alcune persone transgender possono scegliere di ritardare la transizione. A parte l’impatto psicologico che tale decisione può avere nella vita di adolescenti e adulti, i risultati di una transizione a tarda età non sono mai soddisfacenti sotto il punto di vista della conformità alla presentazione di genere tipica dei maschi e femmine cisgender. Più tempo gli ormoni sessuali del sesso assegnato alla nascita agiscono sul fisico, più difficile diventa eliminare le tracce nei caratteri sessuali secondari in una transizione di genere tardiva (Cohen-Kettenis & van Goozen, 2002).

Un altro aspetto dello stigma a livello interpersonale occorre nell’interazione tra i pazienti transgender il personale medico. Molto sovente, infatti, il personale sanitario non ha avuto una formazione specifica che li abbia preparati per prendersi in carico persone transgender o *gender-diverse*. I pazienti transgender possono sentirsi offesi dall’uso di un linguaggio improprio per quel che riguarda l’uso dei pronomi di elezione del paziente, oppure al riferirsi a delle parti sessualizzate del corpo. La mancanza di training specifico può lasciare

nel paziente transgender l'impressione di un trattamento ostile insito di stigma, il che provoca nella persona trans l'aversione verso future interazioni con personale medico, compreso visite di controllo ove necessario, il che potrebbe mettere in rischio la loro salute (Schilder et al., 2001).

Livello personale: a questo livello le persone stigmatizzate tendono a aderire al sistema di credenze legate allo stereotipo sociale dal quale sono vittime. In tal senso cercano di attenersi a ruoli, interazioni e ambienti circoscritti, auto escludendosi o rimanendo al di sotto in altre situazioni. Steele & Aronson (1995) hanno elaborato il concetto di minaccia dello stereotipo, che sarebbe la paura di essere giudicati in base a uno stereotipo. Le persone stigmatizzate avranno il loro comportamento influenzato tutte le volte in cui percepiscano che saranno valutati secondo lo stereotipo in modo da confermarlo oppure no. Tale atteggiamento mentale funge da stereotipo autoinflitto e causa dei danni psicologici soprattutto a livello di performance, anche quando interazioni umane non sono previste. Inoltre, come il livello di stigma opera tramite i propri individui stigmatizzati, i suoi effetti diventano ancora più insidiosi e difficilmente riconoscibili.

I processi psicologici stessi della persona stigmatizzata possono essere affettati dallo stigma ed influenzare il modo in cui si rapportano verso sé stesse, le altre persone e l'ambiente. La persona diventa ansiosa nelle interazioni sociali per l'aspettativa del rifiuto sociale, il che può portarla ad evitare situazioni interpersonali. L'isolamento è un primo step per lo sviluppo di una situazione fisica e mentale più precaria, dato che il sostegno sociale potrebbe essere uno strumento di coping efficace per far fronte agli stressors dello stigma. Per evitare di essere discriminati a causa dello stigma, molte persone trans possono scegliere di non rivelare la loro condizione, ma questa opzione è data soltanto a quei soggetti che hanno raggiunto un livello estetico ottimale di presentazione di genere normativa (*passing*). Tuttavia, l'ansia di essere rifiutati in questi casi viene sostituita per l'ansia di essere scoperti, poiché si questionano costantemente quando qualcuno si accorgerà del loro status transgender o quando, o in quali situazioni, possono dichiarare la loro condizione. Gli individui transgender che vivono in modalità *stealth* (che non rivelano ad altri il loro passato transgender) non sono in grado di ottenere del supporto da altri membri della comunità transgender e in alcuni casi interventi medici e di salute mentali diventano meno accessibili. Ad esempio, la persona che vive in modalità *stealth* può scegliere di non fare dei controlli medici agli organi rimasti del genere assegnato alla nascita (controlli alla prostata per le donne trans, e controlli ginecologici per gli uomini trans).

Lo stigma anti-trans internalizzato mina al senso di auto-efficacia che permette alla persona transgender di mettere in atto dei comportamenti che promuovano la sua salute. Di conseguenza, il soggetto rimarrà meno reattivo di fronte agli eventi negativi della vita e risulterà meno resiliente. La riduzione dell'abilità di coping avrà degli effetti deleteri sulla salute non soltanto mentale ma anche fisica. Le persone transgender con uno stigma anti-trans internalizzato tenderanno a prendersi meno cura di sé stesse, da una parte esponendosi a dei rischi non necessari (ad esempio sesso senza protezione ed esposizione all'HIV) e dall'altra non facendo dei controlli medici necessari, il che ha dei costi umani per le popolazioni coinvolte e costi economici per il Sistema Sanitario (nel caso in cui le persone coinvolte non abbiano effettuato accesso a dei programmi di prevenzione) (Alegria, 2011; Hellman & Klein, 2004).

Per combattere gli effetti dello stigma sulle persone stigmatizzate, gli interventi dovrebbero ideare delle misure che prendano in considerazione i tre livelli di sviluppo dello stigma. Per primo, andrebbero insegnate strategie di coping per far fronte agli effetti dello stigma a livello personale. In secondo luogo, l'atteggiamento personale di fronte a persone stigmatizzanti potrebbe cambiare la propagazione dello stigma a livello interpersonale. Infine, il lavoro di advocacy per cambiare norme, policies, regole e leggi andrebbe a cambiare lo stigma a livello strutturale.

Le conseguenze dello stigma anti-trans sulla salute delle persone transgender verrà discusso in più dettagli nella sessione dedicata al *trans-minority stress*.

4.3 - *Transgender Minority Stress*

Il concetto di *Minority Stress* nasce dal modello di Meyer (1995), il quale proponeva di descrivere le sofferenze psicologiche e lo stress subiti da persone LGB a causa di uno status minoritario. Le persone LGB, a differenza di altri gruppi minoritari, sono esposte ad uno stress cronico collegato allo stigma sociale che ha come conseguenza una maggiore incidenza di problemi di salute mentale tra queste popolazioni. I soggetti appartenenti ad una minoranza fanno esperienza di continue situazioni di stress in situazioni sociali in cui sono vittime di discriminazione. Vivere in un ambiente ostile e poco supportivo apre il terreno per lo sviluppo di svariati disagi psichici, tra cui scarsa autostima, ansia, depressione, ideazione suicidaria e tentativi di suicidio.

Engel (1962) faceva presente che per comprendere il funzionamento psicologico e la psicopatologia era necessario fare riferimento ad un modello biopsicosociale, dato che i fattori sociali giocavano un ruolo cruciale nello sviluppo di uno stato della mente suicida. Numerosi studi confermano la disparità a sfavore della popolazione LGB paragonata a quella eterosessuale per quanto riguarda l'incidenza di disturbi mentali, affettivi e tentativi di suicidio. Dal risultato delle ricerche emerge che l'esperienza di stigma, discriminazione e di un ambiente sociale ostile sono le cause che portano allo sviluppo di problemi di salute mentale nelle minoranze sessuali (Friedman, 1999; Marshal et al., 2011).

Come base del concetto di stress sociale possiamo considerare il conflitto tra individuo e le sue esperienze sociali in cui i bisogni dell'individuo non trovano riscontro nelle strutture sociali. Quando l'individuo è membro di una minoranza il conflitto tra la cultura dominante e stigmatizzante e i suoi bisogni interni è molto pesante, il che genera il *minority stress*. Considerando che ci vediamo anche con gli occhi dell'altro, fare continue esperienze di giudizi negativi può portare la persona a nutrire una visione negativa di sé (Rosenberg, 1979). Di conseguenza gli individui stigmatizzati sviluppano come reazione al rigetto sociale delle risposte più o meno adattative in forma di sintomi di salute mentale. Tra questi meccanismi possiamo citare delle reazioni difensive che può portare alcune persone all'introspezione o all'odio di sé stesse, nonché comportamenti aggressivi verso persone dello stesso gruppo stigmatizzato (Allport, 1954).

Il concetto di omofobia internalizzata si riferisce all'interiorizzazione delle attitudini sociali negative che sono rivolte contro lo individuo stesso. Non appena l'individuo riconosce l'attrazione sessuale per un membro dello stesso sesso, inizia ad avere attitudini negative contro di sé anche prima che il coming out abbia avuto luogo. La persona avvia un dialogo interno auto dispregiativo mesmerizzando le idee sociali riguardo ad essere etichettati in quanto omosessuale. Il vedere sé stessi da una prospettiva sociale come devianti può minare il benessere e la salute mentale (Goffman, 1963). Quando la persona viene esposta precocemente durante la prima socializzazione a delle attitudini antiomosessuali, con probabilità queste idee rimarranno in forma di omofobia interiorizzata e condizionerà l'adattamento psicologico dei soggetti durante tutto l'arco della vita (Nungesser, 1983).

Tra le minoranze, la comunità trans è in topo alla lista riguardo gli stressors subiti durante tutto l'arco della vita. I tassi di violenza, rifiuto sociale e discriminazione in base alla presentazione di genere sono estremamente allarmanti, con molteplici implicazioni sulla salute mentale di queste persone a causa di un ambiente sociale ostile e stressante. Oltre ai fattori sociali avversi, molti individui trans fanno esperienza di impoverimento delle relazioni con la famiglia e i pari dopo il *coming out*. Il rigetto da parte di persone significative e l'isolamento costituiscono un ulteriore ostacolo nel tentativo di tenere in piedi una rete di supporto sociale che potrebbe fungere da fattore protettivo contro comportamenti suicidari (Fitzpatrick et al., 2005).

In uno studio, Bockting e colleghi (2013) hanno analizzato un campione online della popolazione transgender negli USA. Partendo da misure standardizzate le risposte dei partecipanti sono state analizzate sulla luce del modello del *Minority Stress*, con l'obiettivo di mettere in relazione le esperienze di stigma e la salute mentale, oltre che il potere di eventuale rete di supporto nel sostenere i partecipanti a trovare strategie di coping funzionali. Dai risultati della ricerca emerge che in relazione alla popolazione cisgender, la popolazione transgender ha una incidenza molto più alta di disturbi mentali con una forte prevalenza di depressione tra i partecipanti (44.1%), seguito da ansia (33.2%) e somatizzazione (27.5%). Lo studio ha trovato una associazione positiva tra lo stigma e sofferenza psicologica. D'altro canto, è stato confermato che l'orgoglio riguardo la propria identità, il supporto familiare e dei pari giocano un ruolo importante come fattori protettivi. Il supporto dei pari nei casi di stigma agito ha una grande influenza nel mitigarne gli effetti negativi sulla salute mentale ed è un fattore importante di resilienza.

In base a quanto esposto possiamo tracciare un parallelo con la condizione di stress sociale trovata nelle popolazioni LGB di cui Meyer ha discusso nel suo modello del (1995) in cui tre processi venivano proposti per le persone soggette a Minoriti stress. Il primo si riferiva a condizioni oggettive, eventi esterni, che si verificano nella vita della persona una volta che essa viene identificata con la categoria stigmatizzata. Gli stressors di questo tipo sono osservabili e provengono da fonti distali. Sono eventi che minacciano la sicurezza della persona. Il secondo processo del *Minority Stress* riguarda l'anticipazione dell'atto di violenza o discriminazione. L'individuo sviluppa l'iper-vigilanza nell'attesa che gli eventi stressanti accadano. La paura di subire degli atti discriminatori che vanno a ledere l'integrità fisica o psicologica, porta la persona nascondere la propria identità ed essere più restia nelle interazioni sociali. La natura di questi processi è prossimale, poiché coinvolge l'interazione fra gli individui. Il terzo processo riguarda le attitudini sociali negative che vengono interiorizzate e internalizzate e risultano in un processo ancora più prossimale. Mentre nelle persone LGB questo fenomeno assume la forma di omofobia internalizzata, nelle persone trans parliamo di transfobia internalizzata.

La transfobia interiorizzata è la forma di stigma la meno osservabile, ma la più insidiosa e più dannosa, poiché impedisce all'individuo di trovare delle strategie di coping funzionale per far fronte allo stigma (Hendricks & Testa, 2012). Tali processi contribuiscono in svariati modi a creare sindromi depressive, abuso di sostanze, ideazioni e tentativi di suicidio. Nonostante ciò, alcuni effetti positivi possono venir fuori dal *Minority Stress*. Questo succede quando il membro della popolazione stigmatizzata sviluppa delle strategie di coping adeguate a rispondere agli episodi discriminatori, oppure quando trovano sostegno e appoggio nel gruppo di membri dello stesso gruppo minoritario che subiscono gli stessi effetti del *Minority Stress* (Meyer, 2003). L'essere all'interno di un gruppo permette di mettersi a confronto tra i membri dell'in-group invece che con i membri della società stigmatizzante. Valutarsi sul prisma dei pari permette di mitigare gli effetti dello stigma ed eventualmente creare una visione personale in quanto minoranza più positiva.

Secondo il modello di Hendricks & Testa (2012), la transfobia interiorizzata è caratterizzata da colpevolizzazione e bassa autostima derivate da esperienze pregresse di discriminazione e vittimizzazione che hanno portato la persona trans ad svalutarsi e disprezzare sé stessa a causa della sua identità di genere. Durante il percorso clinico la transfobia internalizzata si manifesta generalmente in tre modi: 1) la persona prova intensi sentimenti di vergogna riguardo il fatto di essere transgender; 2) l'individuo può cercare di tenere nascosta la propria identità transgender

ed adeguarsi al sesso assegnato alla nascita oppure fare degli sforzi per passare per un membro cisgender dell'altro sesso (*passing*); 3) la persona evita di associarsi con altri individui transgender poiché ha delle valutazioni negative nei loro confronti ed evita in tutti modi di esporre la sua varianza di genere. Come la transfobia internalizzata verrà espressa dipenderà del contesto sociale dove la persona vive. Alcune possono provare intensi sentimenti di vergogna ma non necessariamente atteggiamenti negativi verso altre persone transgender e col tempo possono allentare la necessità di tenere nascosta la propria condizione.

Bockting (2020) ha concettualizzato la transfobia interiorizzata in quattro dimensioni: misura dell'orgoglio di essere transgender (nel senso inverso), investimento nel *passing* come un membro cisgender del genere esperito, alienazione da altre persone trans e vergogna. Secondo la loro esperienza clinica, nei pazienti transgender un'eccessiva preoccupazione con il *passing* è una chiara manifestazione di transfobia interiorizzata. In alcuni casi l'ossessiva adesione alle norme di presentazione di genere va oltre la necessità di proteggersi dalle discriminazioni. In questo studio, Bockting ha analizzato delle ipotesi basate sul modello del *Minority stress* dove metteva in correlazione la transfobia interiorizzata con i costrutti relazionati ad essa. Dai risultati emerge che la dimensione dell'orgoglio (*pride*) ha una correlazione negativa con il livello di transfobia interiorizzata. Meno la persona presenta questa dimensione, più cercherà di alienarsi dai pari della stessa comunità. Un basso livello di *pride* è anche associato a delle reazioni negative di fronte a delle espressioni di genere non normative. Quanto più alto il livello di *pride*, meno l'individuo si sentirà alienato dagli altri pari transgender. Per quanto riguarda il costrutto di *passing*, esso dovrebbe essere analizzato con cautela. Sotto una luce positiva, il *passing* può essere un modo di affermarsi nel genere esperito quando la persona non presenta dei vissuti di vergogna o rifiuto verso altri individui transgender. Tra l'altro, la minaccia di rifiuto sociale, violenza e discriminazione è reale e può portare anche le persone con i più alto livello di *pride* a tenersi dall'essere aperte riguardo la loro identità transgender.

Nei casi in cui si verificano una eccessiva enfasi posta nel *passing*, associata a dei sentimenti di imbarazzo verso altre persone trans, oppure la persona si senta diversa da altri pari trans, il *passing* è associato alla transfobia interiorizzata. Tale comportamento potrebbe svilupparsi in isolamento e alienazione. L'alienazione e la vergogna hanno avuto una forte correlazione positiva. Difatti, la vergogna è la manifestazione più estrema dell'internalizzazione delle norme sociali negative riguardo la non conformità di genere. I sentimenti di desiderabilità sociale

portano la persona trans a svalutare sé stessa riguardo agli altri membri della società cis-eteronormativa, il che è consistente con quanto esposto nel modello del *Minority Stress*. Quando è presente il costrutto di vergogna, la persona trans potrebbe sviluppare dei sentimenti di non appartenenza pervasivi e vedere sé stessa come difettosa a prescindere. Questo quadro potrebbe portare il soggetto a precludersi la possibilità di ottenere sostegno da altri simili, il che lo renderebbe più suscettibile a sviluppare dei problemi di salute mentale. Tra questi problemi possiamo citare una bassa autostima, angoscia psicologica, ansia e depressione.

Durante la presa in carico di persone transgender è essenziale tenere conto dei livelli di transfobia interiorizzata, poiché trattandosi di uno stressor prossimale, esso impedisce il soggetto di trovare delle strategie di coping funzionali per combattere lo stigma sociale. Non soltanto, diventa il soggetto stesso un veicolo per la propagazione delle attitudini sociali negative riguardo alla non conformità di genere. Vivendo in una società cis-eterocentrica, molte persone transgender hanno interiorizzato una visione dicotomica del genere che stigmatizza tutte le manifestazioni che discostano da questo modello. Di conseguenza, molte persone transgender introiettano questi valori sociali e sviluppano la transfobia interiorizzata. Molto sovente le persone trans manifestano il desiderio di essere nate nel loro genere esperito, con forti sentimenti di rifiuto verso il loro genere assegnato alla nascita.

Nel processo di affermazione di genere, il raggiungimento di una transizione fortemente binaria in cui vengano eliminate totalmente le tracce del genere assegnato alla nascita è un obiettivo irrealistico. L'obiettivo del percorso terapeutico nei casi in cui emerga una tale problematica, sarebbe quello di aiutare la persona a fare il lutto di un ideale di genere per far posto ad una accettazione di sé a un livello più profondo di quello di una visione binaria di uomo o donna (Bockting, 2008).

4.4 - Discriminazione anti-trans da parte di professionisti della salute mentale e di operatori sanitari

Ancora al giorno d'oggi molte persone transgender vivono ai margini della società e devono affrontare quotidianamente delle situazioni di vita di stigma, violenza, discriminazione, esclusione delle risorse essenziali e dei livelli inferiori di salute rispetto alla popolazione generale. La visione sociale riguardo queste persone come mentalmente disturbate, immorali, contronatura e sessualmente devianti porta molti individui della società dominante a giustificare agiti discriminatori e abusi nei confronti delle persone transgender. Tali atti non sono isolati, ma possono essere praticati anche da gruppi di individui, organizzazioni, istituzioni come riflesso della società in cui si è inseriti. Pertanto, non sono esclusi da comportamenti discriminatori anti-trans professionisti della salute mentale e operatori socio-sanitari coinvolti nella presa in carico di persone TGNC⁶⁴. Per questa tipologia di pazienti vivere ai margini della società vuol dire vedersi deprivati dall'opportunità di avere accesso ad una salute di buona qualità e al benessere, diritto questo concesso nei paesi civili a tutti i cittadini (Winter et al., 2016).

4.4.1 - Il conflitto tra depatologizzazione e modello del *gatekeeping*

L'OMS nell'ultimo aggiornamento nella Classificazione internazionale delle malattie (ICD-11, 2019) ha fatto un passo storico nella depatologizzazione delle persone transgender, dichiarando il carattere non-patologico dell'incongruenza di genere e promuovendo l'accesso al percorso sanitario di affermazione di genere per le persone che lo cercano. Ciononostante, le cure sono ancora subordinate ad una diagnosi da parte di un professionista della salute mentale, e nei vari step del percorso di affermazione di genere l'individuo dovrà trovare altri professionisti in ambito medico, giuridico, bioetico ed economico che assumono il ruolo di "guardiani del cancello" (*Gatekeeper*). La crescente domanda di bambini e adolescenti e delle loro famiglie ai percorsi affermativi di genere scatenano delle ipotesi infondate sul "contagio sociale" tra i giovanissimi. La comunità scientifica solleva delle questioni sull'etica dell'utilizzo dei bloccanti della pubertà in adolescenti. Di conseguenza molti paesi, primi

⁶⁴ TGNC (transgender e genere non conforme)

precursori in queste terapie come USA, Svezia, Finlandia e Australia, stanno facendo dei passi indietro quanto alla depatologizzazione ⁶⁵ .

Il modello del *gatekeeping* viene ancora applicato per permettere alle persone trans di accedere al percorso di transizione. Tale modello, oltre a propagare una visione patologizzante delle persone transgender e genere non conforme, presenta molti punti soggetti a controversia. Uno di questi si riferisce al costrutto di transnormatività, cioè a dei cliché sulle narrazioni comunemente conosciute su cosa significhi essere trans. Uno dei cliché ricorrenti è quello di essere “nati nel corpo sbagliato” o avere rifiuto verso i propri genitali. La comunità TGNC è tutt’altro che omogenea e l’esperienza di ciascuno riguardo l’incongruenza di genere può essere molto varia. Molti professionisti influenzati da luoghi comuni e stereotipi sul modo corretto di essere trans, possono decidere che alcuni pazienti non rispettano i criteri per una diagnosi di disforia di genere e quindi non sono idonei a iniziare la terapia ormonale cross-gender o avere accesso a degli interventi chirurgici. Inoltre, non raro alcuni pazienti ammettono di esagerare o inventare delle esperienze di disforia per accontentare le aspettative del clinico (Bess & Stabb, 2009). Finché le persone trans avranno bisogno di una diagnosi per accedere alle cure affermative, i professionisti della salute mentale che occupano il ruolo di guardiani del cancello dovrebbero avere una formazione approfondita in materia e avere una mente aperta riguardo le varie espressioni della transidentità⁶⁶.

Il ruolo di *gatekeeping* svolto dallo psicologo può essere d’intralcio allo stabilirsi dell’alleanza terapeutica. Quando al bambino o all’adolescente viene continuamente messo in questione se sia “veramente” transgender, si crea una dinamica nella relazione terapeutica dove il giovane deve continuamente dare prova del suo genere esperito. Il dubbio potrebbe incidere sulla sicurezza in sé stesso e sul senso di sé del minore. Inoltre, un tale approccio potrebbe essere dannoso per il giovane sotto vari punti. Con un atteggiamento inquisitore da parte dello psicologo, il percorso di esplorazione del genere si arresta e inutili ritardi si accumulano nella presa in carico di cui il paziente ha bisogno portando all’incremento della disforia con delle conseguenze negative a livello sia cognitivo che sociale (Crapanzano et al., 2021)

⁶⁵ Fonte: <https://www.ricercaepratica.it/archivio/3971/articoli/39500/> (consultato il 10/08/2024)

⁶⁶ Il concetto di Transidentità si riferisce ad un forte senso di identificazione di durata superiore a sei mesi con un genere diverso da quello assegnato alla nascita. Fonte: <https://www.academie-medecine.fr/la-medecine-face-a-la-transidentite-de-genre-chez-les-enfants-et-les-adolescents/?lang=en> (consultato il 13/08/2024)

Un ulteriore punto di perplessità legato al ruolo di *gatekeeping* concerne il persistere dell'esigenza di una diagnosi di disforia di genere per avviare il processo di transizione medicalizzata. Condizionare l'avviare della presa in carico dal SSN ad una diagnosi significa continuare a propagare un modello patologizzante della disforia di genere, procedura questa contrastante con i recenti cambiamenti del DSM5-TR e dell'ICD-11, dove il termine disforia di genere viene sostituito per "incongruenza di genere" e non più classificato come un disturbo ma come un aspetto della salute sessuale.

Mantenere l'obbligo di una diagnosi per accedere alle cure è una condizione impregnata ancora della visione stigmatizzante delle persone trans come mentalmente disturbate e non in grado di prendere decisioni sul proprio corpo e la propria salute. Il modello psicoterapico dovrebbe essere un'opzione e un diritto, e non una imposizione. Quello che dovrebbe essere analizzato dallo psicologo sarebbe la capacità cognitiva del soggetto di comprendere rischi e benefici del trattamento e intraprendere una decisione informata sul trattamento richiesto (Crapanzano et al., 2021).

4.4.2 - Barriere nell'accesso ai servizi

Sarebbe interessante pensare alle barriere che le persone TGNC devono trovare ancora prima di accedere ai servizi e una di queste è la situazione anagrafica. Fino a quando le persone transgender non hanno il loro nome e sesso aggiornato all'anagrafe, esse sono esposte a esperienze di pregiudizio, abusi e discriminazione dovute alla discrepanza tra la loro presentazione di genere e il nome che risulta nei loro documenti.

Prima del riconoscimento legale del genere le persone transgender possono evitare di accedere a dei servizi vitali non soltanto per quanto riguarda prestazioni del welfare e del mondo del lavoro, ma anche prestazioni mediche e cure sanitarie. Essere chiamati per il nome presente nei documenti (*dead name*⁶⁷) in contesti pubblici, come possono essere il centro per lo impiego e lo studio medico, espone la persona transgender ad una forte ansia e imbarazzo. Tale

⁶⁷ Dead Name: letteralmente "nome morto", si riferisce al nome a cui la persona transgender non fa più uso per riferirsi a sé stessa. Invece, *deadnaming* indica l'atto di riferirsi ad una persona transgender o non binaria usando il nome usato precedente alla transizione sociale. Tale atto è considerato dalle persone transgender e non binarie come una aggressione transfobica.

situazione può trovare spiegazione nella mancata formazione degli operatori sociali e sanitari alla accoglienza di pazienti TGNC.

Un'altra problematica che desta avversione nella comunità transgender verso il sistema di salute pubblico è la necessità di avere una diagnosi per accedere alle cure mediche affermative di genere. Tale situazione si verifica pure in Italia, dove un membro del personale sanitario o professionista della salute mentale assume il ruolo di *gatekeeper* (guardiano del cancello), senza, tante volte, avere avuto una formazione adeguata per accogliere le persone TGNC (Crapanzano & Mixon, 2022). Basti pensare che nei curriculum di medicina appena poche ore, (una media meno di 5) vengono dedicate a delle tematiche di varianza di genere.

Come risultato delle problematiche sopra menzionate, pazienti transgender bisognosi di cure affermative devono avere a che fare con un personale medico ostile e poco supportivo, non formato a provvedere a delle cure efficaci alle necessità specifiche della popolazione transgender. Per questo motivo, tanti scelgono di sottomettersi a delle cure parallele, come ad esempio degli interventi illegali (come iniezioni di siliconi eseguite clandestinamente da personaggi senza qualificazione medica), autosomministrazione di ormoni senza controllo medico oppure andare all'estero alla ricerca di interventi affermativi meno costosi e soprattutto meno burocratizzati (Nealy, 2017).

4.4.3 - Il *bias* anti-transgender tra i professionisti della salute mentale

I professionisti della salute mentale non sono liberi dal *bias* anti-transgender. Molte scuole di formazione di psicologi e psicoterapeuti non includono nei loro programmi moduli dedicati alla tematica transgender. Di conseguenza pochi psicologi hanno una corretta preparazione per accogliere questi pazienti e le loro famiglie che molte volte giudicano il livello di competenza di un professionista in base ai suoi titoli e gli anni di pratica di costui (Nealy, 2017). Sebbene un professionista possa avere molti anni di carriera alle spalle non necessariamente ciò vuole significare che ha esperienza o training specifico concernente i percorsi di transizione di genere.

Curiosamente, ancora ai giorni d'oggi, un grande numero di terapisti non capisce la differenza tra identità di genere e orientamento sessuale come parti a sé dell'identità nucleare.

I professionisti della salute mentale che non hanno chiari questi concetti cercheranno di indovinare una futura orientazione omosessuale in bambini con una varianza di genere nella prima infanzia e trascurare la presa in carico legata all'affermazione dell'identità di genere (Brill & Pepper, 2022).

Quando si ha a che fare con pazienti transgender e *gender variant* bisogna tenere presente che i tassi di depressione per questa popolazione sono quattro volte superiori rispetto alla gioventù non-transgender (Reisner, Veters, et al., 2015) e l'evidenza scientifica attesta un alto tasso di suicidio per questa popolazione. Negare delle cure che hanno come obiettivo ridurre l'angoscia legata alla disforia di genere non farebbe che aumentare i fattori di rischio e aggravare lo stato della salute mentale del paziente, già esposto a molteplici *stressors* nella loro vita quotidiana legati alla condizione transgender, ad esempio rigetto familiare, *bullying* e mancanza di un supporto clinico di qualità (Russell & Fish, 2016).

4.4.4 - Lo stigma istituzionalizzato – dalla mancanza di formazione specifica alla regolamentazione dei corpi trans

La gioventù LGBTQI+ può trovare molteplici ostacoli nella ricerca di trattamento per problemi di salute mentale dovuti alla mancanza di professionisti affermativi, costi delle terapie e paura a causa dello stigma percepito (Craig et al., 2016). A livello mondiale la popolazione transgender vede ancora tanti diritti essenziali negati in termini di tutela della sicurezza e della privacy, delle garanzie per quando riguarda il lavoro, le politiche abitative e dei trattamenti medici con alti standard di qualità. Inoltre, in molti paesi tra cui l'Italia, non esiste una legge che garantisca una punizione esemplare nei casi di aggressione omotransfobiche (tali atti vengono trattati come normali atti di aggressione senza l'aggravante del crimine d'odio⁶⁸).

Per molti anni i vari governi hanno istituzionalizzato i corpi delle persone trans, determinando divorzi forzati, interventi genitali e sterilizzazioni ai fini di riconoscimento legale del genere. Tali dettami sono stati oggetto di forte critica da parte di organizzazioni come Amnesty International e la Commissione Europea dei Diritti dell'Uomo. Da quanto esposto da

⁶⁸ Fonte: <https://www.ilpost.it/2021/10/28/ddl-zan-fine-bocciato-senato/> (consultato il 13/08/2024)

Amnesty International nel gennaio del 2014, all'epoca c'erano molteplici problemi riguardo il riconoscimento del genere in Europa. Le persone transgender dovevano essere sottoposte a delle procedure mediche irreversibili che comportavano la sterilità per avere il loro nome e genere riconosciuto nei documenti (e.g. Francia e Belgio). Nel 2016 TGEU⁶⁹ denuncia che una diagnosi psichiatrica o psicologica è necessaria per accedere a delle interventi mediche quali la terapia ormonale (condizione che permane fino a data odierna).

L'esigenza di una diagnosi psicologica o psichiatrica per accedere a delle cure mediche trova forte relazione con la visione stigmatizzante delle persone trans come mentalmente instabili. Tale stereotipo non ha mai trovato riscontro scientifico. Tale costrutto è forse nato come un incidente di percorso ai tempi in cui la psicologia di base psicoanalitica o behaviorista cercava di convertire e riparare l'identità di genere "deviante" delle persone transgender per farle coincidere con il sesso assegnato loro alla nascita. Nonostante la recente depatologizzazione dell'incongruenza di genere, la visione stigmatizzante delle persone trans come mentalmente instabili ha ancora delle forti radici in ambito medico. Considerare le persone trans, minorenni o maggiorenni, incapaci di prendere decisioni in autonomia per quanto concerne la propria cura ormonale *cross-gender* e gli interventi affermativi di genere traduce molto bene questo concetto.

Dai risultati di uno studio qualitativo realizzato negli USA sulle impressioni della gioventù transgender riguardo il personale medico e le cure ricevute, emerge che la popolazione transgender ha percepito delle barriere di accesso alle cure desiderate. Inoltre, i professionisti mancavano di conoscenze specifiche sulla tematica transgender e avevano dei dilemmi etici riguardo i trattamenti da somministrare. I servizi medici e di salute mentali rivolti alla gioventù transgender, così come pediatri ed endocrinologi hanno poca confidenza nel trattare questa popolazione. Un grande ostacolo alla cura di questa popolazione rimane la mancanza di training specifico in tematiche transgender (Vance et al., 2015).

La mancanza di training non colpisce soltanto l'individuo ma l'intero nucleo familiare, poiché i genitori di bambini e adolescenti TGNC ripongono grande fiducia nei pediatri e personale medico, sperando trovare finalmente delle soluzioni per alleviare la disforia di genere

⁶⁹ <http://tgeu.org>

dei loro figli. Purtroppo, questi professionisti in genere hanno avuto poca o addirittura nessuna preparazione teorica per quanto riguarda il transgenderismo. Molte sovente si crea una situazione paradossale quando i professionisti s’imbattono nel problema per la prima volta, poiché devono essere educati sull’identità di genere dai clienti o dalle famiglie. La responsabilità per la propria formazione e aggiornamento non deve mai gravare sul paziente. Esso ricorre ai servizi con i propri dubbi da chiarire su un percorso medico lungo, impegnativo e faticoso.

I pediatri che non hanno avuto una formazione in tematiche LGBTQI+ potrebbero, essere fortemente influenzati da una visione personale senza base scientifica, a detrimento delle famiglie e del minore che dovranno fare i conti con disinformazione e una presa in carico di scarsa qualità. Pediatri ben intenzionati possono accrescere il livello di stress delle famiglie facendole venire più dubbi piuttosto che essere d’aiuto. Ad esempio, potrebbe accusare i genitori di sbagliare nell’essere supportivi verso la varianza di genere del bambino, oppure che il paziente è troppo giovane per affrontare un percorso medicalizzato. Queste proposizioni insite di *bias* ritardano il percorso dei pazienti inutilmente e li fanno andare incontro a delle conseguenze a corto e lungo termine.

Tra i pediatri l’ignoranza circa la varianza di genere è abbastanza diffusa. A parte la mancanza di training specifico, alcuni di essi si rifiutano di informarsi in materia o fornire le cure necessarie ai minori TGNC influenzati da idee personali, ideologiche o addirittura religiose. È molto importante per le famiglie procedere con cura per la selezione di un professionista competente in materia. Una buona strategia sarebbe cercare delle informazioni presso le associazioni dei genitori di bambini e adolescenti transgender, nei gruppi di appoggio alle persone trans o nei centri specifici che si occupano di transizione di genere presenti nel territorio nazionale che possono dare indicazioni su professionisti trans-affermativi (Mizock & Lewis, 2008).

Una vera depatologizzazione non avrà mai luogo finché una diagnosi sia necessaria per accedervi a delle cure mediche. Le persone trans dovrebbero avere il diritto come tutti cittadini a delle cure, non perché sono mentalmente malate, ma perché sane e in grado di prendere decisioni riguardo la loro salute per l’affermazione del loro genere autentico (Lev, 2013).

4.5 - Buone pratiche per la promozione della salute dei giovani TGNC

La messa in atto di politiche inclusive e buone pratiche per la promozione della salute delle persone TGNC oltre che generare beneficio a questa popolazione target, andrebbe a beneficiare tutta la società, dato che lavorare sulla prevenzione è sempre un'alternativa meno costosa a livello sia economico che umano. In quanto professionisti della salute mentale, sarebbe importante fare advocacy, ideare e mettere in atto degli interventi che abbiano come obiettivo creare delle condizioni perché le persone trans possano sentirsi al sicuro nei loro contesti di vita, che possano sviluppare i propri talenti e siano in grado di crescere come persone perfettamente inserite nella società. Le buone pratiche che possono essere in atto sono molte, a seconda degli ambienti e dei contesti. Nei prossimi paragrafi prenderemo come esempio alcune di esse nei seguenti ambiti: adulti di riferimento, psicologi, operatori sanitari e legislatori.

4.5.1 - Adulti di riferimento e supporto dei giovani TGNC

Le buone pratiche proposte da Nealy (2017) da parte dagli adulti di riferimento dovrebbero scaturire da un atteggiamento di accoglienza del vero sé del giovane e dal supporto incondizionato riguardo le loro identità. Sebbene i familiari non capiscano appieno dove porterà il percorso di transizione, è molto importante che il giovane senta di essere amato a prescindere. Perciò, delle verbalizzazioni e dimostrazioni di affetto verso il giovane possono essere utili per dimostrare vicinanza e sostegno. Quando il giovane sceglie i suoi nuovi pronomi, anche se all'inizio si provi un senso di stranezza nell'impiegarli o ci si domandi se è la cosa giusta da fare, bisognerebbe fare degli sforzi per usarli correttamente. Nel farlo, si sta comunicando al giovane che esso viene visto e accetto per quello che è. L'accettazione da parte dei genitori funge da fattore protettivo e avrà degli effetti positivi sull'autostima e rafforzerà il senso di speranza verso il futuro.

Nei casi di famiglie rifiutanti, dove l'adulto di riferimento sia un assistente sociale o un terapeuta, le indicazioni riguardo l'uso adeguato dei pronomi e ascolto non giudicante possono comunicare al giovane accettazione e sostegno. Nel lavorare con le famiglie, bisogna tener presente che una reazione iniziale di rifiuto può essere scatenata dalla paura dei genitori e che il loro atteggiamento può cambiare col tempo. Perciò, come professionisti della salute mentale non dovremo mai perdere le speranze e non fermarsi alle difficoltà iniziali.

Per quanto riguarda il sostegno sociale, mettere il giovane a contatto con dei pari TGNC può risultare una valida strategia per rafforzare la loro resilienza, una resilienza che gli andrebbe celebrata, poiché ci vuole molto coraggio sé stessi in una società ancora piena di stigma. La partecipazione del giovane a dei gruppi di sostegno rafforzerebbe il suo senso di identità e andrebbe a diminuire il senso di isolamento, sentimento molto comune a questa minoranza sessuale. Inoltre, dal gruppo potrebbe nascere delle valide strategie di coping per far fronte agli stressors vissuti sulla base quotidiana. L'accesso a dei gruppi di supporto di pari e altri ingaggi comunitari possono accrescere il senso di appartenenza e la connessione umana con altri risulta una valida risorsa per affermare sé stessi (Crapanzano & Mixon, 2022).

Nell'approccio proposto da Nealy, un significativo accento viene messo sulla progettualità futura del giovane. Sarebbe molto utile mettere il giovane a contatto con degli esempi di persone trans con delle narrative di successo, con l'obiettivo di combattere lo stigma fortemente radicato, il quale dipinge le persone trans come svantaggiate in partenza. Anche se il giovane trans in futuro non riuscisse a realizzare i propri sogni, il punto saliente di questa strategia è di permettergli almeno di sognare un futuro dove questo sia possibile.

4.5.2 - La formazione degli Psicologi in competenze TGNC specifiche

Per gli psicologi che lavorano con le persone trans, la WPATH negli Standards of Care (attualmente alla versione SOC 8) raccomanda dei requisiti minimi, quali competenze nelle scienze del comportamento, competenza nell'utilizzo del DSM o ICD, saper discernere tra la disforia di genere ed altri disturbi, esperienza in psicoterapia e continua formazione tramite congressi e workshop riguardo l'*assessment* e trattamento della disforia di genere. Molti psicologi dichiarano ancora di non avere delle competenze specifiche per proporre un percorso terapeutico a degli individui con varianza di genere (APA, 2009).

Lo psicologo con una adeguata preparazione riguardo il trattamento della disforia di genere dovrebbe avere alcune competenze specifiche. Tra queste possiamo citare: essere capace di fare una diagnosi di incongruenza di genere in età evolutiva o altro problema di salute mentale, lavorare con la famiglia, fare una corretta valutazione sulla prontezza alla transizione medicalizzata tra altro essere capace di fare formazione sulla varianza di genere all'interno della comunità e condurre gruppi di supporto per i giovani transgender e le loro famiglie.

L'obiettivo principale dei training rivolto ai professionisti della salute mentale che vogliono sviluppare delle competenze per la presa in carico di persone LGBTQI+ e delle abilità specifiche riguardo la popolazione TGNC, è ridurre gli effetti delle attitudini negative omotransfobiche per essere più capacitato ad essere di supporto a questa tipologia di pazienti. È imperativo che i clinici siano consapevoli dei loro *bias* culturali, valori personali, attitudini e credenze riguardo la diversità nella sessualità umana in modo da evitare delle attitudini che possano interferire nella qualità del trattamento alle persone LGBTQI+ (Crapanzano & Mixon, 2022). Nello specifico del trattamento ai clienti TGNC, i professionisti vengono incoraggiati a non prefiggersi una destinazione specifica durante il lavoro di esplorazione di genere. Tenere una mente aperta e ascoltare i clienti con atteggiamento non giudicante è la pratica più raccomandabile, soprattutto quando si ha a che fare con dei clienti non-binari.

Nei casi dove il clinico sia alle prime armi con questa tipologia di pazienti, sarebbe consigliabile lavorare in supervisione o almeno fare riferimento a qualcuno esperto in materia. Interagire con colleghi più esperti permette di allargare i punti di vista, avere degli insight sullo sviluppo della disforia di genere in età evolutiva, oltre che permettere di acquisire delle competenze riguardo questa popolazione specifica. Il contatto con clinici più esperti permette di mettere costruirsi una rete di supporto multidisciplinare nei casi dove gli adolescenti abbiano bisogno di ricorrere a dei bloccanti della pubertà, ad esempio. Quando i bambini e adolescenti sono pronti ad avviare un percorso di affermazione dell'identità di genere è importante che si affidino a uno specialista in questa materia, date le loro necessità specifiche e i particolari fattori di rischio coinvolti (Brill & Pepper, 2022).

La presa in carico di clienti transgender dovrebbe avere come centro il proprio individuo che è parte attiva integrante del suo trattamento. Non andrebbe mai perso di vista che durante questo processo il clinico dovrebbe rinunciare a delle idee preconcepite o standardizzate. La comunità transgender è estremamente variegata e le esperienze concernenti la propria identità di genere e il rapporto con il proprio corpo possono variare enormemente. Perciò, va tenuto presente che il cliente è l'esperto del proprio trattamento e le sue necessità dovrebbero essere ascoltate.

Oltre alle competenze specifiche e un solido framework teorico per lavorare con persone TGNC, il terapeuta deve continuamente aggiornarsi sull'evoluzione del linguaggio all'interno della comunità transgender. Il corretto uso dei pronomi con i quali i clienti TGNC si identificano è una questione di primordiale importanza. Il linguaggio usato dallo psicologo per fare riferimento alla persona trans dovrebbe essere deciso e diretto da quest'ultima soprattutto se si

parla degli stadi iniziali della transizione dove la differenza tra il genere esperito e la presentazione esterna del cliente è ancora molto lampante. Nel caso in cui si dovesse sbagliare pronomi la miglior strategia consiste nel chiedere scusa al cliente e autocorreggersi. Nel lavorare con la popolazione transgender, i professionisti della salute mentale e del campo medico dovrebbero fare attenzione alla continua evoluzione del linguaggio per garantire un trattamento rispettoso e inclusivo riguardo la comunità transgender (Brill & Pepper, 2008).

Per quanto riguarda la presentazione di genere del cliente e il grado in cui possa essere aperto a riguardo in situazioni sociali, questo è un processo pieno di sfumature che dipende da vari fattori come, ad esempio, un ambiente supportivo dove il cliente si senta al sicuro. Prima di contemplare un coming-out sociale ed una esperienza di vita reale (RLE⁷⁰) le molteplici variabili della vita del cliente dovrebbero essere prese in considerazione. Ad esempio, in contesti non urbani un coming-out sociale potrebbe forzare la famiglia a trasferirsi a causa di esperienze di forte stigma e ostracismo sociale (Mohammadi et al., 2023).

Per i professionisti della salute mentale che lavorano con delle persone trans e utilizzano un approccio affermativo, alcuni autori mettono in risalto nella necessità di dare risalto ad un modello basato sui punti di forza di questa popolazione che nonostante le esperienze di fattori di stress multipli continuano a dare prova della loro resilienza. Tra altro, la figura dello psicologo, a causa della sua posizione, ha il potere di proporre dei cambiamenti istituzionali nei luoghi dove verrà ad attuare in modo da rendere gli ambienti più sicuri e inclusivi per le persone trans (Burnes *et al.*, 2010).

Le narrative di sofferenza e disagio sono frutto tante volte di esperienza di vittimizzazione e stigma. Bisogna lasciare posto a delle nuove narrative che contemplano l'identità transgender sotto un'ottica più positiva e vedono le persone trans in grado di crearsi delle vite realizzate e piene di significato. Studi longitudinali attestano che un approccio affermativo dell'identità di genere, combinato a delle cure mediche affermative, aumenta il livello di soddisfazione verso la propria vita e il funzionamento globale delle persone transgender (de Vries *et al.*, 2014). Perciò, considerando la crescente domanda, è essenziale che

⁷⁰ RLE (Real-Life Experience): la esperienza di vita reale è una condizione richiesta alle persone transgender che intendono sottoporsi all'intervento genitale affermativo di genere. l'individuo deve vivere per almeno un anno a tempo pieno nel genere esperito. In fase di accompagnamento psicologico, la RLE serve per preparare il cliente all'irreversibilità dell'intervento e sviluppare delle valide strategie di coping per affrontare le sfide psicosociali. Per lo psicologo, la RLE è uno strumento per valutare non soltanto il livello di aggiustamento sociale del cliente nel nuovo genere, ma anche eventuali problemi di salute mentale che potrebbero emergere a causa del contatto diretto con situazioni stigmatizzanti (e.g. ansia, depressione, transfobia interiorizzata, ecc.) (Bockting, 2008)

il professionista della salute mentale cerchi di formarsi in materia di transgenderismo per evitare di arrecare danni ai giovani pazienti e le loro famiglie.

4.5.3 - La formazione del personale sanitario all'accoglienza di pazienti TGNC

Il cambio della terminologia presente nel ICD-11 e nel DSM5-TR riguardo l'incongruenza di genere e le nuove determinazioni dell'OMS in materia costituiscono un primo passo storico nell'inizio del percorso verso la depatologizzazione della condizione transgender. Tuttavia, per ora dobbiamo fare i conti con un livello di pregiudizio e disinformazione ancora molto presente tra il personale medico e sanitario che, come grande parte della popolazione generale, potrebbe giudicare le persone trans come devianti e patologiche (Dean et al., 2000). Oltre il *bias* della discriminazione, la barriera più grande della presa in carico delle persona transgender è la mancanza di conoscenza adeguata in materia. Come risultato gli utenti e le loro famiglie si trovano tante volte ad educare gli operatori sulla tematica transgender (Bockting et al., 1998).

Molte persone trans a causa del trattamento discriminatorio non soltanto di fare degli screening preventivi, ma possono persino ricorrere all'autosomministrazione di ormoni *cross-gender* e delle pratiche illegali come le iniezioni di silicone nel mercato nero (Winter & Doussantousse, 2009). Tali pratiche, nell'immediatezza poco costose, possono comportare un costo ingente per il SSN e l'individuo, poiché non raramente esse possono arrecare dei danni alla salute e mettere a rischio la vita di queste persone. Pertanto, formare il personale sanitario all'accoglienza dei pazienti TGNC è un tema di salute pubblica.

Nell'accoglienza di persone TGNC, il corretto utilizzo dei pronomi di elezione è il primo punto al quale fare attenzione ed il più importante, perché va a condizionare la qualità del rapporto che va a instaurarsi durante la prestazione del servizio. Un linguaggio inclusivo e il rispetto per i pronomi del cliente sono un punto centrale nella formazione. Nell'adattare il proprio linguaggio ai fini di includere i pronomi di elezione del cliente transgender, i professionisti dimostrano riconoscenza e rispetto. Sebbene per molti possa risultare difficile stravolgere il linguaggio per includervi pronomi neutrali come, ad esempio, nei casi di pazienti *no-binary*, l'utente TGNC si sentirebbe validato nell'espressione della propria identità e quindi

rispettato per quello che è. Le ripercussioni positive di tale pratica andrebbero a creare un ambiente più inclusivo per tutti e più supportivo verso le persone trans bisognose di cure.

Una ulteriore conseguenza di un contesto sanitario poco inclusivo ha luogo nelle situazioni in cui le persone trans si vedono obbligate a rivelare il loro stato nel corso delle prestazioni mediche. Se la direzione della struttura sanitaria prendesse in considerazione piccoli accorgimenti potrebbe evitare di esporre l'utenza TGNC a questo ulteriore trauma (ad esempio, includendo nei moduli di accesso l'opzione "transgender" o "altro"). In un sondaggio realizzato negli USA da NTDS⁷¹ (*National Transgender Discrimination Survey*) per valutare le impressioni della popolazione transgender nell'accesso alle cure sanitarie, il 28% sono state vittime di violenza in contesto medico, il 19% hanno avuto l'accesso alle cure negati e il 2% sono state vittime di violenza in fase di consultazione (Grant *et al.*, 2011). Un altro studio realizzato negli USA da Reisner e collaboratori (2015) riporta che a causa della discriminazione circa il 24% delle persone trans presenti nei campioni rimandavano delle cure mediche di routine con subseguente conseguenze avverse per la salute delle persone facenti parte di questo gruppo minoritario

La tempistica nella transizione medicalizzata è direttamente legata ai buoni risultati e buona qualità della vita post-chirurgia, per questo motivo è di primordiale importanza eliminare cause strutturali che impediscano l'accesso dei pazienti ai servizi basici di salute. In uno studio longitudinale pubblicato dall'*Amsterdam Gender Clinic*, viene dimostrato che pazienti transgender trattati in giovane età hanno avuto un ottimo livello di *passing* in età adulta. Tale risultato permette di ridurre il livello di stigma sperimentato in età adulta e migliorare l'aggiustamento sociale dell'individuo. Perciò, l'età in cui l'individuo inizia il percorso è cruciale per ottenere risultati ottimali (Cohen-kettenis & Van goozen, 1997).

Il blocco dell'accesso al percorso di transizione medicalizzata a causa della mancata preparazione degli operatori sanitari è un problema che porta delle cattive conseguenze sia per l'individuo che il Servizio Pubblico di Sanità. Considerato il fatto che più tardi si affronta il percorso di transizione, più interventi correttivi saranno necessari per riportare la persona alla presentazione di genere desiderata, tante volte senza ottenere gli stessi risultati rispetto ad una

⁷¹ NTDS (National Transgender Discrimination Survey) è uno studio realizzato negli USA su base nazionale dal National Center for Transgender Equality e dal National Gay and Lesbian Task Force. Le due organizzazioni sono impegnate nella promozione della giustizia sociale e nel combattere ogni forma di violenza e discriminazione basate su orientamento sessuale o identità di genere attraverso il lavoro di advocacy e formazione. Attraverso l'empowerment delle persone trans e educazione di persone alleate hanno come obiettivo influenzare i policy makers e costruire una società più equa, sicura e inclusiva per tutti.

transizione fatta in giovane età, dato che alcuni aspetti come altezza e struttura ossea non sono alterabili.

Un problema non trascurabile è l'accesso ai servizi igienici nelle strutture ospedaliere. In un sondaggio realizzato negli USA, il 70% delle persone trans avevano subito degli atti discriminatori basati sul genere, aggressioni verbali e divieto d'accesso a bagni pubblici. Questa tematica solleva sovente accesi dibattiti nell'opinione pubblica, soprattutto quando i soggetti transgender sono visibilmente non conformi. Tuttavia, la struttura ospedaliera dovrebbe trovarsi preparata ad offrire delle soluzioni viabili per gli utenti TGNC, poiché negare l'accesso agli spazi di dominio pubblico porterebbe delle conseguenze avverse per la salute mentale di queste persone (Herman, 2013).

Nonostante la popolazione transgender abbia delle necessità speciali che domandano un training specifico, essa ha anche delle necessità comuni alla popolazione generale. Le malattie non monitorate dagli screening di routine possono aumentare i tassi di mortalità delle persone TGNC. Si fa necessario che le persone transgender e altri gruppi minoritari siano coinvolti in un lavoro per ripensare le lacune negli spazi e nei servizi di salute. L'educazione degli operatori serve al proposito di garantire standards di cura rispettosi della dignità delle persone trans e prevenire lo stigma agito da parte del personale ospedaliero (Reisner, Hugto, et al., 2015).

4.5.4 – Combattere lo stigma a livello strutturale

Nonostante le recenti conquiste a livello legislativo per quanto riguarda l'accesso a delle cure affermative di genere tramite la Sanità Pubblica, la popolazione transgender è ancora vittima di marginalizzazione sistematica ed è esposta ad una serie di fattori di rischio di ordine sociale. Queste persone sono esposte a svariate esperienze di aggressioni e insicurezza nei loro luoghi di vita. Tuttavia, invece di beneficiare di misure protettive da parte dei legislatori, si assiste a una tendenza inversa. Citiamo l'esempio degli USA, dove pullulano nuove leggi anti-trans che hanno come obiettivo vietare alle persone trans l'accesso agli spazi pubblici genderizzati, e al personale medico di praticare cure mediche affermative sui minori (*Barbee et al.*, 2022)

Per mettere una fine alla deumanizzazione delle persone transgender e garantire loro i diritti umani alla pari degli altri cittadini, bisognerebbe analizzare criticamente il modo in cui

le decisioni per regolare i corpi delle persone trans vengono prese (Dewey, 2015). Il sapere medico e psicologico storicamente ha analizzato le persone trans come oggetto di studio sotto le lenti della deviazione dall'eteronormatività. Finché le persone trans non avranno rispettate la loro legittimità e nel loro senso di agency, i concetti di inclusività e uguaglianza non saranno che una utopia.

A livello Europeo, la Spagna con la *Ley Trans* resta un esempio di pratica a livello sistemico per combattere lo stigma strutturale. Approvata in Spagna nell'aprile del 2023⁷², la *Ley Trans* ha fatto dei passi all'avanguardia per il riconoscimento del principio di autodeterminazione. Dall'approvazione della legge, non è più necessario accedere a delle cure mediche o trattamento ormonale cross-gender per ottenere il permesso al cambio di sesso e nome all'anagrafe. Per quando riguarda la transizione medica dai 14 ai 16 anni basta l'autorizzazione dei genitori e in caso negativo, di un mediatore giudiziario. L'approvazione di un giudice è necessaria soltanto per le transizioni medicalizzate di genere dai 12 ai 14 anni. Al di sotto dei 12 anni i bambini possono cambiare il nome nei documenti ma non il loro sesso. A partire dai 16 anni tutte le cure mediche affermative di genere sono completamente gratuite e senza obbligo di presentare una diagnosi di disforia di genere.

L'obiettivo del governo spagnolo è di garantire pari diritti a tutte le persone LGBTI e rimuovere gli ostacoli che impediscono a queste persone di esercitare pienamente la loro cittadinanza, considerando l'uguaglianza e la non discriminazione come diritto umano fondamentale nel loro ordinamento giuridico. Tale legge parte dal principio di depatologizzazione e dal presupposto che le cure per l'affermazione di genere fanno parte degli interventi riguardanti la salute sessuale. Questo è in linea con quanto determinato dagli articoli 2 e 3 del trattato dell'UE riguardo alla non discriminazione come uno dei principali valori comunitari.

L'esempio della Spagna dovrebbe essere seguito da tutte le società e dai legislatori dei vari paesi come tutela del diritto all'autodeterminazione delle persone transgender, diritto questo facente parte dei principi di Yogyakarta⁷³, secondo i quali una persona dovrebbe sentirsi libera di autodichiararsi senza nessuna precondizione.

⁷²Fonte: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2023-5366> (consultato il 10/08/2024)

⁷³ I Principi di Yogyakarta nascono nel 2006 in Indonesia dove un gruppo internazionale di esperti in diritti umani hanno delineato standards legali internazionali che i vari Stati dovrebbero rispettare per garantire l'uguaglianza in termini di dignità e un futuro dove tutte le persone potessero essere libere di essere sé stesse senza essere discriminate o subire delle violazioni dei diritti umani basilari a causa della loro identità di genere, presentazione di genere o orientamento sessuale.

Conclusioni

Come si è potuto apprezzare da questa rassegna della letteratura, l'identità di genere è un costrutto multidimensionale che condiziona fortemente tutti gli aspetti della vita dell'individuo e il suo modo di esprimersi nel mondo. Come fattore fondamentale dell'identità nucleare, il genere è un fattore di primordiale importanza poiché è il veicolo attraverso il quale l'individuo afferma sé stesso (Egan & Perry, 2001). Nel caso delle persone transgender e *gender non-conforming*, si verifica una incongruenza tra il loro genere esperito e i caratteri biologici, e ciò pone tali soggetti davanti a un'impasse fondamentale nella realizzazione di sé stessi, sin dalla tenera età, sotto molteplici punti di vista (Zucker, 1992).

Nel primo capitolo si è visto come nasce il paradigma dell'identità di genere e la sua evoluzione teorica nel corso degli anni, nonché la forma in cui l'identità di genere evolve nelle varie fasi dello sviluppo di bambini cisgender e transgender. Mettendo a confronto queste due realtà si arriva alla conclusione che i bambini, siano transgender o cisgender, si comportano in modo coerente rispetto alla loro identità di genere nucleare. Perciò, le loro scelte genderizzate dei giochi e giocattoli, dei colori e dell'abbigliamento, piuttosto che influenzare la costruzione della loro identità di genere, sono uno strumento per la conferma e l'espressione di essa (Gülgöz *et al.*, 2019). I dati emersi dalle più recenti ricerche scientifiche con l'utilizzo del fMRI confermano l'ipotesi dell'esistenza di componenti innate a livello del sistema limbico che determinano il genere e i comportamenti sessuati negli individui. Tali studi forniscono le evidenze di un cervello transgender e spiegano con basi biologiche le sofferenze psicologiche legate alla disforia di genere (Garcia-Falgueras & Swaab, 2008; Zhou *et al.*, 1995).

A livello della presa in carico a livello psicologico, si sono potuti valutare i tre principali approcci all'incongruenza di genere in età infantile e valutarne l'applicabilità di ciascun modello tenendo in vista i principi del "*Primum non nocere*" e del benessere psicofisico del minore (Hidalgo *et al.*, 2013).

- Come primo approccio abbiamo visto la differenza tra il modello di presa in carico che si basa sul tentativo di avvicinare il bambino a delle attività corrispondenti al sesso assegnato alla nascita e le terapie di conversione di genere o terapie riparative. Quest'ultime sono tristemente conosciute come primo approccio utilizzato nelle scienze psicologiche per trattare i casi

considerati devianti dal modello cis-etero-normativo, ossia tutte le persone LGBTQI+. Tale approccio aveva l'intento di riportare l'orientamento omosessuale o l'identità di genere transgender ad un livello "ottimale" di funzionamento eterosessuale-cisgender. Le evidenze scientifiche hanno dimostrato chiaramente l'inefficacia di questo modello di trattamento poiché, oltre a non rispondere agli obiettivi prefissati, causano dei danni importanti e a volte irreversibili all'autostima e senso di sé delle persone trattate, con delle conseguenze estreme quale il suicidio (Coleman *et al.*, 2022).

- Il secondo modello è un approccio neutrale alla espressione di genere del bambino, a cui viene permesso di esprimere liberamente le sue inclinazioni quanto a giochi e scelte vestimentarie, senza tuttavia intervenire in nessun modo. Tale metodo di esplorazione potrebbe apportare dei risultati positivi con dei bambini *gender-creative* o *gender-fluid*, ma potrebbe risultare frustrante per dei soggetti fortemente convinti riguardo la loro identità di genere e, di conseguenza, con un'accentuata disforia di genere. In tali casi, prostrare inutilmente una fase esplorativa quando il soggetto è già certo della sua identità di genere, vuol dire prolungare le sue sofferenze legate alla disforia di genere e anche esporre i soggetti a delle conseguenze che si porterà dietro per tutta la vita nel caso in cui decisioni tempestive riguardo ai bloccanti della pubertà non vengono prese per tempo. Infatti, gli SOC (Coleman *et al.*, 2022) e il Dutch Model (Hembree *et al.*, 2009) indicano la terapia con i GnRH come un importante ausilio nel percorso di esplorazione di genere; questo intervento medico del tutto reversibile, da una parte, riduce la disforia di genere del paziente riguardo la comparsa di caratteri sessuali secondari, e, dall'altra parte, permette allo psicologo di guadagnare tempo per proseguire il lavoro di esplorazione dell'identità di genere.
- Infine, da quanto si è potuto apprezzare dai più recenti lavori di ricerca sul campo, l'approccio affermativo risulta il più benefico per i pazienti transgender sotto molteplici aspetti. Tale modello basato sulla celebrazione e riconoscimento del genere del minore favorisce la costruzione di una solida autostima, di un forte senso di sé, nonché di una accresciuta capacità di far fronte alle infedeltà dell'ambiente poiché vengono migliorate le strategie di coping del soggetto e la sua resilienza. Diversi studi affermano che individui transgender cresciuti in un ambiente affermativo godono di più sostegno a livello sociale, il che risulta un importante fattore protettivo contro l'isolamento e la depressione.

Le principali interventi reversibili, parzialmente reversibili e irreversibili a livello medico sono state passate brevemente in rassegna alla fine del capitolo, in modo da permettere allo psicologo che lavora in sinergia con il personale medico che possa seguire al meglio i pazienti nelle varie fasi del loro percorso di aggiornamento della loro identità fenotipica.

Dagli argomenti presi in considerazione nei capitoli due, tre e quattro, si è potuto avere una panoramica attuale delle sfide a cui vanno incontro le persone transgender nei tre principali nuclei di socializzazione: famiglia, scuola e società.

La necessità di tenersi aggiornati sui temi legati alla transizione di genere e fare riferimento agli SOC sono una *conditio sine qua non* per il professionista della salute mentale che si affaccia alla presa in carico dei bambini *gender variant* e delle loro famiglie. Diversi studi presi in considerazione confermano il ruolo supportivo della famiglia in quanto importante fattore protettivo per lo sviluppo sano dell'individuo e una buona autostima (Olson *et al.*, 2016). L'accettazione dei genitori rafforza il senso di sé del giovane, che percepisce nei suoi caregivers una solida base di attaccamento (Amodeo *et al.*, 2015). Pertanto, l'intervento sui minori va praticato contemporaneamente al lavoro con la famiglia; un supporto familiare adeguato permette all'individuo di raggiungere un sano sviluppo psicoaffettivo, il che potrebbe prevenire la comparsa di futuri problemi di salute mentale (Rigobello e Gamba, 2016). D'altro canto, i risultati di diverse ricerche dimostrano che individui con uno scarso livello di accettazione familiare sono esposti a sproporzionati fattori di rischio che scatenano molteplici conseguenze negative per il benessere psichico dei soggetti transgender; tra i più noti si riscontrano alti tassi d'ansia, esposizione a malattie sessualmente trasmissibili, consumo di alcol e droghe, depressione, ideazione suicidaria, tentativi di suicidio (Grossman & D'Augelli, 2007).

Nel capitolo tre si è potuto prendere in considerazione l'importanza fondamentale del progettare degli interventi per far sì che la scuola, in quanto istituzione, sia preparata ad accogliere le necessità speciali di questi bambini. Da quel che si è potuto apprezzare, è sovente che sono le famiglie a dover trovare le risorse per educare il personale scolastico e fare *advocacy* per l'uguaglianza di trattamento del giovane *gender variant*.

Nel processo di costruzione di un ambiente scolastico più sicuro per tutti gli studenti, il ruolo dello psicologo scolastico gioca un ruolo fondamentale nel processo di formazione e aggiornamento delle *policy* interne alla scuola, in modo da creare un ambiente *bullying-free* per

bambini transgender e cisgender. Inoltre, la presenza di uno psicologo scolastico permetterebbe ai giovani con varianza di genere di poter avere accesso ad un adulto di riferimento in caso di difficoltà o aggressioni, il che aumenterebbe il loro senso di sicurezza e di appartenenza all'ambiente scuola.

Il ruolo preventivo della formazione sui temi dell'educazione all'affettività e alla diversità può fungere da importante repellente contro il bullismo e cyberbullismo. Con tali iniziative l'istituzione scolastica comunicherebbe a tutti gli studenti che non sono tollerate discriminazioni o aggressioni di nessun genere. La presenza dello psicologo scolastico potrebbe facilitare le attività di dialogo con gli studenti con l'obiettivo di promuovere un reale cambio di prospettiva riguardo la diversità, poiché, come si è potuto verificare, iniziative punitive contro gli aggressori non sono risultate utili in tal senso, mentre la formazione con gli studenti è la via preferenziale per creare un ambiente più inclusivo.

Nel capitolo quattro si è potuto contemplare il ritratto dell'essere transgender come un essere sociale ancora impregnato da anni di stigma frutto di retaggi culturali e di una visione patologizzante delle scienze mediche e psicologiche. Si è visto come il *coming out* sociale porta con sé un cambio di status sociale dell'individuo che, insieme alla condizione transgender, indossa tutte le caratteristiche associate allo stigma anti-trans. Tali etichette sociali precludono le scelte di vita delle persone coinvolte sotto molti aspetti che vanno dall'accesso all'educazione all'accesso alle risorse. Molte persone transgender, in particolare le donne transgender, ancora oggi, sono pesantemente svantaggiate professionalmente ed economicamente a causa della discriminazione basata sul genere. Il rifiuto dal mondo del lavoro da una parte e l'oggettificazione delle donne trans da un'altra, hanno caratterizzato una formula sociale che per anni ha spinto donne transgender alla prostituzione (Grossman & D'augelli, 2006), stereotipo questo, ancora oggi, molto presente e facente parte delle principali paure di genitori di bambini e adolescenti transgender *MtF*.

Il ruolo dello psicologo nel combattere questi stereotipi è di fondamentale importanza, poiché è tramite il lavoro psicoterapico che il paziente e le loro famiglie prendono le distanze dallo stigma e iniziano a svincolarsi consapevolmente dai vincoli culturali deleteri, invece di essere determinati da essi. Tenendo come base il modello del *Minority Stress* adattato alle persone transgender, si è analizzato come lo stigma non venga soltanto da fonti distali, ma anche prossimali. È il caso della transfobia interiorizzata, ossia quando l'individuo transgender ha interiorizzato norme culturali, stigma e stereotipi anti-trans che lo portano a rifiutare aspetti di

sé, da una parte, e ad attaccare e rifiutare altri membri della comunità transgender, dall'altra (Bockting *et al.*, 2020). È fondamentale, per lo psicologo che ha in cura delle persone transgender, tenere conto di questa problematica specifica, poiché risulta particolarmente insidiosa. Essa colpisce vari ambiti della vita dell'individuo, bloccando l'accesso allo sviluppo di sane strategie di coping e a fattori protettivi interni ed esterni.

Infine, si sono messe a confronto le cattive e le buone pratiche da parte del personale sanitario e dei professionisti della salute mentale. Tali professionisti, appartenendo al corpo sociale, non sono liberi dagli stigmi e da visioni preconcepite e quindi, durante la presa in carico di persone trans, possono manifestare dei pregiudizi. Tale problematica potrebbe portare le persone trans a evitare o a seguire solo parzialmente le cure; tale situazione può ridurre l'aspettativa di vita dell'individuo e diventare un grave problema a livello di sanità pubblica.

Lo psicologo potrebbe avere un ruolo significativo non soltanto nel condurre interventi formativi sulla diversità, ma anche nella progettazione di spazi più accoglienti per le persone *gender-diverse*. Tuttavia, come si è potuto verificare dalle ricerche, anche gli psicologi non raramente sono vittime del *bias* anti-trans e/o dalla mancanza di preparazione sulle tematiche LGBTQI+. In un mondo dove cresce la domanda riguardo a tali tematiche, è imprescindibile che i professionisti della salute mentale si tengano aggiornati riguardo le nuove prospettive che portano alla depatologizzazione e all'affermazione del genere.

Gli psicologi con competenze specifiche in tematiche di varianza di genere potrebbero essere un importante veicolo per il cambiamento sociale e lo smantellamento di decenni di stigma anti-trans. Sfruttando il ruolo autorevole basato sul sapere tecnico e scientifico, potrebbe essere una figura fondamentale per l'*advocacy* presso le istituzioni e i *policy maker*.

Le scienze mediche, sociali e psicologiche hanno fatto dei passi molto importanti negli ultimi decenni verso la depatologizzazione delle persone transgender e *gender non-conforming*. Sebbene i cambiamenti culturali siano lenti, il ruolo dello psicologo potrebbe costituire un importante contributo per velocizzare questo processo. Attraverso il sostegno alle famiglie dei bambini transgender, la *mise en place* di un ambiente scolastico più inclusivo e il lavoro di *advocacy* presso i *policy makers* e le istituzioni per garantire uguaglianza di accesso alle risorse per tutti, il professionista della salute mentale può mettere in atto un lavoro a livello sistemico. Assumendo una visione prospettica, tali interventi costituiscono un fattore protettivo per futuri

problemi di salute mentale non soltanto negli individui transgender, ma anche a livello di popolazione generale, dato che si creano le condizioni per un circolo virtuoso di benessere dove vengono rispettate le condizioni essenziali per uno sviluppo sano di tutti gli individui, senza nessuna distinzione.

Appendice 1: terminologia

| | |
|-------------------------------|--|
| Cisgender | Una persona la cui identità di genere corrisponde al sesso assegnato alla nascita. |
| Disforia di genere | Sofferenza psicologica livello fisico o sociale causata dalla condizione di incongruenza di genere. |
| Donna trans | Una persona assegnata maschio alla nascita, ma s'identifica come donna. |
| Espressione di genere | L'individuo esprime il proprio genere attraverso le scelte dell'abbigliamento e altri aspetti legati alla sua presentazione esterna, così come attraverso comportamenti ed interessi. L'espressione di genere viene influenzata dagli stereotipi riguardo al genere. |
| Genere | Costrutto sociale che ingloba tutte le manifestazioni attribuibili al genere, quali comportamenti, atteggiamenti e sentimenti, come manifestazione della natura maschile, femminile o non binaria di ciascuno. |
| Identità di genere | La sensazione interna di appartenenza a un genere piuttosto che a un altro. L'identità di genere risulta un vissuto interno e non necessariamente è visibile agli altri. Le persone possono identificarsi come uomini o donne, tutti e due, o nessuno dei due. |
| Incongruenza di genere | Incongruenza tra l'identità di genere esperita e il sesso assegnato alla nascita. |
| LGBTQIA+ | Lesbiche, Gay, Bisessuali, Transgender, Queer, Intersessuali, Asessuali. Il + indica inoltre tutte quelle identità di genere e orientamenti sessuali non eterosessuali e non binarie che non rientrano nelle lettere dell'acronimo. |
| Male-to-Female (MtF) | Termine utilizzato per designare una persona transgender assegnata maschio alla nascita e che ha effettuato un percorso di transizione verso il genere femminile. |
| No-binary | Identità di genere che non ricadono nelle categorie tipicamente adottate della cultura occidentale, che vede il genere rigidamente diviso tra due distinte polarità (uomo o donna) |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Orientamento sessuale | Concetto che si riferisce all'oggetto sessuale di attrazione dell'individuo e indipendente dall'identità di genere. Possiamo trovare persone transgender eterosessuali, omosessuali, bisessuali, ecc. |
| Ormonoterapia cross-gender | Intervento medico parzialmente reversibile basato sulla somministrazione di ormoni <i>cross-gender</i> . Negli uomini trans (assegnati femmine alla nascita) il testosterone viene usato a fini virilizzanti. Nelle donne trans (assegnate maschi alla nascita) vengono utilizzati antiandrogeni in combinazione con estrogeni. Mentre il testosterone, quale ormone dominante, apporta delle modifiche fenotipiche negli uomini trans, l'estrogeno nelle donne trans non ha il potere di fare retrocedere gli aspetti legati ai caratteri secondari maschili una volta che si è oltrepassato lo stadio 2 di Tanner. |
| Sesso | Termine che designa lo status biologico di un individuo. Si basa su caratteristiche cromosomiche, ormonale, gonadiche e genitali. Ancora oggi il sesso dell'individuo viene assegnato alla nascita basandosi esclusivamente sulle caratteristiche esterne del suo sesso genitale. |
| SRS | <i>Sex Reassignment Surgery</i> (attualmente il termine è stato aggiornato a <i>Gender Affirming Surgery</i>). Si riferisce all'intervento chirurgico praticato sui genitali per la riassegnazione del genere. Nelle donne trans viene praticata la vaginoplastica, mentre negli uomini trans la falloplastica. |
| Stereotipi di genere | Sono le idee presenti in una determinata cultura circa le caratteristiche che maschi e femmine devono avere e in che modo dovrebbero condurre le loro vite e le loro attività. Le persone che non rispondono alle aspettative di tali stereotipi possono essere vittime di ostracismo e rifiuto sociale. |
| Transgender | Termine ombrello per designare tutte quelle persone in cui l'identità di genere non coincide con il sesso assegnato loro alla nascita. |
| Transizione di genere | Termine utilizzato per descrivere il processo di modifiche a livello somatico ai fini di rendere l'apparenza esterna delle persone con incongruenza di genere più consona alla loro identità di genere. La transizione di genere coinvolge molti aspetti esteriori, quali il taglio dei capelli, l'uso di accessori, |

| | |
|---------------------------|--|
| | la scelta dell'abbigliamento, la scelta di nuovi nomi e pronomi, e, infine, l'aggiornamento dei documenti di identità. |
| Uomo trans | Una persona assegnata femmina alla nascita, ma s'identifica come uomo. |
| Varianza di genere | Espressioni di genere che non rispecchiano le norme sociali riguardo al sesso natale. |

Bibliografia

Abuse, S., & Administration, M. H. S. (2015). Ending conversion therapy: Supporting and affirming LGBTQ youth. *HHS Publication No. (SMA)*, 15–4928.

Achille, C., Taggart, T., Eaton, N. R., Osipoff, J., Tafuri, K., Lane, A., & Wilson, T. A. (2020). Longitudinal impact of gender-affirming endocrine intervention on the mental health and well-being of transgender youths: Preliminary results. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, (1), 8.

Acosta, W., Qayyum, Z., Turban, J. L., & van Schalkwyk, G. I. (2019). Identify, Engage, Understand: Supporting Transgender Youth in an Inpatient Psychiatric Hospital. *The Psychiatric quarterly*, 90(3), 601–612.

Adelson, S. L. (2012). Practice Parameter on Gay, Lesbian, or Bisexual Sexual Orientation, Gender Nonconformity, and Gender Discordance in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(9), 957–974.

Aitken, M., VanderLaan, D. P., Wasserman, L., Stojanovski, S., & Zucker, K. J. (2016). Self-Harm and Suicidality in Children Referred for Gender Dysphoria. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(6), 513–520.

Alegria, C. A. (2011). Transgender identity and health care: Implications for psychosocial and physical evaluation. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 23(4), 175.

Alfieri, T., Ruble, D. N., & Higgins, E. T. (1996). Gender stereotypes during adolescence: Developmental changes and the transition to junior high school. *Developmental Psychology*, 32(6), 1129–1137.

Allport, G. W. (1954). *The Nature of Prejudice*. Addison-Wesley Publishing Company.

Almeida, J., Johnson, R. M., Corliss, H. L., Molnar, B. E., & Azrael, D. (2009). Emotional Distress Among LGBT Youth: The Influence of Perceived Discrimination Based on Sexual Orientation. *Journal of youth and adolescence*, 38(7), 1001–1014.

Al-tamimi, M., Pigot, G., Elfering, L., Ozer, M., deHaseh, K., Grift, T., Mullender, M., & Bouman, M.-B. (2020). Genital Gender-Affirming Surgery in Transgender Men in The Netherlands from 1989 to 2018: The Evolution of Surgical Care. *Plastic & Reconstructive Surgery*, 145, 153e–161e.

Altinay, M., & Anand, A. (2020). Neuroimaging gender dysphoria: A novel psychobiological model. *Brain Imaging and Behavior*, 14.

American Psychological Association. (1992). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American psychologist*, 47(12), 1597-1611.

American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American psychological association*. American Psychological Association.

Amodeo, A. L., Vitelli, R., Scandurra, C., Picariello, S., & Valerio, P. (2015). Adult Attachment and Transgender Identity in the Italian Context: Clinical Implications and Suggestions for Further Research. *The international journal of transgenderism*, 16(1), 49–61.

Anderson, A. D., Irwin, J. A., Brown, A. M., & Grala, C. L. (2020). “Your Picture Looks the Same as My Picture”: An Examination of Passing in Transgender Communities. *Gender Issues*, 37(1), 44–60.

Andrzejewski, J., Pampati, S., Steiner, R. J., Boyce, L., & Johns, M. M. (2021). Perspectives of Transgender Youth on Parental Support: Qualitative Findings From the Resilience and Transgender Youth Study. *Health Education & Behavior*, 48(1), 74–81.

Anzani, A., De Panfilis, C., Scandurra, C., & Prunas, A. (2020c). Personality Disorders and Personality Profiles in a Sample of Transgender Individuals Requesting Gender-Affirming Treatments. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1521.

Arenas, A., Gunckel, K. L., & Smith, W. L. (2016). 7 Reasons for Accommodating Transgender Students at School. *Phi Delta Kappan*, 98(1), 20–24.

Ashley, F. (2019). Puberty Blockers Are Necessary, but They Don't Prevent Homelessness: Caring for Transgender Youth by Supporting Unsupportive Parents. *The American Journal of Bioethics*, 19(2), 87–89.

Ashley, F. (2019). Thinking an ethics of gender exploration: Against delaying transition for transgender and gender creative youth. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 24(2), 223–236.

Ashley, F. (2020). Homophobia, conversion therapy, and care models for trans youth: Defending the gender-affirmative approach. *Journal of LGBT Youth*, 17(4), 361–383.

Ashley, F. (2023). Interrogating gender-exploratory therapy. *Perspectives on Psychological Science*, 18(2), 472-481.

Austin, A. (2018). Transgender and Gender Diverse Children: Considerations for Affirmative Social Work Practice. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 35.

Austin, A., & Craig, S. L. (2015). Transgender affirmative cognitive behavioral therapy: Clinical considerations and applications. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(1), 21–29.

Austin, A., Craig, S. L., & Alessi, E. J. (2017). Affirmative Cognitive Behavior Therapy with Transgender and Gender Nonconforming Adults. *The Psychiatric Clinics of North America*, 40(1), 141–156.

Austin, A., Craig, S. L., & D'Souza, S. A. (2018). An Affirmative cognitive behavioral intervention for transgender youth: Preliminary effectiveness. *Professional Psychology: Research and Practice*, 49(1), 1–8.

Azul, D., Hancock, A. B., Lundberg, T., Nygren, U., & Dhejne, C. (2022). Supporting Well-Being in Gender-Diverse People: A Tutorial for Implementing Conceptual and Practical Shifts

Toward Culturally Responsive, Person-Centered Care in Speech-Language Pathology. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 31(4), 1574–1587.

Bailey, J. M., & Zucker, K. J. (1995). Childhood sex-typed behavior and sexual orientation: A conceptual analysis and quantitative review. *Developmental Psychology*, 31(1), 43–55.

Barbee, H., Deal, C., & Gonzales, G. (2022). Anti-Transgender Legislation—A Public Health Concern for Transgender Youth. *JAMA pediatrics*, 176(2), 125–126.

Bauermeister, J., Choi, S. K., Bruehlman-Senecal, E., Golinkoff, J., Taboada, A., Lavra, J., Ramazzini, L., Dillon, F., & Haritatos, J. (2022). An identity-affirming web application to help sexual and gender minority youth cope with minority stress: Pilot randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 24(8), e39094.

Becker-Hebly, I., Fahrenkrug, S., Campion, F., Richter-Appelt, H., Schulte-Markwort, M., & Barkmann, C. (2021). Psychosocial health in adolescents and young adults with gender dysphoria before and after gender-affirming medical interventions: A descriptive study from the Hamburg Gender Identity Service. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 30.

Bellini, C. (2012). The Pink Lesson Plan: Addressing the Emotional Needs of Gay and Lesbian Students in Canadian Teacher Education Programs. *Journal of LGBT Youth*, 9(4), 373–396.

Benjamin, H. (1967). *The transsexual phenomenon*. Transactions of the New York Academy of Sciences, 29(4), 428–430.

Benjamin, H. (1971). Should Surgery Be Performed on Transsexuals? *American Journal of Psychotherapy*, 25(1), 74–82.

Berndt, T. J. (1982). The Features and Effects of Friendship in Early Adolescence. *Child Development*, 53(6), 1447–1460.

Bess, J., & Stabb, S. (2009). The Experiences of Transgendered Persons in Psychotherapy: Voices and Recommendations. *Journal of Mental Health Counseling*, 31(3), 264–282.

Bieschke, K. J., Perez, R. M., & DeBord, K. A. (Eds.). (2007). *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients* (2nd ed.). American Psychological Association

Biggs, M. (2019). The Tavistock's experiment with puberty blockers. *Retrieved March, 18, 2020.*

Biggs, M. (2020). Gender Dysphoria and Psychological Functioning in Adolescents Treated with GnRHa: Comparing Dutch and English Prospective Studies. *Archives of Sexual Behavior*, 49(7), 2231–2236.

Biggs, M. (2021). Revisiting the effect of GnRH analogue treatment on bone mineral density in young adolescents with gender dysphoria. *Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism: JPEM*, 34(7), 937–939.

Biggs, M. (2023). The Dutch protocol for juvenile transsexuals: Origins and evidence. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 49(4), 348–368.

Bigler, R. S., & Liben, L. S. (2007). Developmental intergroup theory: Explaining and reducing children's social stereotyping and prejudice. *Current Directions in Psychological Science*, 16(3), 162–166.

Bizic, M., Kojovic, V., Duišin, D., Stanojevic, D., Vujovic, S., Milosevic, A., Korac, G., & Djordjevic, M. (2014). An Overview of Neovaginal Reconstruction Options in Male to Female Transsexuals. *The Scientific World Journal*, 2014, 638919.

Bochenek, M., & Brown, A. W. (2001). *Hatred in the hallways: Violence and discrimination against lesbian, gay, bisexual, and transgender students in US schools*. Human Rights Watch..

Bockting, W., Knudson, G., & Goldberg, J. (2006). Counseling and Mental Health Care for Transgender Adults and Loved Ones. *International Journal of Transgenderism*, 9, 35–82.

Bockting, W. O. (2008). Psychotherapy and the real-life experience: From gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies*, 17(4), 211–224.

Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne Romine, R. E., Dolezal, C., Robinson, B. “Bean” E., Rosser, B. R. S., & Coleman, E. (2020). The Transgender Identity Survey: A Measure of Internalized Transphobia. *LGBT Health*, 7(1), 15–27.

Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne Romine, R. E., Hamilton, A., & Coleman, E. (2013a). Stigma, Mental Health, and Resilience in an Online Sample of the US Transgender Population. *American Journal of Public Health*, 103(5), 943–951.

Bockting, W. O., Robinson, B. E., & Rosser, B. R. S. (1998). Transgender HIV prevention: A qualitative needs assessment. *AIDS Care*, 10(4), 505–525.

Boss, P. (1972). Psychological Absence in the Intact Family: A Systems Approaches to a Study of Fathering. *Marriage & Family Review*.

Bouris, A., Guilamo-Ramos, V., Pickard, A., Shiu, C., Loosier, P. S., Dittus, P., Gloppen, K., & Michael Waldmiller, J. (2010). A Systematic Review of Parental Influences on the Health and Well-Being of Lesbian, Gay, and Bisexual Youth: Time for a New Public Health Research and Practice Agenda. *The Journal of Primary Prevention*, 31(5), 273–309.

Bowman, C., & Goldberg, J. (2006). Care of the Patient Undergoing Sex Reassignment Surgery. *International Journal of Transgenderism*, 9, 135–165.

Boylan, J. F. (2014). *Trans Bodies, Trans Selves: A Resource for the Transgender Community*. Oxford University Press, USA.

Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (1990). Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 35(6), 477–486.

Brik, T., Vrouenraets, L. J. J. J., de Vries, M. C., & Hannema, S. E. (2020). Trajectories of Adolescents Treated with Gonadotropin-Releasing Hormone Analogues for Gender Dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, 49(7), 2611–2618.

Brill, S. A., & Pepper, R. (2008). *The transgender child: A handbook for families and professionals*. Cleis Press.

Brill, S., & Pepper, R. (2022). *The Transgender Child: A Handbook for Parents and Professionals Supporting Transgender and Nonbinary Children*. Cleis Press.

Brody, H., & Clark, M. (2014). Narrative ethics: a narrative. *Hastings Center Report*, 44(s1), S7-S11.

Brumbaugh-Johnson, S. M., & Hull, K. E. (2019). Coming Out as Transgender: Navigating the Social Implications of a Transgender Identity. *Journal of Homosexuality*, 66(8), 1148–1177.

Budge, S. L., Adelson, J. L., & Howard, K. A. S. (2013). Anxiety and depression in transgender individuals: The roles of transition status, loss, social support, and coping. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(3), 545–557.

Burnes, T. R., Singh, A. A., Harper, A. J., Harper, B., Maxon-Kann, W., Pickering, D. L., Moundas, S., Scofield, T. R., Roan, A., & Hosea, J. (2010). American Counseling Association: Competencies for counseling with transgender clients. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 4(3–4), 135–159.

Burton, C. L., Hatzenbuehler, M. L., & Bonanno, G. A. (2014). Familial Social Support Predicts a Reduced Cortisol Response to Stress in Sexual Minority Young Adults. *Psychoneuroendocrinology*, 47, 241–245.

Burton, C. M., Marshal, M. P., & Chisolm, D. J. (2014). School Absenteeism and Mental Health among Sexual Minority Youth and Heterosexual Youth. *Journal of school psychology*, 52(1), 37–47.

Bussey, K., & Bandura, A. (1999). Social cognitive theory of gender development and differentiation. *Psychological Review*, 106(4), 676–713.

Butler, G., Graaf, N. D., Wren, B., & Carmichael, P. (2018). Assessment and support of children and adolescents with gender dysphoria. *Archives of Disease in Childhood*, 103(7), 631–636.

Byne, W., Bradley, S. J., Coleman, E., Eyler, A. E., Green, R., Menvielle, E. J., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Pleak, R. R., & Tompkins, D. A. (2012a). Report of the American Psychiatric Association Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 41(4), 759–796.

Cantner, C. E. (2012). *Loving beyond gender: Family experiences of transgender loved ones*. Long Island University, CW Post Center.

Carmichael, P., Butler, G., Masic, U., Cole, T. J., De Stavola, B. L., Davidson, S., Skageberg, E. M., Khadr, S., & Viner, R. M. (2021). Short-term outcomes of pubertal suppression in a selected cohort of 12 to 15 year old young people with persistent gender dysphoria in the UK. *PLoS ONE*, 16(2), e0243894.

Carver, P. R., Yunger, J. L., & Perry, D. G. (2003). Gender Identity and Adjustment in Middle Childhood. *Sex Roles*, 49(3), 95–109.

Case, L. K., Brang, D., Landazuri, R., Viswanathan, P., & Ramachandran, V. S. (2017). Altered White Matter and Sensory Response to Bodily Sensation in Female-to-Male Transgender Individuals. *Archives of Sexual Behavior*, 46(5), 1223–1237.

Di Ceglie, D. (2003). *Straniero nel mio corpo. Sviluppo atipico nell'identità di genere e salute*. FrancoAngeli.

Chen, D., Abrams, M., Clark, L., Ehrensaft, D., Tishelman, A. C., Chan, Y.-M., Garofalo, R., Olson-Kennedy, J., Rosenthal, S. M., & Hidalgo, M. A. (2021a). Psychosocial Characteristics of Transgender Youth Seeking Gender-Affirming Medical Treatment: Baseline Findings from the TYC Study. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 68(6), 1104–1111.

Chesir-Teran, D. (2003a). Conceptualizing and assessing heterosexism in high schools: A setting-level approach. *American Journal of Community Psychology*, 31(3–4), 267–279.

Chess, S., & Hertzog, M. E. (Eds.). (1990). *Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development, 1990*. Psychology Press.

Coates, S., & Person, E. S. (1985). Extreme boyhood femininity: Isolated behavior or pervasive disorder? *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24(6), 702–709.

Cohen-Kettenis, P. T., Delemarre-van de Waal, H. A., & Gooren, L. J. G. (2008). The treatment of adolescent transsexuals: Changing insights. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(8), 1892–1897.

Cohen-Kettenis, P. T., & Gooren, L. J. G. (1999). Transsexualism: A review of etiology, diagnosis and treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(4), 315–333.

Cohen-Kettenis, P. T., & Klink, D. (2015). Adolescents with gender dysphoria. Best Practice & Research. *Clinical Endocrinology & Metabolism*, 29(3), 485–495.

Cohen-Kettenis, P. T., Owen, A., Kaijser, V. G., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2003). Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(1), 41–53.

Cohen-Kettenis, P. T., Schagen, S. E. E., Steensma, T. D., de Vries, A. L. C., & Delemarre-van de Waal, H. A. (2011). Puberty Suppression in a Gender-Dysphoric Adolescent: A 22-Year Follow-Up. *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 843–847.

Cohen-Kettenis, P. T., & van Goozen, S. H. (1998). Pubertal delay as an aid in diagnosis and treatment of a transsexual adolescent. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7(4), 246–248.

Cohen-kettenis, P. T., & Van goozen, S. H. M. (1997). Sex Reassignment of Adolescent Transsexuals: A Follow-up Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(2), 263–271.

Cohen-Kettenis, P. T., & van Goozen, S. H. M. (2002). Adolescents who are Eligible for Sex Reassignment Surgery: Parental Reports of Emotional and Behavioural Problems. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(3), 412–422.

Colapinto, J. (2000). *As nature made him: The boy who was raised as a girl*. HarperCollins Publishers.

Coleman, E., Radix, A., Bouman, W., Brown, G., Vries, A., Deutsch, M., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A., Johnson, T., Karasic, D., Knudson, G., Leibowitz, S., Meyer-Bahlburg, H., Monstrey, S., Motmans, J., Nahata, L., & Arcelus, J. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23, S1–S259.

Colizzi, M., Costa, R., & Todarello, O. (2014). Transsexual patients' psychiatric comorbidity and positive effect of cross-sex hormonal treatment on mental health: Results from a longitudinal study. *Psychoneuroendocrinology*, 39, 65–73.

Colizzi, M., Costa, R., & Todarello, O. (2015). Dissociative symptoms in individuals with gender dysphoria: Is the elevated prevalence real? *Psychiatry Research*, 226(1), 173–180.

Collazo, A., Austin, A., & Craig, S. (2013). Facilitating Transition Among Transgender Clients: Components of Effective Clinical Practice. *Clinical Social Work Journal*, 41.

Collier, K. L., Bos, H. M. W., & Sandfort, T. G. M. (2015). Understanding teachers' responses to enactments of sexual and gender stigma at school. *Teaching and Teacher Education*, 48, 34–43.

Connell, R. W. (1987). *Gender and Power*. Stanford University Press.

Connor, J. J., & Rueter, M. A. (2006). Parent-child relationships as systems of support or risk for adolescent suicidality. *Journal of Family Psychology*, 20(1), 143–155.

Coolhart, D., Baker, A., Farmer, S., Malaney, M., & Shipman, D. (2013). Therapy with Transsexual Youth and Their Families: A Clinical Tool for Assessing Youth's Readiness for Gender Transition. *Journal of Marital and Family Therapy*, 39.

Coolhart, D., Ritenour, K., & Grodzinski, A. (2018). Experiences of Ambiguous Loss for Parents of Transgender Male Youth: A Phenomenological Exploration. *Contemporary Family Therapy*, 40, 1–14.

Costa, R., & Colizzi, M. (2016). The effect of cross-sex hormonal treatment on gender dysphoria individuals' mental health: A systematic review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 1953–1966.

Cox, S., & Gallois, C. (1996). Gay and Lesbian Identity Development: A Social Identity Perspective. *Journal of Homosexuality*, 30(4), 1–30.

Craig, S., Dentato, M., Messinger, L., & McInroy, L. (2016). Educational Determinants of Readiness to Practice with LGBTQ Clients: Social Work Students Speak Out. *British Journal of Social Work*, 46.

Craig, S. L., Leung, V. W. Y., Pascoe, R., Pang, N., Iacono, G., Austin, A., & Dillon, F. (2021). AFFIRM Online: Utilising an Affirmative Cognitive–Behavioural Digital Intervention to Improve Mental Health, Access, and Engagement among LGBTQA+ Youth and Young Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1541.

Crapanzano, A., Carpiello, B., & Pinna, F. (2021). Approccio alla persona con disforia di genere: Dal modello psichiatrico italiano al modello emergente basato sul consenso informato. *Rivista di Psichiatria*, 56(2), 120–128.

Crapanzano, A., & Mixon, L. (2022). The state of affirmative mental health care for Transgender and Gender Non-Confirming people: An analysis of current research, debates, and standards of care. *Rivista di Psichiatria*, 57(1), 44–54.

Day, J. K., Perez-Brumer, A., & Russell, S. T. (2018). Safe Schools? Transgender Youth's School Experiences and Perceptions of School Climate. *Journal of youth and adolescence*, 47(8), 1731–1742.

De Cuypere, G., Knudson, G., & Bockting, W. (2010). Response of the World Professional Association for Transgender Health to the proposed DSM 5 criteria for gender incongruence. *International Journal of Transgenderism*, 12(2), 119–123.

de Graaf, N. M., Steensma, T. D., Carmichael, P., VanderLaan, D. P., Aitken, M., Cohen-Kettenis, P. T., ... & Zucker, K. J. (2022). Suicidality in clinic-referred transgender adolescents. *European child & adolescent psychiatry*, 1-17.

de Vries, A. L. C., McGuire, J. K., Steensma, T. D., Wagenaar, E. C. F., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*, 134(4), 696–704.

de Vries, A. L. C., Noens, I. L. J., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A., & Doreleijers, T. A. (2010). Autism Spectrum Disorders in Gender Dysphoric Children and Adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(8), 930–936.

de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Puberty Suppression in Adolescents With Gender Identity Disorder: A Prospective Follow-Up Study. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(8), 2276–2283

Dean, L., Med, Meyer, I., Robinson, K., Sell, R., Scd, Sember, R., Silenzio, V., Bowen, D., Bradford, J., Rothblum, E., White, J., Dunn, P., Lawrence, A., Wolfe, D., Xavier, J., To, W., Carter, D., Pittman, J., & Tierney, R. (2000). Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health: Findings and Concerns. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 4.

Delemarre-van de Waal, H. A. (2002). Regulation of puberty. *Best practice & research Clinical endocrinology & metabolism*, 16(1), 1-12.

Delemarre-van De Waal, H. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology*, 155(suppl_1), S131–S137.

Deogracias, J. J., Johnson, L. L., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Kessler, S. J., Schober, J. M., & Zucker, K. J. (2007). The Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents and Adults. *The Journal of Sex Research*, 44(4), 370–379.

Dessel, A., Espinoza-Kulick, A., Wernick, L., & Sullivan, D. (2017). The importance of teacher support: Differential impacts by gender and sexuality. *Journal of Adolescence*, 56, 136–144.

Devor, A. (2004). Witnessing and mirroring: A fourteen stage model of transsexual identity formation. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 8(1), 41–67.

Dewey, J. M. (2015). Challenges of implementing collaborative models of decision making with trans-identified patients. *Health Expectations*, 18(5), 1508–1518.

Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L. V., Långström, N., & Landén, M. (2011). Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden. *PLoS ONE*, 6(2), e16885.

Dhejne, C., Van Vlerken, R., Heylens, G., & Arcelus, J. (2018). Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *Gender Dysphoria and Gender Incongruence*, 56-69.

Dierckx, M., Motmans, J., Mortelmans, D., & T'sjoen, G. (2016). Families in transition: A literature review. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 36–43.

Dragowski, E. A., McCabe, P. C., & Rubinson, F. (2016). Educators' Reports on Incidence of Harassment and Advocacy Toward LGBTQ Students. *Psychology in the Schools*, 53(2), 127–142.

Drescher, J., & Byne, W. (2014). Introduction: The treatment of gender dysphoric/gender variant children and adolescents. *Treating Transgender Children and Adolescents*, 1-6.

Drummond, K., Bradley, S., Peterson-Badali, M., & Zucker, K. (2008). A Follow-Up Study of Girls With Gender Identity Disorder. *Developmental psychology*, 44, 34–45.

Durwood, L., McLaughlin, K. A., & Olson, K. R. (2017). Mental Health and Self-Worth in Socially Transitioned Transgender Youth. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(2), 116-123.e2.

Eagly, A., & Steffen, V. (1984). Gender Stereotypes Stem from the Distribution of Women and Men in Social Roles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 735–754.

Egan, S., & Perry, D. (2001). Gender Identity: A Multidimensional Analysis With Implications for Psychosocial Adjustment. *Developmental psychology*, 37, 451–463.

Ehrbar, R., & Gorton, R. (2011). Exploring Provider Treatment Models in Interpreting the Standards of Care. *International Journal of Transgenderism*, 12, 198–210.

Ehrensaft, D. (2011). Boys will be girls, girls will be boys: Children affect parents as parents affect children in gender nonconformity. *Psychoanalytic Psychology*, 28(4), 528–548.

Ehrensaft, D. (2011). *Gender born, gender made: Raising healthy gender-nonconforming children*. The Experiment.

Ehrensaft, D. (2014). From gender identity disorder to gender identity creativity: True gender self child therapy. *Treating Transgender Children and Adolescents*, 43-62.

Eisenberg, M. E., & Resnick, M. D. (2006). Suicidality among Gay, Lesbian and Bisexual Youth: The Role of Protective Factors. *Journal of Adolescent Health*, 39(5), 662–668.

Eliason, M. J., & Schope, R. (2007). Shifting sands or solid foundation? Lesbian, gay, bisexual, and transgender identity formation. *The health of sexual minorities: Public health perspectives on lesbian, gay, bisexual and transgender populations*, 3-26..

Ellis, K. M., & Eriksen, K. (2002). Transsexual and Transgenderist Experiences and Treatment Options. *The Family Journal*, 10(3), 289–299.

Emerson, S. (1996). Stages of Adjustment in Family Members of Transgender Individuals. *Journal of Family Psychotherapy*, 7(3), 1–12.

Engel, G. L. (1962). *Psychological development in health and disease*. W. B. Saunders.

Enke, A. F. (2012). The education of little cis. *Transfeminist perspectives in and beyond transgender or gender studies*, 60-77.

Erickson-Schroth, L. (2014). *Trans Bodies, Trans Selves: A Resource for the Transgender Community*. Oxford University Press.

Evelyn, S., Clancy, E. M., Klettke, B., & Tatnell, R. (2022). A Phenomenological Investigation into Cyberbullying as Experienced by People Identifying as Transgender or Gender Diverse. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6560.

Fagot, B. I., & Leinbach, M. D. (1985). Gender identity: Some thoughts on an old concept. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24(6), 684–688.

Falck, F., & Bränström, R. (2023). The significance of structural stigma towards transgender people in health care encounters across Europe: Health care access, gender identity disclosure, and discrimination in health care as a function of national legislation and public attitudes. *BMC Public Health*, 23(1), 1031.

Fitzpatrick, K. K., Euton, S. J., Jones, J. N., & Schmidt, N. B. (2005). Gender role, sexual orientation and suicide risk. *Journal of Affective Disorders*, 87(1), 35–42.

Foucault, M. (1990). *Histoire de la sexualité, vol. 1, La volonté de savoir*. Editions Gallimard.

Freud, S. (1905). *Three Essays on the Theory of Sexuality*. S. E., 7, 125–243.

Friedman, R. (1999). Homosexuality, Psychopathology, and Suicidality. *Archives of general psychiatry*, 56, 887–888.

Fulginiti, A., Rhoades, H., Mamey, M. R., Klemmer, C., Srivastava, A., Weskamp, G., & Goldbach, J. T. (2021). Sexual Minority Stress, Mental Health Symptoms, and Suicidality

among LGBTQ Youth Accessing Crisis Services. *Journal of Youth and Adolescence*, 50(5), 893–905.

Gaetano, P. (2017). David Reimer and John money gender reassignment controversy: The John/Joan case. *Embryo Project Encyclopedia*.

Galupo, M. P., Krum, T. E., Hagen, D. B., Gonzalez, K. A., & Bauerband, L. A. (2014). Disclosure of Transgender Identity and Status in the Context of Friendship. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 8(1), 25–42.

Gamarel, K. E., Reisner, S. L., Laurenceau, J.-P., Nemoto, T., & Operario, D. (2014). Gender minority stress, mental health, and relationship quality: A dyadic investigation of transgender women and their cisgender male partners. *Journal of Family Psychology*, 28(4), 437–447.

Garcia-Falgueras, A., & Swaab, D. F. (2008). A sex difference in the hypothalamic uncinate nucleus: Relationship to gender identity. *Brain*, 131(12), 3132–3146.

Gehring, D., & Knudson, G. (2005). Prevalence of Childhood Trauma in a Clinical Population of Transsexual People. *International Journal of Transgenderism*, 8(1), 23–30.

Gill-Peterson, J. (2018). *Histories of the Transgender Child*. U of Minnesota Press.

Giordano, S. (2012). *Children with gender identity disorder: A clinical, ethical, and legal analysis*. Routledge.

Giovanardi, G., Mirabella, M., Di Giuseppe, M., Lombardo, F., Speranza, A. M., & Lingiardi, V. (2021). Defensive Functioning of Individuals Diagnosed With Gender Dysphoria at the Beginning of Their Hormonal Treatment. *Frontiers in Psychology*, 12, 665547.

Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.). (2015). *Health behavior: Theory, research, and practice*. John Wiley & Sons.

Goffman, E. (2009). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Simon and schuster,

Goffnett, J., & Pacey, M. S. (2020). Challenges, pride, and connection: A qualitative exploration of advice transgender youth have for other transgender youth. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 32(3), 328–353.

Goldblum, P., Testa, R., Pflum, S., Hendricks, M., Bradford, J., & Bongar, B. (2012). The Relationship Between Gender-Based Victimization and Suicide Attempts in Transgender People. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43, 468.

Goldner, V. (2011). Trans: Gender in Free Fall. *Psychoanalytic Dialogues*, 21(2), 159–171.

Golombok, S., & Fivush, R. (1994). *Gender Development*. Cambridge University Press.

Gómez-Gil, E., Zubiaurre-Elorza, L., Esteva, I., Guillamon, A., Godás, T., Cruz Almaraz, M., Halperin, I., & Salamero, M. (2012). Hormone-treated transsexuals report less social distress, anxiety and depression. *Psychoneuroendocrinology*, 37(5), 662–670.

Goodenow, C., Szalacha, L., & Westheimer, K. (2006). School support groups, other school factors, and the safety of sexual minority adolescents. *Psychology in the Schools*, 43(5), 573–589.

Gooren, L. (2005). Hormone Treatment of the Adult Transsexual Patient. *Hormone Research*, 64(Suppl. 2), 31–36.

Grant, J. M., Mottet, L. A., Tanis, J. J., & Min, D. (2011). Transgender discrimination survey. *National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force: Washington, DC, USA*, 1(1), 2-7.

Green, A. E., DeChants, J. P., Price, M. N., & Davis, C. K. (2022). Association of Gender-Affirming Hormone Therapy With Depression, Thoughts of Suicide, and Attempted Suicide Among Transgender and Nonbinary Youth. *Journal of Adolescent Health*, 70(4), 643–649.

Green, A. E., Price-Feeney, M., Dorison, S. H., & Pick, C. J. (2020). Self-Reported Conversion Efforts and Suicidality Among US LGBTQ Youths and Young Adults, 2018. *American Journal of Public Health*, 110(8), 1221–1227.

Green, R. (2009). The Three Kings: Harry Benjamin, John Money, Robert Stoller. *Archives of Sexual Behavior*, 38(4), 610–613.

Green, R., Newman, L. E., & Stoller, R. J. (1972). Treatment of Boyhood «Transsexualism»: An Interim Report of Four Years' Experience. *Archives of General Psychiatry*, 26(3), 213–217.

Greytak, E. A., & Kosciw, J. G. (2010). *Year One Evaluation of the New York City Department of Education "Respect for All" Training Program*. Gay, Lesbian and Straight Education Network (GLSEN). 121 West 27th Street Suite 804, New York, NY 10001.

Greytak, E. A., Kosciw, J. G., & Boesen, M. J. (2013). Educating the Educator: Creating Supportive School Personnel Through Professional Development. *Journal of School Violence*, 12(1), 80–97.

Greytak, E. A., Kosciw, J. G., & Diaz, E. M. (2009). *Harsh Realities: The Experiences of Transgender Youth in Our Nation's Schools*. Gay, Lesbian and Straight Education Network (GLSEN). 121 West 27th Street Suite 804, New York, NY 10001.

Grossman, A., D'Augelli, A., Howell, T., & Hubbard, S. (2005). Parent' Reactions to Transgender Youth' Gender Nonconforming Expression and Identity. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*.

Grossman, A. H., & D'augelli, A. R. (2006). Transgender Youth: Invisible and Vulnerable. *Journal of Homosexuality*, 51(1), 111–128.

Grossman, A. H., & D'Augelli, A. R. (2007). Transgender Youth and Life-Threatening Behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(5), 527–537.

Grossman, A. H., Haney, A. P., Edwards, P., Alessi, E. J., Ardon, M., & Howell, T. J. (2009). Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Youth Talk about Experiencing and Coping with School Violence: A Qualitative Study. *Journal of LGBT Youth*, 6(1), 24–46.

Grossman, A. H., Park, J. Y., & Russell, S. T. (2016). Transgender youth and suicidal behaviors: Applying the interpersonal psychological theory of suicide. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 20(4), 329–349.

Gülgöz, S., Glazier, J. J., Enright, E. A., Alonso, D. J., Durwood, L. J., Fast, A. A., ... & Olson, K. R. (2019). Similarity in transgender and cisgender children's gender development. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 116(49), 24480-24485.

Haimson, O. L., Brubaker, J. R., Dombrowski, L., & Hayes, G. R. (2016). Digital Footprints and Changing Networks During Online Identity Transitions. *Proceedings of the 2016 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems*, 2895–2907.

Halim, M., Ruble, D., Tamis-LeMonda, C., Zosuls, K., Lurye, L., & Greulich, F. (2013). Pink Frilly Dresses and the Avoidance of All Things «Girly»: Children's Appearance Rigidity and Cognitive Theories of Gender Development. *Developmental psychology*, 50.

Hall, R., Taylor, J., Heathcote, C., Langton, T., Hewitt, C. E., & Fraser, L. (2024). Gender services for children and adolescents across the EU-15+ countries: An online survey. *Archives of Disease in Childhood, archdischild-2023-326348*.

Hanssmann, C., Morrison, D., & Russian, E. (2008). Talking, gawking, or getting it done: Provider trainings to increase cultural and clinical competence for transgender and gender-nonconforming patients and clients. *Sexuality Research & Social Policy*, 5(1), 5–23.

Harcourt, J. (2013). *Current issues in lesbian, gay, bisexual, and transgender health*. Routledge.

Hartig, A., Voss, C., Herrmann, L., Fahrenkrug, S., Bindt, C., & Becker-Hebly, I. (2022). Suicidal and nonsuicidal self-harming thoughts and behaviors in clinically referred children and adolescents with gender dysphoria. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 27(3), 716–729.

Haskell, M. (2013). *My Brother My Sister: Story of a Transformation*. Penguin.

Heaney, C. A., & Israel, B. A. (2008). Social networks and social support. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*, 4(1), 189–210.

Hellman, R. E., & Klein, E. (2004). A Program for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Individuals with Major Mental Illness. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 8(3–4), 67–82.

Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer, W. J., III, Spack, N. P., Tangpricha, V., & Montori, V. M. (2009). Endocrine Treatment of Transsexual Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 94(9), 3132–3154.

Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 460–467.

Hepp, U., Kraemer, B., Schnyder, U., Miller, N., & Delsignore, A. (2005). Psychiatric comorbidity in gender identity disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(3), 259–261.

Herman, J. (2009). *Transgender Explained for Those Who Are Not*. AuthorHouse.

Herman, J. L. (2013). Gendered restrooms and minority stress: The public regulation of gender and its impact on transgender people's lives. *Journal of Public Management & Social Policy*, 19(1), 65.

Herman, J. L., Brown, T. N., & Haas, A. P. (2019). Suicide thoughts and attempts among transgender adults: Findings from the 2015 US Transgender Survey.

Hidalgo, M. A., Ehrensaft, D., Tishelman, A. C., Clark, L. F., Garofalo, R., Rosenthal, S. M., Spack, N. P., & Olson, J. (2013). The gender affirmative model: What we know and what we aim to learn. *Human Development*, 56(5), 285–290.

Hill, D., & Menvielle, E. (2009). “You Have to Give Them a Place Where They Feel Protected and Safe and Loved”: The Views of Parents Who Have Gender variant Children and Adolescents. *Journal of LGBT Youth*, 6, 243–271.

- Hill, D., Menvielle, E., Sica, K., & Johnson, A. (2010). An Affirmative Intervention for Families With Gender Variant Children: Parental Ratings of Child Mental Health and Gender. *Journal of sex & marital therapy*, 36, 6–23.
- Hinduja, S., & Patchin, J. W. (2017). Cultivating youth resilience to prevent bullying and cyberbullying victimization. *Child Abuse & Neglect*, 73, 51–62.
- Hines, S., & Sanger, T. (2010). *Transgender identities: Towards a social analysis of gender diversity* (p. 312). Taylor & Francis.
- Hirschfeld, M. (1923). Die intersexuelle konstitution. *Jahrbuch fur Sexuelle Zwischenstufen*, 23, 3-27.
- Hodzic, A., Kaas, A., Muckli, L., Stirn, A., & Singer, W. (2009). Distinct cortical networks for the detection and identification of human body. *NeuroImage*, 45(4), 1264–1271.
- Holt, V., Skagerberg, E., & Dunsford, M. (2016). Young people with features of gender dysphoria: Demographics and associated difficulties. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 21(1), 108–118.
- Hooper, S. R., Hynd, G. W., & Mattison, R. E. (2013). *Child Psychopathology: Diagnostic Criteria and Clinical Assessment*. Psychology Press.
- Horn, S. S. (2007). Adolescents' Acceptance of Same-Sex Peers Based on Sexual Orientation and Gender Expression. *Journal of Youth and Adolescence*, 36(3), 363–371.
- Horton, C. (2023). “It felt like they were trying to destabilise us”: Parent assessment in UK children’s gender services. *International Journal of Transgender Health*, 24(1), 70-85.
- Horton, C. (2023a). Gender minority stress in education: Protecting trans children’s mental health in UK schools. *International Journal of Transgender Health*, 24(2), 195–211.
- Janssen, A., & Leibowitz, S. (2018). *Affirmative Mental Health Care for Transgender and Gender Diverse Youth: A Clinical Guide*. Springer.

Jessen, R., Wæhre, A., David, L., & Stänicke, E. (2021). Negotiating Gender in Everyday Life: Toward a Conceptual Model of Gender Dysphoria in Adolescents. *Archives of Sexual Behavior*, 50.

Joyce, H. D. (2015). School Connectedness and Student–Teacher Relationships: A Comparison of Sexual Minority Youths and Their Peers. *Children & Schools*, 37(3), 185–192.

Katz-Wise, S. L., Pullen Sansfaçon, A., Bogart, L. M., Rosal, M. C., Ehrensaft, D., Goldman, R. E., & Bryn Austin, S. (2019). Lessons from a community-based participatory research study with transgender and gender nonconforming youth and their families. *Action Research*, 17(2), 186–207.

Katz-Wise, S. L., Rosario, M., & Tsappis, M. (2016). Lesbian, gay, bisexual, and transgender youth and family acceptance. *Pediatric Clinics*, 63(6), 1011-1025.

Kearns, L.-L., Mitton-Kükner, J., & Tompkins, J. (2017). Transphobia and Cisgender Privilege: Pre-Service Teachers Recognizing and Challenging Gender Rigidity in Schools. *Canadian Journal of Education / Revue canadienne de l'éducation*, 40(1), 1–27.

Kelleher, C. (2009). Minority stress and health: Implications for lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning (LGBTQ) young people. *Counselling Psychology Quarterly*, 22(4), 373–379.

Kerr, D. C. R., Preuss, L. J., & King, C. A. (2006). Suicidal Adolescents' Social Support from Family and Peers: Gender-Specific Associations with Psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(1), 99–110.

Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H.-U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21(3), 169–184.

Khan, L. (2011). Transgender Health at the Crossroads: Legal Norms, Insurance Markets, and the Threat of Healthcare Reform. *Yale Journal of Health Policy, Law, and Ethics*, 11, 375.

King, T. L., Scovelle, A. J., Meehl, A., Milner, A. J., & Priest, N. (2021a). Gender stereotypes and biases in early childhood: A systematic review. *Australasian Journal of Early Childhood*, 46(2), 112–125.

Kinney, M. K. (2021). *Learning to Thrive in a Binary World: Understanding the Gendered Experiences of Nonbinary Individuals and Ways to Bolster Wellbeing*. Indiana University-Purdue University Indianapolis.

Kinney, M. K., Pearson, T. E., & Aoki, J. R. (2022). Improving “life chances”: Surveying the anti-transgender backlash, and offering a transgender equity impact assessment tool for policy analysis. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 50(3), 489-508.

Klein, K., Holtby, A., Cook, K., & Travers, R. (2015). Complicating the Coming Out Narrative: Becoming Oneself in a Heterosexist and Cissexist World. *Journal of Homosexuality*, 62(3), 297–326.

Kłonkowska, A. M. (2022). “... I’m Not Unaccepting, I’m Just Concerned...”. The Struggles of Polish Parents of Trans Youths. *Polish Sociological Review*, 219(3), 407–422.

Kohlberg, L. (1966). A cognitive-development analysis of children’s sex-role concepts and attitudes. *The development of sex difference*.

Kohlberg, L., & Kramer, R. (1969). Continuities and Discontinuities in Childhood and Adult Moral Development. *Human Development*, 12(2), 93–120.

Kosciw, J. G., Clark, C. M., & Menard, L. (2022). The 2021 National School Climate Survey: The Experiences of LGBTQ+ Youth in Our Nation’s Schools. A Report from GLSEN. In Gay, Lesbian and Straight Education Network (GLSEN). *Gay, Lesbian and Straight Education Network (GLSEN)*.

Kosciw, J. G., Clark, C. M., Truong, N. L., & Zongrone, A. D. (2020). The 2019 National School Climate Survey: The Experiences of Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer

Youth in Our Nation's Schools. A Report from GLSEN. *Gay, Lesbian and Straight Education Network (GLSEN)*.

Kosciw, J. G., Greytak, E. A., & Diaz, E. M. (2009). Who, What, Where, When, and Why: Demographic and Ecological Factors Contributing to Hostile School Climate for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 38(7), 976–988.

Kosciw, J. G., Greytak, E. A., Palmer, N. A., & Boesen, M. J. (2014). *The 2013 National School Climate Survey: The experiences of lesbian, gay, bisexual and transgender youth in our nation's schools*. New York: GLSEN.

Kosciw, J. G., Palmer, N. A., Kull, R. M., & Greytak, E. A. (2013). The Effect of Negative School Climate on Academic Outcomes for LGBT Youth and the Role of In-School Supports. *Journal of School Violence*, 12(1), 45–63.

Kreiss, J. L., & Patterson, D. L. (1997). Psychosocial issues in primary care of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Journal of Pediatric Health Care*, 11(6), 266–274.

Krieger, I. (2018). *Helping your transgender teen: A guide for parents*. Jessica Kingsley Publishers.

Kübler-Ross, E. (1969). On Death and Dying: What the Dying Have to Teach Doctors, Nurses, Clergy and Their Own Families. *Archives of General Psychiatry*, 21(5), 639–640.

Lawrence, A. A. (2003). Factors Associated with Satisfaction or Regret Following Male-to-Female Sex Reassignment Surgery. *Archives of Sexual Behavior*.

Lev, A. I. (2004). *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families* (pp., 467). Haworth Clinical Practice Press.

Lev, A. I. (2013). Gender Dysphoria: Two Steps Forward, One Step Back. *Clinical Social Work Journal*, 41(3), 288–296.

- Liben, L. S., & Bigler, R. S. (2008). Developmental Gender Differentiation: Pathways in Conforming and Nonconforming Outcomes. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 12(1–2), 95–119.
- Liben, L. S., Susman, E. J., Finkelstein, J. W., Chinchilli, V. M., Kunselman, S., Schwab, J., Semon Dubas, J., Demers, L. M., Lookingbill, G., D’Arcangelo, M. R., Krogh, H. R., & Kulin, H. E. (2002). The effects of sex steroids on spatial performance: A review and an experimental clinical investigation. *Developmental Psychology*, 38(2), 236–253.
- Lick, D. J., Durso, L. E., & Johnson, K. L. (2013). Minority stress and physical health among sexual minorities. *Perspectives on Psychological Science*, 8(5), 521–548.
- Lindner, A. (2014). Familial Support and Celebration of Gender Nonconforming Children. *Sex Roles*, 70(9), 442–444.
- Link, B. G., & Phelan, J. (2014). Stigma power. *Social Science & Medicine*, 103, 24–32.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(Volume 27, 2001), 363–385.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2006). Stigma and its public health implications. *The Lancet*, 367(9509), 528–529.
- Liu, R. T., & Mustanski, B. (2012). Suicidal Ideation and Self-Harm in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth. *American Journal of Preventive Medicine*, 42(3), 221–228.
- Livingstone, S., Stoilova, M., & Kelly, A. (2016). 14. Cyberbullying: incidence, trends and consequences. *Ending the torment: Tackling bullying from the schoolyard to cyberspace*, 115.
- Longo, M. R., Azañón, E., & Haggard, P. (2010). More than skin deep: Body representation beyond primary somatosensory cortex. *Neuropsychologia*, 48(3), 655–668.
- Lopez, C., Halje, P., & Blanke, O. (2008). Body ownership and embodiment: Vestibular and multisensory mechanisms. *Neurophysiologie Clinique/Clinical Neurophysiology*, 38(3), 149–161.

López de Lara, D., Pérez Rodríguez, O., Cuellar Flores, I., Pedreira Masa, J. L., Campos-Muñoz, L., Cuesta Hernández, M., & Ramos Amador, J. T. (2020). Psychosocial assessment in transgender adolescents. *Anales de Pediatría* (English Edition), 93(1), 41–48.

Lucassen, M. F. G., Samra, R., Rimes, K. A., Brown, K. E., & Wallace, L. M. (2022). Promoting Resilience and Well-being Through Co-design (The PRIDE Project): Protocol for the Development and Preliminary Evaluation of a Prototype Resilience-Based Intervention for Sexual and Gender Minority Youth. *JMIR Research Protocols*, 11(2), e31036.

Luders, E., Narr, K. L., Thompson, P. M., Rex, D. E., Woods, R. P., Deluca, H., Jancke, L., & Toga, A. W. (2006). Gender effects on cortical thickness and the influence of scaling. *Human Brain Mapping*, 27(4), 314–324.

Maccoby, E. E. (1998). *The Two Sexes: Growing Up Apart, Coming Together*. Harvard University Press.

Mahfouda, S., Moore, J. K., Siafarikas, A., Zepf, F. D., & Lin, A. (2017). Puberty suppression in transgender children and adolescents. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 5(10), 816–826.

Major, B., Mendes, W. B., & Dovidio, J. F. (2013). Intergroup relations and health disparities: A social psychological perspective. *Health Psychology*, 32(5), 514–524.

Malatino, H. (2020). *Trans Care*. University of Minnesota Press.

Mallon, G. P. (2009). *Social Work Practice with Transgender and Gender Variant Youth*. Routledge.

Malpas, J. (2011). Between Pink and Blue: A Multi-Dimensional Family Approach to Gender Nonconforming Children and their Families. *Family Process*, 50(4), 453–470.

Mangin, M. (2018). Supporting transgender and gender-expansive children in school. *The Phi Delta Kappan*, 100(2), 16–21.

Manning, K., Holmes, C., Sansfacon, A. P., Newhook, J. T., & Travers, A. (2015). Fighting for Trans* Kids: Academic Parent Activism in the 21st Century. *Studies in Social Justice*, 9(1), Articolo 1.

Marshal, M. P., Dietz, L. J., Friedman, M. S., Stall, R., Smith, H., McGinley, J., Thoma, B. C., Murray, P. J., D'Augelli, A., & Brent, D. A. (2011). Suicidality and Depression Disparities between Sexual Minority and Heterosexual Youth: A Meta-Analytic Review. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 49(2), 115–123.

Mccann, P., Plummer, D., & Minichiello, V. (2010). Being the butt of the joke: Homophobic humour, male identity, and its connection to emotional and physical violence for men. *Health Sociology Review*, 19, 505–521.

McGeorge, C. R., Coburn, K. O., & Walsdorf, A. A. (2021). Deconstructing cissexism: The journey of becoming an affirmative family therapist for transgender and nonbinary clients. *Journal of Marital and Family Therapy*, 47(3), 785–802.

McGuire, J. K., Anderson, C. R., Toomey, R. B., & Russell, S. T. (2010). School Climate for Transgender Youth: A Mixed Method Investigation of Student Experiences and School Responses. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(10), 1175–1188.

McGuire, J. K., & Conover-Williams, M. (2010). Creating Spaces to Support Transgender Youth. *Prevention Researcher*, 17(4).

Menvielle, E., & Hill, D. B. (2010). An affirmative intervention for families with gender-variant children: A process evaluation. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 15(1), 94-123.

Menvielle, E. J., & Rodnan, L. A. (2011). A Therapeutic Group for Parents of Transgender Adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 20(4), 733–743.

Meyer, E. J. (2008). Gendered harassment in secondary schools: Understanding teachers' (non) interventions. *Gender and Education*.

Meyer, I. (1995). Minority Stress and Mental Health in Gay Men. *Journal of health and social behavior*, 36, 38–56.

Meyer, I. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological bulletin*, 129, 674–697.

Meyer, I. H. (1995). Minority Stress and Mental Health in Gay Men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 38–56.

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological bulletin*, 129(5), 674–697.

Meyer, I. H. (2007). Prejudice and Discrimination as Social Stressors. In I. H. Meyer & M. E. Northridge (A c. Di), *The Health of Sexual Minorities* (pp. 242–267). Springer US.

Minter, S. (2017). Transgender Rights: A Time of Transition. *GP Solo*, 34, 26.

Mischel, W. (1970). Sex typing and socialization. In: Mussen, P. H. (1970). *Carmichael's handbook of child psychology*. John Wiley & Sons Inc, New York.

Mizock, L., & Lundquist, C. (2016). Missteps in psychotherapy with transgender clients: Promoting gender sensitivity in counseling and psychological practice. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 3(2), 148–155.

Mizock, L., & Mueser, K. T. (2014). Employment, mental health, internalized stigma, and coping with transphobia among transgender individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(2), 146–158.

Mohammadi, F., Masoumi, S. Z., Tehranineshat, B., Oshvandi, K., & Bijani, M. (2023). Young transgender individuals' lived experiences of facing life's challenges: A qualitative study in Iran. *Frontiers in Public Health*, 11, 1134237.

Money, J., & Tucker, P. (1975). *Sexual signatures: On being a man or a woman* (p. 250). Little, Brown.

Monro, S. (2005). Beyond Male and Female: Poststructuralism and the Spectrum of Gender. *International Journal of Transgenderism*, 8(1), 3–22.

Morrow, D. F., & Messinger, L. (2006). *Sexual Orientation and Gender Expression in Social Work Practice: Working with Gay, Lesbian, Bisexual, and Transgender People*. Columbia University Press.

Mul, D., & Hughes, I. (2008). The use of GnRH agonists in precocious puberty. *European journal of endocrinology / European Federation of Endocrine Societies*, 159 Suppl 1, S3-8.

Nadal, K. L., Skolnik, A., & Wong, Y. (2012). Interpersonal and systemic microaggressions toward transgender people: Implications for counseling. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 6(1), 55-82.

Nanda, S. (2014). *Gender diversity: Crosscultural variations*. Waveland Press.

Navarro, R., Yubero, S., & Larrañaga, E. (A c. Di). (2016). *Cyberbullying Across the Globe: Gender, Family, and Mental Health*. Springer International Publishing.

Nealy, E. C. (2017). *Trans Kids and Teens: Pride, Joy, and Families in Transition*. W. W. Norton & Company.

Needham, B. L., & Austin, E. L. (2010). Sexual orientation, parental support, and health during the transition to young adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(10), 1189–1198.

Nemoto, T., Bödeker, B., & Iwamoto, M. (2011). Social Support, Exposure to Violence and Transphobia, and Correlates of Depression Among Male-to-Female Transgender Women With a History of Sex Work. *American Journal of Public Health*, 101(10), 1980–1988.

Nikolavsky, D., & Blakely, S. A. (Eds.). (2021). *Urological care for the transgender patient: a comprehensive guide*. Springer Nature.

- Northoff, G., Heinzl, A., De Greck, M., BERPohl, F., Dobrowolny, H., & Panksepp, J. (2006). Self-referential processing in our brain - A meta-analysis of imaging studies on the self. *NeuroImage*, 31(1), 440–457.
- Northoff, G., & Panksepp, J. (2008). The trans-species concept of self and the subcortical-cortical midline system. *Trends in Cognitive Sciences*, 12(7), 259–264.
- Norwood, K. (2013). Grieving gender: Trans-identities, transition, and ambiguous loss. *Communication Monographs*, 80(1), 24-45.
- Nungesser, L. G. (1983). *Homosexual Acts, Actors, and Identities*. Praeger.
- Nuttbrock, L., Bockting, W., Rosenblum, A., Hwahng, S., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2015). Transgender community involvement and the psychological impact of abuse among transgender women. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(4), 386.
- Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2010). Psychiatric Impact of Gender-Related Abuse Across the Life Course of Male-to-Female Transgender Persons. *Journal of Sex Research*, 47(1), 12–23.
- O’Keefe, E. S. C., & Hyde, J. S. (1983). The development of occupational sex-role stereotypes: The effects of gender stability and age. *Sex Roles*, 9(4), 481–492.
- Olson, J., Forbes, C., & Belzer, M. (2011). Management of the Transgender Adolescent. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 165(2), 171–176.
- Olson, K. R., Durwood, L., DeMeules, M., & McLaughlin, K. A. (2016). Mental Health of Transgender Children Who Are Supported in Their Identities. *Pediatrics*, 137(3), e20153223.
- Olson, K. R., Durwood, L., Horton, R., Gallagher, N. M., & Devor, A. (2022). Gender Identity 5 Years After Social Transition. *Pediatrics*, 150(2), e2021056082.

Orne, J. (2011). 'You Will Always Have to "Out" Yourself': Reconsidering Coming Out through Strategic Outness. *Sexualities*, 14, 681–703.

Pampati, S., Andrzejewski, J., Sheremenko, G., Johns, M., Lesesne, C. A., & Rasberry, C. N. (2020). School climate among transgender high school students: An exploration of school connectedness, perceived safety, bullying, and absenteeism. *The Journal of School Nursing*, 36(4), 293-303.

Pascoe, C. J. (2012). *Dude, You're a Fag: Masculinity and Sexuality in High School*. University of California Press.

Payne, E., & Smith, M. (2013). LGBTQ kids, school safety, and missing the big picture: How the dominant bullying discourse prevents school professionals from thinking about systemic marginalization or... why we need to rethink LGBTQ bullying. *QED: A journal in GLBTQ worldmaking*, (1), 1-36.

Pennell, S. M. (2017). Training secondary teachers to support LGBTQ+ students: Practical applications from theory and research. *The High School Journal*, 101(1), 62–72.

Pepper, R. (2012). *Transitions of the Heart: Stories of Love, Struggle and Acceptance by Mothers of Transgender and Gender Variant Children*. Cleis Press.

Perrin, E. C. (2002). *Sexual Orientation in Child and Adolescent Health Care*. Springer Science & Business Media.

Pleak, R. R. (2010). 11 Transgender Persons. *Disparities in psychiatric care: clinical and cross-cultural perspectives*, 107.

Pollock, L., & Eyre, S. L. (2012). Growth into manhood: Identity development among female-to-male transgender youth. *Culture, Health & Sexuality*, 14(2), 209–222.

Poteat, T., German, D., & Kerrigan, D. (2013). Managing uncertainty: A grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Social Science & Medicine*, 84, 22–29.

Powell, A., Scott, A. J., & Henry, N. (2020). Digital harassment and abuse: Experiences of sexuality and gender minority adults. *European Journal of Criminology*, 17(2), 199–223.

Price-Feeney, M., Green, A. E., & Dorison, S. (2020). Understanding the Mental Health of Transgender and Nonbinary Youth. *Journal of Adolescent Health*, 66(6), 684–690.

Prunas, A., Bandini, E., Fisher, A. D., Maggi, M., Pace, V., Quagliarella, L., Todarello, O., & Bini, M. (2018). Experiences of Discrimination, Harassment, and Violence in a Sample of Italian Transsexuals Who Have Undergone Sex-Reassignment Surgery. *Journal of Interpersonal Violence*, 33(14), 2225–2240.

Prunas, A., Vitelli, R., Agnello, F., Curti, E., Fazzari, P., Giannini, F., Hartmann, D., & Bini, M. (2014). Defensive functioning in MtF and FtM transsexuals. *Comprehensive Psychiatry*, 55(4), 966–971.

Pullen Sansfaçon, A., Medico, D., Gelly, M., Kirichenko, V., Suerich-Gulick, F., & on behalf of the Stories of Gender Affirming Care project. (2022). Blossoming Child, Mourning Parent: A Qualitative Study of Trans Children and Their Parents Navigating Transition. *Journal of Child and Family Studies*, 31(7), 1771–1784.

Pyne, J. (2014). Gender independent kids: A paradigm shift in approaches to gender non-conforming children. *The Canadian journal of human sexuality*, 23, 1–8.

Quinn, T. L. (2002). Sexual Orientation and Gender Identity: An Administrative Approach to Diversity. *Child Welfare*, 81(6), 913–928.

Reisner, S. L., Greytak, E. A., Parsons, J. T., & Ybarra, M. L. (2015). Gender Minority Social Stress in Adolescence: Disparities in Adolescent Bullying and Substance Use by Gender Identity. *The Journal of Sex Research*, 52(3), 243–256.

Reisner, S. L., Hughto, J. M. W., Dunham, E. E., Heflin, K. J., Begenyi, J. B. G., Coffey-Esquivel, J., & Cahill, S. (2015). Legal Protections in Public Accommodations Settings: A Critical Public Health Issue for Transgender and Gender-Nonconforming People. *The Milbank Quarterly*, 93(3), 484–515.

Reisner, S. L., Poteat, T., Keatley, J., Cabral, M., Mothopeng, T., Dunham, E., Holland, C. E., Max, R., & Baral, S. D. (2016). Global Health Burden and Needs of Transgender Populations: A Review. *Lancet (London, England)*, 388(10042), 412–436.

Reisner, S. L., Veters, R., Leclerc, M., Zaslow, S., Wolfrum, S., Shumer, D., & Mimiaga, M. J. (2015). Mental Health of Transgender Youth in Care at an Adolescent Urban Community Health Center: A Matched Retrospective Cohort Study. *Journal of Adolescent Health*, 56(3), 274–279.

Rekers, G. A. (1975). Stimulus control over sex-typed play in cross-gender identified boys. *Journal of Experimental Child Psychology*, 20(1), 136–148.

Renold, E. (2002). Presumed Innocence: (Hetero)Sexual, Heterosexist and Homophobic Harassment among Primary School Girls and Boys. *Childhood*, 9(4), 415–434.

Resnick, M. D., Bearman, P. S., Blum, R. W., Bauman, K. E., Harris, K. M., Jones, J., Tabor, J., Beuhring, T., Sieving, R. E., Shew, M., Ireland, M., Bearinger, L. H., & Udry, J. R. (1997). Protecting Adolescents From Harm: Findings From the National Longitudinal Study on *Adolescent Health*. *JAMA*, 278(10), 823–832.

Riaño Galán, I., del Río Pastoriza, I., Chueca Guindulain, M., Gabaldón Fraile, S., & de Montalvo Jáaskeläinen, F. (2018). Posicionamiento Técnico de la Asociación Española de Pediatría en relación con la diversidad de género en la infancia y la adolescencia: Mirada ética y jurídica desde una perspectiva multidisciplinar. *Anales de Pediatría*, 89(2), 123.e1-123.e6.

Richardson, J. (1999). Response: Finding the disorder in gender identity disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 7(1), 43–50.

Ridgeway, C. L. (2013). *Gender, Interaction, and Inequality*. Springer Science & Business Media.

Riggs, D., & Bartholomaeus, C. (2017). Transgender young people's narratives of intimacy and sexual health: Implications for sexuality education. *Sex Education*, 1–15.

Riggs, D. W., Pearce, R., Pfeffer, C. A., Hines, S., White, F., & Ruspini, E. (2019). Transnormativity in the psy disciplines: Constructing pathology in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders and Standards of Care. *American Psychologist*, 74(8), 912.

Rigobello L. & Gamba F. (2016). *Disforia di genere in età evolutiva. Sostenere la ricerca dell'identità di genere nell'infanzia e nell'adolescenza: Sostenere la ricerca dell'identità di genere nell'infanzia e nell'adolescenza*. FrancoAngeli.

Roberts, A. L., Rosario, M., Corliss, H. L., Koenen, K. C., & Austin, S. B. (2012). Childhood gender nonconformity: A risk indicator for childhood abuse and posttraumatic stress in youth. *Pediatrics*, 129(3), 410–417.

Robinson, J., & Espelage, D. (2011). Inequities in Educational and Psychological Outcomes Between LGBTQ and Straight Students in Middle and High School. *Educational Researcher*, 40, 315–330.

Robinson, J., & Espelage, D. (2012). Bullying Explains Only Part of LGBTQ-Heterosexual Risk Disparities: Implications for Policy and Practice. *Educational Researcher*, 41, 309–319.

Roehr, B. (2015). Comfortable in their bodies: The rise of transgender care. *BMJ*, 350, h3083–h3083.

Rosenthal, S. M. (2014). Approach to the Patient: Transgender Youth: Endocrine Considerations. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 99(12), 4379–4389.

Rowland, D., & Incrocci, L. (A c. Di). (2008). *Handbook of sexual and gender identity disorders*. John Wiley & Sons.

Ruppin, U., & Pfäfflin, F. (2015). Long-Term Follow-Up of Adults with Gender Identity Disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 44(5), 1321–1329.

Russell, S. T., & Fish, J. N. (2016). Mental Health in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Youth. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(Volume 12, 2016), 465–487.

Russell, S. T., Seif, H., & Truong, N. L. (2001). School outcomes of sexual minority youth in the United States: Evidence from a national study. *Journal of Adolescence*, 24(1), 111–127.

Ryan, C., & Chen-Hayes, S. F. (2013). *Educating and Empowering Families of Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Questioning Students. In Creating Safe and Supportive Learning Environments*. Routledge.

Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R. M., & Sanchez, J. (2009). Family Rejection as a Predictor of Negative Health Outcomes in White and Latino Lesbian, Gay, and Bisexual Young Adults. *Pediatrics*, 123(1), 346–352.

Ryan, C., & Rees, R. A. (2012). *Supportive families, healthy children: Helping Latter-day Saint families with lesbian, gay, bisexual & transgender children*. Family Acceptance Project, San Francisco State University.

Ryan, C., Russell, S. T., Huebner, D., Diaz, R., & Sanchez, J. (2010). Family Acceptance in Adolescence and the Health of LGBT Young Adults. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(4), 205–213.

Sairanen, L., & Pfeffer, K. (2011). Self-reported handling of bullying among junior high school teachers in Finland. *School Psychology International*, 32(3), 330–344.

Saltzburg, N. L. (2010). *Developing a model of transmasculine identity*. University of Miami.

Sausa, L. A. (2005). Translating Research into Practice: Trans Youth Recommendations for Improving School Systems. *Journal of Gay & Lesbian Issues in Education*, 3(1), 15–28.

Scandurra, C., Amodeo, A. L., Bochicchio, V., Valerio, P., & Frost, D. M. (2017). Psychometric characteristics of the Transgender Identity Survey in an Italian sample: A measure to assess positive and negative feelings towards transgender identity. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 53–65.

Scandurra, C., Bochicchio, V., Dolce, P., Caravà, C., Vitelli, R., Testa, R. J., & Balsam, K. F. (2020). The Italian validation of the gender minority stress and resilience measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 7(2), 208–221.

Scandurra, C., Picariello, S., Valerio, P., & Amodeo, A. L. (2017). Sexism, homophobia and transphobia in a sample of Italian pre-service teachers: The role of socio-demographic features. *Journal of Education for Teaching*, 43(2), 245–261.

Scandurra, C., Vitelli, R., Maldonato, N. M., Valerio, P., & Bochicchio, V. (2019). A qualitative study on minority stress subjectively experienced by transgender and gender nonconforming people in Italy. *Sexologies*, 28(3), e61–e71.

Schilder, A. J., Kennedy, C., Goldstone, I. L., Ogden, R. D., Hogg, R. S., & O’Shaughnessy, M. V. (2001). “Being dealt with as a whole person.” Care seeking and adherence: The benefits of culturally competent care. *Social Science & Medicine*, 52(11), 1643–1659.

Schilt, K., & Westbrook, L. (2009). Doing Gender, Doing Heteronormativity: “Gender Normals,” Transgender People, and the Social Maintenance of Heterosexuality. *Gender & Society*, 23(4), 440–464.

Schimmel-Bristow, A., Haley, S. G., Crouch, J. M., Evans, Y. N., Ahrens, K. R., McCarty, C. A., & Inwards-Breland, D. J. (2018). Youth and caregiver experiences of gender identity transition: A qualitative study. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 5(2), 273–281.

Schindel, J. E. (2008). Gender 101— beyond the binary: Gay-straight alliances and gender activism. *Sexuality Research & Social Policy*, 5(2), 56–70.

Selkie, E., Adkins, V., Masters, E., Bajpai, A., & Shumer, D. (2020). Transgender Adolescents’ Uses of Social Media for Social Support. *Journal of Adolescent Health*, 66(3), 275–280.

Serano, J. (2016). *Whipping Girl: A Transsexual Woman on Sexism and the Scapegoating of Femininity*. Hachette UK.

Shechner, T. (2010). Gender identity disorder: A literature review from a developmental perspective. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 47(2), 132–138.

Shelton, J. (2015). Transgender youth homelessness: Understanding programmatic barriers through the lens of cisgenderism. *Children and Youth Services Review*, 59, 10–18.

Sherer, I., Baum, J., Ehrensaft, D., & Rosenthal, S. M. (2015). Affirming gender: Caring for gender-atypical children and adolescents. *Contemporary Pediatrics*, 32(1), 16.

Shipherd, J. C., Green, K. E., & Abramovitz, S. (2010). Transgender Clients: Identifying and Minimizing Barriers to Mental Health Treatment. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 14(2), 94–108.

Sibicky, M., & Dovidio, J. F. (1986). Stigma of psychological therapy: Stereotypes, interpersonal reactions, and the self-fulfilling prophecy. *Journal of Counseling Psychology*, 33(2), 148–154.

Signorella, M., Bigler, R., & Liben, L. (1993). Developmental Differences in Children's Gender Schemata About Others: A Meta-Analytic Review. *Developmental Review*, 13, 147–183.

Simon, L., Kozák, L. R., Simon, V., Czobor, P., Unoka, Z., Szabó, Á., & Csukly, G. (2013). Regional Grey Matter Structure Differences between Transsexuals and Healthy Controls—A Voxel Based Morphometry Study. *PLoS ONE*, 8(12), e83947.

Simons, L., Schrage, S. M., Clark, L. F., Belzer, M., & Olson, J. (2013). Parental support and mental health among transgender adolescents. *Journal of adolescent health*, 53(6), 791-793.

Singh, A. A. (2018). *The Queer and Transgender Resilience Workbook: Skills for Navigating Sexual Orientation and Gender Expression*. New Harbinger Publications.

Smith, P. K. (2013). School bullying. *Sociologia, problemas e práticas*, (71), 81-98.

Smith, P. K., Pepler, D., & Rigby, K. (Eds.). (2004). *Bullying in schools: How successful can interventions be?* Cambridge University Press.

Smith, Y. L. S., Goozen, S. H. M. V., Kuiper, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Sex reassignment: Outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychological Medicine*, 35(1), 89–99.

Smith, Y. L. S., Van Goozen, S. H. M., & Cohen-Kettenis, P. T. (2001). Adolescents With Gender Identity Disorder Who Were Accepted or Rejected for Sex Reassignment Surgery: A Prospective Follow-up Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(4), 472–481.

Spack, N. P., Edwards-Leeper, L., Feldman, H. A., Leibowitz, S., Mandel, F., Diamond, D. A., & Vance, S. R. (2012). Children and Adolescents with Gender Identity Disorder Referred to a Pediatric Medical Center. *Pediatrics*, 129(3), 418–425.

Spade, D. (2003). Resisting medicine, re/modeling gender. *Berkeley Women's LJ*, 18, 15.

Spence, J. T. (1984, January). Gender identity and its implications for the concepts of masculinity and femininity. In *Nebraska Symposium on Motivation. Nebraska Symposium on Motivation* (Vol. 32, pp. 59-95).

Steele, C. M., & Aronson, J. (1995). Stereotype threat and the intellectual test performance of African Americans. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 797–811.

Steensma, T. D., Biemond, R., De Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(4), 499–516.

Steensma, T. D., Kreukels, B. P. C., De Vries, A. L. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Gender identity development in adolescence. *Hormones and Behavior*, 64(2), 288–297.

Steensma, T. D., Van Der Ende, J., Verhulst, F. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Gender Variance in Childhood and Sexual Orientation in Adulthood: A Prospective Study. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(11), 2723–2733.

Steiner, B. W. (2013). *Gender Dysphoria: Development, Research, Management*. Springer Science & Business Media.

Stevens, V., Van Oost, P., & De Bourdeaudhuij, I. (2004). Interventions against bullying in Flemish schools: Programme development and evaluation. *Bullying in schools: How successful can interventions be*, 141-165.

Smith, P. K., Pepler, D., & Rigby, K. (Eds.). (2004). *Bullying in schools: How successful can interventions be?* Cambridge University Press.

Stoller, R. J. (1968). *Sex and Gender*. New York. Science House, 1(8).

Stoller, R. J. (1985). *Presentations of gender* (pp. xi, 219). Yale University Press.

Stryker, S., & Whittle, S. (2013). *The Transgender Studies Reader*. Routledge.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2015). Ending conversion therapy: Supporting and affirming LGBTQ youth. *HHS Publication No.(SMA)*, 15-4928.

Suler, J. (2004). The online disinhibition effect. *Cyberpsychology & behavior*, 7(3), 321-326.

Surace, T., Fusar-Poli, L., Vozza, L., Cavone, V., Arcidiacono, C., Mammano, R., Basile, L., Rodolico, A., Bisicchia, P., Caponnetto, P., Signorelli, M. S., & Aguglia, E. (2021). Lifetime prevalence of suicidal ideation and suicidal behaviors in gender non-conforming youths: A meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(8), 1147–1161.

Swan, J., Phillips, T. M., Sanders, T., Mullens, A. B., Debattista, J., & Brömdal, A. (2023). Mental health and quality of life outcomes of gender-affirming surgery: A systematic literature review. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 27(1), 2–45.

Swearer, S. M., Turner, R. K., Givens, J. E., & Pollack, W. S. (2008). “You’re So Gay!”: Do Different Forms of Bullying Matter for Adolescent Males? *School Psychology Review*, 37(2), 160–173.

Sycamore, M. B. (2010). *Nobody Passes: Rejecting the Rules of Gender and Conformity*. Hachette UK.

Szydlowski, M. (2016). Gender recognition and the rights to health and health care: Applying the principle of self-determination to transgender people. *International Journal of Transgenderism*, 17(3–4), 199–211.

Tankersley, A. P., Grafsky, E. L., Dike, J., & Jones, R. T. (2021). Risk and Resilience Factors for Mental Health among Transgender and Gender Nonconforming (TGNC) Youth: A Systematic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 24(2), 183–206.

Teich, N. (2012). *Transgender 101: A Simple Guide to a Complex Issue*. Columbia University Press.

Terada, S., Matsumoto, Y., Sato, T., Okabe, N., Kishimoto, Y., & Uchitomi, Y. (2011). Suicidal ideation among patients with gender identity disorder. *Psychiatry Research*, 190(1), 159–162.

Toomey, R. B., McGuire, J. K., & Russell, S. T. (2012). Heteronormativity, school climates, and perceived safety for gender nonconforming peers. *Journal of Adolescence*, 35(1), 187–196.

Toomey, R. B., Ryan, C., Diaz, R. M., Card, N. A., & Russell, S. T. (2010). Gender-nonconforming lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: School victimization and young adult psychosocial adjustment. *Developmental Psychology*, 46(6), 1580–1589.

Toomey, R. B., Ryan, C., Diaz, R. M., & Russell, S. T. (2011). High School Gay-Straight Alliances (GSAs) and Young Adult Well-Being: An Examination of GSA Presence, Participation, and Perceived Effectiveness. *Applied developmental science*, 15(4), 175–185.

Turner, L., Whittle, S., & Combs, R. (2009). *Transphobic hate crime in the European Union*. London: Press for Change.

Valerio, P., Marcasciano, P., & Scandurra, C. (2016). Una visione psico-sociale sulle varianze di genere: tra invisibilità, stigma e risorse. *Rivista di Sessuologia*, 2(40), 23-38..

- Van Beusekom, G., Collier, K. L., Bos, H. M. W., Sandfort, T. G. M., & Overbeek, G. (2020). Gender Nonconformity and Peer Victimization: Sex and Sexual Attraction Differences by Age. *Journal of sex research*, 57(2), 234–246.
- Van Der Sluis, W. B., Elfering, L., Roijer, P., Van Hout, N. M., Schäfer, T., Buncamper, M. E., Botman, M., De Haseh, K. B., Özer, M., Smit, J. M., & Bouman, M.-B. (2024). Gender-affirming mastectomy in transmasculine individuals in The Netherlands: A large cohort study on outcomes and trends. *International Journal of Transgender Health*, 1–10.
- Van Ouytsel, J., Walrave, M., De Marez, L., Vanhaelewyn, B., & Ponnet, K. (2020). A first investigation into gender minority adolescents' sexting experiences. *Journal of Adolescence*, 84, 213–218.
- Vance, S. R., Halpern-Felsher, B. L., & Rosenthal, S. M. (2015). Health Care Providers' Comfort with and Barriers to Care of Transgender Youth. *Journal of Adolescent Health*, 56(2), 251–253.
- Vance, S. R., & Rosenthal, S. M. (2015). Treating Transgender Youth: Pushing the Dialogue Forward. *Journal of Adolescent Health*, 57(4), 357–358.
- Vanderburgh, R. (2007). *Transition and beyond: Observation on gender identity*. Q Press.
- Vanderburgh, R. (2009). Appropriate therapeutic care for families with pre-pubescent transgender/gender-dissonant children. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 26(2), 135–154.
- Veale, J., Lomax, T., & Clarke, D. (2010). Identity-Defense Model of Gender-Variant Development. *International Journal of Transgenderism*, 12, 125–138.
- Vipond, E. (2015). Resisting transnormativity: Challenging the medicalization and regulation of trans bodies. *Theory in Action*, 8(2), 21.

Waal, H., & Cohen-Kettenis, P. (2006). Clinical Management of Gender Identity Disorder in Adolescents: A Protocol on Psychological and Paediatric Endocrinology Aspects. *European Journal of Endocrinology*, 155.

Wahlig, J. L. (2015). Losing the Child They Thought They Had: Therapeutic Suggestions for an Ambiguous Loss Perspective with Parents of a Transgender Child. *Journal of GLBT Family Studies*, 11(4), 305–326.

Wald, J., & Losen, D. J. (2003). Defining and redirecting a school-to-prison pipeline. *New Directions for Youth Development*, 2003(99), 9–15.

Wallace, R., & Russell, H. (2013). Attachment and Shame in Gender-Nonconforming Children and Their Families: Toward a Theoretical Framework for Evaluating Clinical Interventions. *International Journal of Transgenderism*, 14(3), 113–126.

Wallien, M. S. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual Outcome of Gender-Dysphoric Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1413–1423.

Wallien, M. S., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Gender dysphoric children: causes, psychosocial functioning and consequences. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 47, 1413-1423.

Wang, M.-J., Yogeewaran, K., Andrews, N. P., Hawi, D. R., & Sibley, C. G. (2019). How Common Is Cyberbullying Among Adults? Exploring Gender, Ethnic, and Age Differences in the Prevalence of Cyberbullying. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 22(11), 736–741.

Watts-Jones, T. D. (2010). Location of Self: Opening the Door to Dialogue on Intersectionality in the Therapy Process. *Family Process*, 49(3), 405–420.

Wernick, L., Espinoza-Kulick, A., & Inglehart, M. H. (2014). Influences of peers, teachers, and climate on students' willingness to intervene when witnessing anti-transgender harassment. *Journal of Adolescence*, 37, 927–935.

White Hughto, J. M., Reisner, S. L., & Pachankis, J. E. (2015). Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Social Science & Medicine*, 147, 222–231.

Wiepjes, C. M., Nota, N. M., de Blok, C. J., Klaver, M., de Vries, A. L., Wensing-Kruger, S. A., de Jongh, R. T., Bouman, M.-B., Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. (2018a). The Amsterdam cohort of gender dysphoria study (1972–2015): Trends in prevalence, treatment, and regrets. *The journal of sexual medicine*, 15(4), 582–590.

Wiepjes, C. M., Nota, N. M., de Blok, C. J., Klaver, M., de Vries, A. L., Wensing-Kruger, S. A., de Jongh, R. T., Bouman, M.-B., Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. (2018b). The Amsterdam cohort of gender dysphoria study (1972–2015): Trends in prevalence, treatment, and regrets. *The journal of sexual medicine*, 15(4), 582–590.

Willard, N. E. (2007). *Cyberbullying and Cyberthreats: Responding to the Challenge of Online Social Aggression, Threats, and Distress*. Research Press.

Wilson, I., Griffin, C., & Wren, B. (2005). The Interaction between Young People with Atypical Gender Identity Organization and their Peers. *Journal of Health Psychology*, 10(3), 307–315.

Winkler, A. M., Kochunov, P., Blangero, J., Almasy, L., Zilles, K., Fox, P. T., Duggirala, R., & Glahn, D. C. (2010). Cortical thickness or grey matter volume? The importance of selecting the phenotype for imaging genetics studies. *NeuroImage*, 53(3), 1135–1146.

Winter, S., Chalungsooth, P., Teh, Y. K., Rojanalert, N., Maneerat, K., Wong, Y. W., Beaumont, A., Wah Ho, L. M., Gomez, F. “Chuck”, & Macapagal, R. A. (2009). Transpeople, Transprejudice and Pathologization: A Seven-Country Factor Analytic Study. *International Journal of Sexual Health*, 21(2), 96–118.

Winter, S. (2005). Heterogeneity in transgender: A cluster analysis of a Thai sample. *International journal of transgenderism*, 8(1), 31-42.

Winter, S., Diamond, M., Green, J., Karasic, D., Reed, T., Whittle, S., & Wylie, K. (2016). Transgender people: Health at the margins of society. *The Lancet*, 388(10042), 390–400.

Winter, S., & Doussantousse, S. (2009). Transpeople, Hormones, and Health Risks in Southeast Asia: A Lao Study. *International Journal of Sexual Health*, 21(1), 35–48.

Wolford-Clevenger, C., Cannon, C. J., Flores, L. Y., Smith, P. N., & Stuart, G. L. (2017). Suicide Risk Among Transgender People: A Prevalent Problem in Critical Need of Empirical and Theoretical Research. *Violence and Gender*, 4(3), 69–72.

Wolfradt, U., & Neumann, K. (2001). Depersonalization, Self-Esteem and Body Image in Male-to-Female Transsexuals Compared to Male and Female Controls. *Archives of Sexual Behavior*, 30(3), 301–310.

Wright-Maley, C., Davis, T., Gonzalez, E. M., & Colwell, R. (2016). Considering perspectives on transgender inclusion in Canadian Catholic elementary schools: Perspectives, challenges, and opportunities. *The Journal of Social Studies Research*, 40(3), 187–204.

Wyman, P. A., Sandler, I., Wolchik, S., & Nelson, K. (2000). Resilience as cumulative competence promotion and stress protection: Theory and intervention. In *The promotion of wellness in children and adolescents* (pp. 133–184). Child Welfare League of America.

Zhou, J. N., Hofman, M. A., Gooren, L. J., & Swaab, D. F. (1995). A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature*, 378(6552), 68–70.

Zimman, L. (2009). 'The other kind of coming out': Transgender people and the coming out narrative genre. *Gender & Language*, 3(1).

Zubiaurre-Elorza, L., Junque, C., Gomez-Gil, E., Segovia, S., Carrillo, B., Rametti, G., & Guillamon, A. (2013). Cortical Thickness in Untreated Transsexuals. *Cerebral Cortex*, 23(12), 2855–2862.

Zucker, K. J., Bradley, S. J., Sullivan, C. B. L., Kuksis, M., Birkenfeld-Adams, A., & Mitchell, J. N. (1993). A gender identity interview for children. *Journal of Personality Assessment*, *61*(3), 325-328; 443–456.

Zucker, K., Bradley, S., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S., & Cantor, J. (2008). Is Gender Identity Disorder in Adolescents Coming out of the Closet? *Journal of sex & marital therapy*, *34*, 287–290.

Zucker, K., Bradley, S., Owen-Anderson, A., Singh, D., Blanchard, R., & Bain, J. (2011). Puberty-Blocking Hormonal Therapy for Adolescents with Gender Identity Disorder: A Descriptive Clinical Study. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, *15*, 58–82.

Zucker, K. J. (1985). Cross-gender-identified children. In *Gender dysphoria: Development, research, management* (pp. 75-174). Boston, MA: Springer US.

Zucker, K. J. (1992). Gender Identity Disorder. In *Child Psychopathology*. Psychology Press.

Zucker, K. J. (2000). Gender Identity Disorder. In A. J. Sameroff, M. Lewis, & S. M. Miller (A c. Di), *Handbook of Developmental Psychopathology* (pp. 671–686). Springer US.

Zucker, K. J. (2005). Gender Identity Disorder in Children and Adolescents. *Annual Review of Clinical Psychology*, *1*(1), 467–492.

Zucker, K. J. (2005b). Measurement of Psychosexual Differentiation. *Archives of Sexual Behavior*, *34*(4), 375–388.

Zucker, K. J. (2006). Gender Identity Disorder. In Wolfe, D. A., & Mash, E. J. (2006) *Behavioral and emotional disorders in adolescents: Nature, assessment, and treatment* (pp. 535–562). Guilford Publications.

Zucker, K. J. (2008). On the «natural history» of gender identity disorder in children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *47*(12), 1361–1363.

Zucker, K., Wilson-Smith, D., Kurita, J., & Stern, A. (1995). Children's appraisals of sex-typed behavior in their peers. *Sex Roles*, 33, 703–725.

Zucker, K., Wood, H., Singh, D., & Bradley, S. (2012). A Developmental, Biopsychosocial Model for the Treatment of Children with Gender Identity Disorder. *Journal of homosexuality*, 59, 369–397.

Sitografia

<https://www.tsroadmap.com>

<https://www.thetrevorproject.org/>

<https://pflag.org/>

<https://familyproject.sfsu.edu/>

https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Guide/transgender-and-gender-diverse-youth-122.aspx

Deconstructing cissexism: The journey of becoming an affirmative family therapist for transgender and nonbinary clients - ProQuest. (s.d.). Recuperato 19 marzo 2024, da <https://www.proquest.com/openview/8aab4804d031fd8007efa5aee08413bd/1?pq-origsite=gscholar&cbl=47664>

Loving beyond Gender: Family Experiences of Transgender Loved Ones - ProQuest. (s.d.). Recuperato 19 marzo 2024, da <https://www.proquest.com/openview/ed8f71762ac855e44561dfd6e02d203a/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750>

TYFA – Trans Youth Family Allies - <http://imatyfa.org/index.html>

Gender variant parenting - [https://www.youtube.com/watch?v= M74FoRd-0o&t=920s](https://www.youtube.com/watch?v=M74FoRd-0o&t=920s)

<https://www.imatyfa.org/>

<https://www.transyouthequality.org>

<https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/421/HESA/Brief/BR10447669/br-external/JamesJulie-e.pdf>

<https://thegenderbook.com/for-educators>

<https://www.glsen.org/2021-national-school-climate-survey>

Educational Determinants of Readiness to Practise with LGBTQ Clients: Social Work Students Speak Out | The British Journal of Social Work | Oxford Academic.

<https://academic.oup.com/bjsw/article-abstract/46/1/115/2494812>

<https://www.genderlens.org/wp-content/uploads/2022/01/GenderLens-Proposta-di-Regolamento-Scolastico-per-Carriera-Alias.pdf> (consultato il 10/07/2024)

<http://transbodies.com/people/>

<http://ftmguide.org/>

<https://www.abdn.ac.uk/students/student-channel/blog/laurence-michael-dillon-doctor-theologian-and-trans-pioneer/>

<https://embryo.asu.edu/pages/harold-delf-gillies-1882-1960>

Standards dell'OMS riguardo l'incongruenza di genere e depatologizzazione della condizione trans:

<https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/gender-incongruence-and-transgender-health-in-the-icd#> (consultato il 29/07/2024)

<http://www.thegenderdoctor.com/resources> (US)

<http://genderdiversity.org/>

<https://genderspectrum.org/>

[https://www.psychiatry.org/about-apa/policy-finder/position-statement-on-treatment-of-transgender-\(tr](https://www.psychiatry.org/about-apa/policy-finder/position-statement-on-treatment-of-transgender-(tr)

Lament, C. (2014). Conundrums and Controversies—An Introduction to the Section. *The Psychoanalytic Study of the Child*.

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00797308.2015.11785503>

Mental Health and Self-Worth in Socially Transitioned Transgender Youth—*Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. (s.d.). Recuperato 18 marzo 2024, da [https://www.jaacap.org/article/S0890-8567\(16\)31941-4/abstract](https://www.jaacap.org/article/S0890-8567(16)31941-4/abstract)

Speaking from the Margins: Trans Mental Health and Wellbeing in Ireland—University of Huddersfield Research Portal. (s.d.). Recuperato 30 luglio 2024, da <https://pure.hud.ac.uk/en/publications/speaking-from-the-margins-trans-mental-health-and-wellbeing-in-ir>

Transpeople, Hormones, and Health Risks in Southeast Asia: A Lao Study: *International Journal of Sexual Health*: Vol 21, No 1. (s.d.). Recuperato 30 luglio 2024, da <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/19317610802554141>

Mizock, L., & Lewis, T. K. (2008). Trauma in Transgender Populations: Risk, Resilience, and Clinical Care. *Journal of Emotional Abuse*. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10926790802262523>

Whittle, S., Turner, L., Combs, R., & Rhodes, S. (2012). Transgender EuroStudy: Legal Survey and Focus on the Transgender Experience of Health Care Written by.

WHO announces the development of a guideline on the health of trans and gender diverse people.

<https://www.who.int/news/item/28-06-2023-who-announces-the-development-of-the-guideline-on-the-health-of-trans-and-gender-diverse-people>

<https://williamsinstitute.law.ucla.edu/>

<https://www.psychiatrytimes.com/view/gender-identity-disorder-has-accepted-practice-caused-harm>

Friedemann Pfäfflin, Astrid Junge

Sex Reassignment. Thirty Years of International Follow-up Studies After Sex Reassignment Surgery: A Comprehensive Review, 1961-1991(Translated from German into American English by Roberta B. Jacobson and Alf B. Meier):

<http://web.archive.org/web/20070810023233/http://www.symposion.com/ijt/pfaefflin/1000.htm>

ONIG - <https://www.onig.it/>

<https://www.ilga-europe.org/>

<https://tgeu.org/>

[https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2020-09-](https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2020-09-30&atto.codiceRedazionale=20A05245&elenco30giorni=false)

[30&atto.codiceRedazionale=20A05245&elenco30giorni=false](https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2020-09-30&atto.codiceRedazionale=20A05245&elenco30giorni=false) (consultato il 29/07/2004)

David Reimer and John Money Gender Reassignment Controversy: The John/Joan Case | Embryo Project Encyclopedia. (s.d.). Recuperato 17 agosto 2024, da <https://embryo.asu.edu/pages/david-reimer-and-john-money-gender-reassignment-controversy-johnjoan-case>

Luhur, W., Brown, T. N., & Flores, A. R. (2019). Public opinion of transgender rights in the United States: 2017 IPSOS International Survey Series.

<https://escholarship.org/content/qt44v7q9h1/qt44v7q9h1.pdf>

<https://www.nbcnews.com/nbc-out/out-politics-and-policy/trump-promises-ban-transgender-women-sports-re-elected-rcna14248> (consultato il 29/07/2024)

<https://www.euronews.com/my-europe/2024/02/29/surge-in-transphobic-speech-among-politicians-sparks-concern-ahead-of-eu-elections-study-w> (consultato il 29/07/2024)

<https://www.treccani.it/vocabolario/ricerca/STIGMA/> (consultato il 30/07/2024)

<https://www.ricercaepratica.it/archivio/3971/articoli/39500/> (consultato il 10/08/2024)

<https://www.academie-medecine.fr/la-medecine-face-a-la-transidentite-de-genre-chez-les-enfants-et-les-adolescents/?lang=en> (consultato il 13/08/2024)

Ringraziamenti

Mi sono affacciata al mondo della psicologia anni fa in Brasile, quando avevo fatto ingresso all'università a soli 16 anni. La morte del mio papà, quando avevo 18 anni, mi ha portato ad abbandonare gli studi ed a trasferirmi in una grossa città. La lotta per la sopravvivenza mi ha portato a fare tutt'altro, ma lungo tutti questi anni la psicologia è rimasta un sogno nel cassetto che, ormai, non credevo più realizzabile in questa vita. Invece, a 45 anni, eccoci qua!

Voglio ringraziare innanzitutto a me stessa per avere creduto, dopo tanti anni, nella possibilità di riprendere gli studi in psicologia e per essere andata avanti in un periodo che è stato in assoluto il più buio della mia vita. Non so da dove ho tirato fuori la forza per credere ancora nelle mie capacità e la voglia di ricominciare, anche quando non vedevo più la luce alla fine del tunnel.

Un gros merci alla mia psicoterapeuta, la Dott.ssa Daniela Pittaluga, per avermi sostenuto all'inizio di questo progetto di vita, nonché durante gli incidenti di percorso durante il cammino. Le ringrazio per l'ascolto e la pazienza di essermi stata accanto, anche quando non si vedevano più progressi e sembrava impossibile avere dei risultati.

Volevo ricordare la mia amata cagnolina Sasha mancata a 16 anni, proprio quando avrei dovuto iniziare il lavoro di stesura di questa tesi. La perdita della mia compagna di avventure di una vita mi ha portato via un anno vissuto all'insegna del lutto. E ora che finalmente mi sono sbloccata e sono riuscita a concludere quello che avevo iniziato, è impossibile non pensare a quanto vorrei che lei fosse accanto a me nel raggiungimento di questo importante traguardo.

Ringrazio a mia madre, Nevinha, per essere stata sempre presente per me, anche quando non mi ha capita e non ha saputo essermi accanto. L'amore delle madri non demorde mai! *Obrigada por tudo, mãe!*

Infine, vorrei esprimere il riconoscimento alla mia relatrice la Prof.ssa Zunino che ha accolto la mia domanda di tesi su una tematica così complessa. Seguire il suo corso mi ha fatto venire l'ispirazione di impostare un lavoro con il focus sulla promozione della salute e del benessere, invece che sulla patologia. Un sincero ringraziamento alla mia correlatrice, la Prof.ssa Stagi, per la disponibilità e gli spunti che mi ha dato per la stesura di questo lavoro.

Infine, dedico questo elaborato a tutte le persone trans che ancora vivono sotto la soglia di dignità. Che un giorno la società sia veramente pronta a garantire loro giorni migliori e condizioni di vita più eque.