

Università degli Studi di Napoli

Federico II



Scuola di Dottorato in Scienze Psicologiche e Pedagogiche

Dottorato di Ricerca in Studi di Genere

XXVII Ciclo

MINORITY STRESS E TRANSGENDERISMI

**Effetti dello stigma vissuto ed interiorizzato e dei fattori protettivi
sulla salute mentale di un campione di persone transgender italiane**

TUTOR

Prof. Paolo Valerio

CANDIDATO

dott. Cristiano Scandurra

COORDINATORE

Prof.ssa Caterina Arcidiacono

ANNO ACCADEMICO 2014/2015

INDICE

Introduzione	1
---------------------	---

Parte prima

Transgenderismi. Tra patologia e depatologizzazione, tra normatività e stigma

1. La diagnosi “Disforia di Genere”. Nuovi orizzonti e vecchie prospettive

1.1 Alcune note terminologiche	6
1.2 Un po’ di storia	10
1.3 DSM-5: Quali cambiamenti? Quali pressioni?	14
1.4 Identità transgender. Modelli a confronto	23

2. La varianza di genere come oggetto di violenza normativa

2.1 Violenza e pregiudizi anti-transgender. Inquadramento teorico	35
2.2 Violenze rumorose. La varianza di genere come bersaglio di stigma	40
2.3 Transfobia interiorizzata. Lo stressor insidioso	44
2.4 Fattori di rischio e di protezione: Ripercussioni sulla salute mentale	47

3. Minority stress. La cornice teorica di riferimento

3.1 Stress, identità e minoranze: Il funzionamento del <i>minority stress</i>	52
3.2 Le teorie psicosociali alla base del <i>minority stress</i>	59
3.3 Applicazioni del <i>minority stress</i> alla popolazione transgender	62

Parte seconda

*Minority stress, salute mentale e ruolo della transfobia interiorizzata nelle
persone transgender*

4. Effetti dello stigma sulla salute mentale di un campione di persone transgender italiane

4.1 Introduzione	68
4.1.1 Orgoglio e vergogna verso la propria identità transgender	70
4.1.2 Passing: strategia di coping o segno di transfobia interiorizzata?	71
4.1.3 Supporto sociale, appartenenza alla comunità, resilienza ed alienazione	72
4.2 Obiettivi ed ipotesi	74
4.3 Strumenti	75
4.4 Metodo	80
4.5 Pianificazione delle analisi	81
4.5.1 Analisi Fattoriale Confermativa (AFC)	84
4.5.2 Analisi delle Classi Latenti (ACL)	86
4.5.3 Multiple Group Path-Analysis (MGPA)	86
4.6 Soggetti	87
4.7 Analisi statistiche preliminari	90
4.8 Risultati	93
4.8.1 Esplorazione delle tipologie e dei livelli di stigma e di problematiche di salute mentale	93
4.8.2 <i>Minority stress</i> e problematiche d'ansia	95

4.8.3 <i>Minority stress</i> e problematiche depressive	95
4.8.4 <i>Minority stress</i> e ideazione suicidaria	96
4.8.5 <i>Minority stress</i> e tentativo suicidario	101
4.8.6 Transfobia interiorizzata quale moderatore tra lo stigma vissuto e la salute mentale	101
4.9 Discussione	106
4.10 Implicazioni cliniche	117
4.11 Limiti	118
Appendice A. Consenso informato per lo studio “Trans Life Survey”	149
Appendice B. Domande socio-demografiche	152
Appendice C. Questionari sullo stigma vissuto	156
Appendice D. Questionari sullo stigma percepito e interiorizzato	158
Appendice E. Questionari sulla salute mentale	161
Appendice F. Questionari sulla resilienza e sul supporto sociale	165

ELENCO DELLE TABELLE

1. Criteri diagnostici del DSM-IV-TR per il Disturbo dell'Identità di Genere (DIG) (adolescenza ed età adulta)	18
2. Criteri diagnostici del DSM-5 per la Disforia di Genere (adolescenza ed età adulta)	18
3. Pietre miliari della formazione dell'identità transgender suddivise per gruppo (Beemyn & Rankin, 2011)	34
4. Indici di bontà di adattamento derivanti dalle ACF effettuate sugli strumenti psicometrici utilizzati per le analisi	83
5. Medie e deviazioni standard dei punteggi ottenuti ai singoli strumenti dalla fase di back-translation costituita dal confronto tra i giudici	83
6. Caratteristiche socio-demografiche del campione (N=149)	89
7. Caratteristiche del campione relative all'assunzione di ormoni e agli interventi di RCS (Riassegnazione Chirurgica del Sesso) (N=149)	90
8. Statistiche descrittive delle scale sullo stigma vissuto, EDS, PS, TIS, CES-D, BAI, PSS, RS e MPSS	91
9. Correlazioni bivariate tra stigma vissuto, EDS, PS, sottoscale di TIS, CES-D, BAI, PSS, RS e sottoscale di MPSS	92
10. Percentuali di stigma subito e percepito a causa dell'identità di genere e livelli di salute mentale nelle persone transgender italiane MtF ed FtM	94
11. Regressioni dell'ansia (outcome) sui processi di minority stress (stigma vissuto e percepito, transfobia interiorizzata, fattori protettivi)	97
12. Regressioni della depressione (outcome) sui processi di minority stress (stigma vissuto e percepito, transfobia interiorizzata, fattori protettivi)	98
13. Regressioni logistiche dell'ideazione suicidaria (outcome) sui processi di minority stress (stigma vissuto e percepito, transfobia interiorizzata,	99

fattori protettivi)

14. Regressioni logistiche del tentativo suicidario (outcome) sui processi di minority stress (stigma vissuto e percepito, transfobia interiorizzata, fattori protettivi) 100
15. Indici di bontà della ACL sui cluster basati sui 4 fattori della transfobia interiorizzata 102
16. Statistiche descrittive dei 3 cluster basati sui 4 fattori della transfobia interiorizzata (bassa, moderata e alta) 103
17. Schema riassuntivo dei processi del minority stress quali predittori delle problematiche di salute mentale nelle persone transgender italiane 110

ELENCO DELLE FIGURE

1. Adattamento schematico del modello di formazione a 14 fasi dell'identità transgender (Devor, 2004) 25
2. Rappresentazione grafica dei processi distali e prossimali del *minority stress* 55
3. I processi del *minority stress* nelle persone lesbiche, gay e bisessuali (Meyer, 2007) 59

ELENCO DEI GRAFICI

1. Medie standardizzate della transfobia interiorizzata per i 3 cluster 102
2. Multiple Group Path Analysis sui partecipanti con bassi livelli di transfobia interiorizzata 105
3. Multiple Group Path Analysis sui partecipanti con moderati livelli di transfobia interiorizzata 105
4. Multiple Group Path Analysis sui partecipanti con alti livelli di transfobia interiorizzata 106

INTRODUZIONE

La pubblicazione del DSM-5 (APA, 2013) ha rappresentato un momento cruciale del settore medico-psichiatrico, producendo importanti ridefinizioni delle psicopatologie. Di particolare interesse per il presente lavoro di tesi è il discorso relativo a ciò che, seguendo la nuova nomenclatura diagnostica del DSM-5, va sotto il nome di “Disforia di Genere”. Con questo termine, ci si riferisce alle persone transgender, ovvero a coloro che vivono una discordanza tra il genere vissuto e sentito come proprio e quello assegnato alla nascita da un terzo. Nonostante forti pressioni di stampo sia politico che scientifico finalizzate a *depsicopatologizzare* questa condizione identitaria (WPATH, 2010), il *Gender Identity Disorder Workgroup* del DSM-5, sebbene apportando importanti modifiche, ha preferito mantenere la diagnosi psichiatrica (cfr. il paragrafo 1.2 del capitolo 1 del presente lavoro). Eppure, le persone transgender rappresentano una popolazione estremamente eterogenea che può dirsi accomunata esclusivamente dall’attraversamento e, in certi casi, superamento del binarismo di genere socialmente imposto (Bockting, 1999). Il rischio di utilizzare un’etichetta diagnostica per esprimere il vissuto soggettivo di persone tra loro molto diverse è quello di perdere di vista le soggettività. È pur vero, però, che la presenza di una diagnosi psichiatrica consente il sovvenzionamento di complicate e costose procedure chirurgiche che, altrimenti, sarebbero a carico degli utenti¹. Ciò che è stato messo in dubbio dal *Gender Identity Disorder*

¹ Gli interventi di Riassegnazione Chirurgica del Sesso (RCS) in Italia sono regolati dalla legge 164/1982 “Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso”. Tale legge fu ottenuta negli anni ’80 grazie alle pressioni del MIT (Movimento Identità Transessuale) e da allora non è stata più modificata. Un elemento degno di nota è che il cambio del nome all’anagrafe può essere ottenuto solo “a seguito di intervenute modificazioni dei [...] caratteri sessuali”. Nonostante la legge non specifichi se si tratti di caratteri sessuali primari o secondari, la prassi più comune è quella di concedere questa possibilità a chi si è sottoposto ad interventi di RCS (è vero anche, però, che alcuni Giudici hanno concesso il cambio del nome anche senza alcun intervento di RCS. A tal riguardo, si confronti, ad es., la sentenza 412/2013).

Di seguito, si riportano gli articoli della legge 164/1982:

Art. 1 – La rettificazione di cui all’art. 454 del codice civile si fa anche in forza di sentenza del tribunale passata in giudicato che attribuisca ad una persona sesso diverso da quello enunciato nell’atto di nascita a seguito di intervenute modificazioni dei suoi caratteri sessuali.

Art. 2 – La domanda di rettificazione di attribuzione di sesso di cui all’art. 1 è proposta con ricorso al tribunale del luogo dove ha residenza l’attore. Il presidente del tribunale designa il giudice istruttore e fissa con decreto la data per la trattazione del ricorso e il termine per la notificazione al coniuge e ai figli. Al giudizio partecipa il pubblico ministero ai sensi dell’art. 70 del codice di pro-

Workgroup del DMS-5 è proprio la psichiatrizzazione di tale condizione identitaria che, in alcuni casi, sembra essere di per sé inappropriata e funzionale esclusivamente all'accesso a quei Sistemi Sanitari che, in assenza di diagnosi, non sovvenzionerebbero gli interventi chirurgici. È da qui, ad esempio, che il vecchio termine "Disturbo dell'identità di Genere" è stato sostituito da "Disforia di Genere", proprio per evitare ulteriori stigmatizzazioni provenienti da un apparato scientifico il cui fine, tra gli altri, dovrebbe essere anche quello di promuovere il benessere bio-psico-sociale. Il punto nodale, però, sembra essere un altro. È, infatti, innegabile che ogni tipo di diagnosi psichiatrica contenga in sé il pericolo dello stigma sociale (Ben-zeev et al., 2010). Il fatto è che le persone transgender devono anche costantemente e quotidianamente affrontare discriminazioni, soprusi e violenze da parte della società allargata, al punto che Grant et al. (2011) hanno parlato di ingiustizie *at every turn*: le violenze hanno luogo, infatti, nelle famiglie d'origine, nelle scuole, nei luoghi di lavoro, nei supermercati, negli studi medici, nelle questure, ed in tutti quei luoghi dove vigono processi di socializzazione. Come sostenuto da una serie di autori (Bockting et al., 2013; Hendricks & Testa, 2012; Meyer, 2003, 2007), le persone transgender vivono uno stress molto particolare a causa di questo continuo bersagliamento sociale. Si tratta del *minority stress*, stress cronico e di natura sociale che colpisce le minoranze sessuali e di

cedura civile. Quando è necessario, il giudice istruttore dispone con ordinanza l'acquisizione di consulenza intesa ad accertare le condizioni psico-sessuali dell'interessato. Con la sentenza che accoglie la domanda di rettificazione di attribuzione di sesso il tribunale ordina all'ufficiale di stato civile del comune dove fu compilato l'atto di nascita di effettuare la rettificazione nel relativo registro.

Art. 3 – Il tribunale, quando risulta necessario un adeguamento dei caratteri sessuali da realizzare mediante trattamento medico-chirurgico, lo autorizza con sentenza. In tal caso il tribunale, accertata la effettuazione del trattamento autorizzato, dispone la rettificazione in camera di consiglio.

Art. 4 – La sentenza di rettificazione di attribuzione di sesso non ha effetto retroattivo. Essa provoca lo scioglimento del matrimonio o la cessazione degli effetti civili conseguenti alla trascrizione del matrimonio celebrato con rito religioso. Si applicano le disposizioni del codice civile e della legge 1° dicembre 1970, n. 898, e successive modificazioni.

Art. 5 – Le attestazioni di stato civile riferite a persona della quale sia stata giudizialmente rettificata l'attribuzione di sesso sono rilasciate con la sola indicazione del nuovo sesso e nome.

Art. 6 – Nel caso che alla data di entrata in vigore della presente legge l'attore si sia già sottoposto a trattamento medico-chirurgico di adeguamento del sesso, il ricorso di cui al primo comma dell'art. 2 deve essere proposto entro il termine di un anno dalla data suddetta. Si applica la procedura di cui al secondo comma dell'art. 3.

Art. 7 – L'accoglimento della domanda di rettificazione di attribuzione di sesso estingue i reati cui abbia eventualmente dato luogo il trattamento medico-chirurgico di cui all'articolo precedente.

genere – in questo caso le persone transgender, ma anche le persone gay, bisessuali e lesbiche – continuamente stigmatizzate a causa della propria appartenenza identitaria. È stato da tempo dimostrato che il *minority stress* (Meyer, 2003, 2007, 2010) ha una forte relazione diretta con gli esiti avversi di salute mentale, di fronte ai quali possono essere messe in atto una serie di strategie di coping e di resilienza finalizzate a mitigare quest’effetto o utilizzare una serie di fattori protettivi (ad es., il supporto sociale e dei pari, l’appartenenza comunitaria, ecc.) capaci di moderare la relazione tra stigma e salute mentale. Come suggerisce l’Institute of Medicine (IOM, 2011) degli Stati Uniti d’America, utilizzare nella ricerca il modello teorico del *minority stress* consente una comprensione approfondita delle dinamiche relative alla salute mentale delle persone gay, lesbiche, bisessuali e transgender. Nonostante ciò, fino a pochissimi anni fa, le persone transgender sono state inspiegabilmente lasciate fuori dalle ricerche che si sono occupate di studiare gli effetti del *minority stress* sulla salute mentale. È solo di recente che grazie al lavoro di Hendricks e Testa (2012) si è cominciato ad applicare teoricamente questo modello alle differenti identità transgender e, sempre di recente, è stato pubblicato il primo studio di applicazione quantitativa ad opera di Bockting et al. (2013). In Italia, contrariamente agli USA, studi applicativi di questo modello alla popolazione transgender sono, a quanto ci risulta, inesistenti. Da questa specifica prospettiva e con un approccio sperimentale di natura quantitativa, il presente lavoro di tesi è finalizzato a comprendere i livelli e le tipologie di stigma che le persone transgender italiane vivono nel nostro contesto socio-culturale, analizzando gli effetti diretti ed indiretti sulla salute mentale.

Il lavoro è diviso in due parti. La prima parte – *Transgenderismi. Tra patologia e depatologizzazione, tra normatività e stigma* – affronta teoricamente la complessa questione delle identità transgender, declinata attraverso i due filoni di ricerca più attuali che, nonostante diversificati, si incrociano in punti nodali: quello relativo alla psichiatrizzazione e alle questioni più recenti sulla diagnosi di “Disforia di Genere” e quello relativo allo stigma anti-transgender, nelle sue forme esteriorizzate ed interiorizzate, approcciando ad un’applicazione teorica del modello del *minority stress* a queste identità. Le persone transgender, in qualità di

gender outlaws (Bornstein & Bergman, 2010), incontrano lungo il proprio percorso di vita seri ostacoli e gravi violenze (ad es., Kenagy, 2005; Lombardi et al., 2001; Xavier, 2000) che mettono a dura prova il raggiungimento del benessere psicologico. A partire dai primi anni di vita durante i quali, spesso, la non conformità di genere è punita (ad es., Factor & Rothblum, 2007; Koken, Bimbi, & Parsons, 2009), passando attraverso l'adolescenza e le sofferenze causate dal bullismo omo/transfobico (Dank et al., 2014), le persone transgender giungono in età adulta, continuando ad incontrare problematiche di inclusività nei luoghi di lavoro (Lombardi et al., 2001; Nemoto et al., 2004) e nell'accesso ai servizi di salute (Bockting et al., 2004). Nonostante ciò, le persone transgender – così come tutte le minoranze stigmatizzate – riescono a beneficiare di una serie di fattori protettivi, di natura individuale e sociale, che fungono da ammortizzatori, moderando gli effetti dello stigma sulla salute mentale (Bockting et al., 2013; Singh et al., 2011). Tutte queste dimensioni sono analizzate nella prima parte del presente lavoro, offrendo una panoramica degli studi più recenti.

La seconda parte del lavoro – *Minority stress, salute mentale e ruolo della transfobia interiorizzata nelle persone transgender* – rappresenta l'apporto originale di ricerca, il cui obiettivo principale è stato quello di applicare quantitativamente il modello del *minority stress* alle persone transgender italiane, proponendo al tempo stesso un approccio innovativo al suddetto modello grazie all'utilizzo della dimensione della transfobia interiorizzata quale moderatore tra lo stigma vissuto e le *negative mental health outcomes*. I risultati ottenuti dal presente lavoro di ricerca sono stati, infine, analizzati nel loro risvolto psicologico-clinico, discutendone le implicazioni legate agli interventi di counselling e/o di psicoterapia rivolti alle persone transgender.

Parte prima

Transgenderismi.

Tra patologia e depatologizzazione, tra normatività e stigma

CAPITOLO 1

LA DIAGNOSI “DISFORIA DI GENERE”.

NUOVI ORIZZONTI E VECCHIE PROSPETTIVE

L'esperienza trans come ridefinizione di sé è precarietà in quanto spostamento semantico continuo: exodus, spostamento, riposizionamento, trasformazione, significati e significanti quindi del “transito”, il moto “da-a”, da qualcosa di socialmente determinato a qualcos'altro di indeterminato. [...] E, in quanto exodus, esso è sempre in atto, non è mai concluso: in tal senso confligge con la determinatezza di un sesso e di un genere “dato una volta per tutte” [...]. L'exodus trans, in quanto ricerca, è ricchezza, in antitesi con quanti/e, anche in ambito libertario, immaginano e collocano l'esistenza, compresa quella trans, tra due punti: uno di partenza e uno di arrivo, che dovrebbero coincidere più o meno con partenza dal maschile e arrivo al femminile o viceversa. [...]. L'esperienza trans decostruisce corpi, identità, culture: è l'elemento acqua che lambisce e tocca l'elemento terra, è il mare che nel suo moto perpetuo trasforma la linea di terra. (Porpora Marcasciano – *Oltre l'identità: transito e molteplicità nell'era precaria*)

1.1 Alcune note terminologiche

Quando il tema centrale del discorso è la salute LGBT (Lesbica, Gay, Bisessuale e Transessuale/Transgender), è di fondamentale importanza definire operativamente i costrutti teorici utilizzati. Il rischio, altrimenti, è quello di confondere costrutti tra loro intrecciati ma al contempo differenti. In questo lavoro, infatti, saranno utilizzati molti termini aventi a che fare con le diverse componenti dell'identità sessuale e con i suoi derivati.

L'identità sessuale è un costrutto multicomponentiale che indica una dimensione soggettiva del proprio essere sessuato. Essa rappresenta il risultato di un

complesso processo interattivo dove si intrecciano, in maniera imprevedibile, aspetti biologici, psicologici, socioculturali ed educativi. Seguendo i modelli di Shively e De Cecco (1977) e di Lev (2004), l'identità sessuale risulta essere costituita da quattro componenti: il sesso biologico, l'identità di genere, il ruolo di genere² e l'orientamento sessuale.

Il *sesso* è una dimensione biologica che si riferisce alle caratteristiche genetiche, ormonali, anatomiche e fisiologiche sulla cui base agisce quel complesso processo di assegnazione sessuale che prende avvio alla nascita e grazie al quale si è dichiarati femmine o maschi. Il sesso, dunque, è caratterizzato dai cromosomi sessuali (XY per il maschio e XX per la femmina), dai genitali esterni, dalle gonadi e dai caratteri sessuali secondari che si svilupperanno solo in pubertà (Vilain, 2000). Esistono, però, delle condizioni intersessuali – anche dette *Disordini della Differenziazione Sessuale* (DSD) – che indicano tutte quelle condizioni congenite caratterizzate da uno sviluppo atipico del sesso cromosomico, anatomico o gonadico (Raza & Warne, 2012). La costituzione biologica di base non consente in questi casi una chiara identificazione sessuale come maschio o femmina³.

Il genere, invece, è un costrutto più attinente alla sfera psicologica e socio-culturale ed ha che fare con le rappresentazioni interne e sociali della femminilità e della mascolinità. L'*identità di genere* va, dunque, intesa come senso intimo, profondo e soggettivo di appartenenza ad un sesso e non all'altro (Stoller, 1968). Stoller ha sostenuto che già a 3 anni i bambini sono in grado di identificarsi con il sesso maschile o femminile e che non è possibile modificare l'identità di genere

² Shively e De Cecco (1977), nel loro modello originario, non parlano di *gender role*, ma di *social sex role*. Tale modello è stato adattato da Bockting e Coleman (2007), i quali hanno integrato il concetto di ruolo di genere distinguendolo da quello di *social sex role*. Se il primo si riferisce agli aspetti esteriori e sociali della presentazione di genere, il secondo si riferisce agli stereotipi legati ai ruoli sessuali maschili e femminili.

³ I più frequenti 'Disordini della Differenziazione Sessuale' sono la *Sindrome di Turner* (che colpisce solo le bambine ed è caratterizzata dall'alterazione nella struttura cromosomica causata da uno scorretto appaiamento dei cromosomi durante la meiosi), la *Sindrome di Klinefelter* (che, diversamente dalla precedente, colpisce solo i bambini ed è anch'essa causata da un'anomalia cromosomica, di cui il cariotipo più frequente è XXY), la *Sindrome di Morris* (che si caratterizza per un'interruzione dell'apparato riproduttivo nel feto e che comporta la presenza di cromosomi sessuali maschili e, contemporaneamente, lo sviluppo in senso femminile a causa dell'insensibilità agli androgeni) e l'*Iperplasia Congenita del Surrene* (che colpisce sia i bambini che le bambine ed è dovuta ad un difetto enzimatico trasmesso geneticamente) (Raza & Warne, 2012).

una volta che essa si sia stabilita. L'identità di genere, però, non va considerata come binaria o dicotomica. Esistono diverse sfumature identitarie tali che alcune persone percepiscono di non appartenere strettamente a nessuno dei due sessi biologici. L'identità di genere, infatti, può essere o meno congruente al sesso assegnato alla nascita, assegnazione che si basa sulla sola apparenza dei genitali esterni. Alcune identità di genere risultano "non conformi" alle norme culturali e prescrittive che esitano nel binarismo di genere, ovvero quel dispositivo socio-culturale che impone l'esistenza di due generi soltanto, maschile e femminile. Solitamente si utilizza il termine *transgender* per riferirsi a quel gruppo diversificato di persone che attraversano, trascendono o travalicano le definite categorie di genere (Bockting, 1999)⁴, denaturalizzando l'eteronormatività (Stryker, 1998). Tale termine è relativamente nuovo e venne utilizzato per la prima volta da Virginia Prince⁵ nel 1970 per riferirsi a tutte quelle persone che vivono a tempo pieno in un genere diverso da quello loro assegnato (Devor, 2002). Questo gruppo include le persone *transessuali* MtF (*male to female*) o FtM (*female to male*), che necessitano di sottoporsi a terapie ormonali e/o chirurgiche per femminilizzare o mascolinizzare il proprio corpo e poter vivere a tempo pieno nel genere di identificazione; i *travestiti* o *cross-dressers*, che desiderano indossare abiti del sesso opposto a quello loro assegnato; i *transgender* (in inglese "transgenderist") che vivono a tempo pieno nel genere di identificazione, prendono o meno ormoni, ma non avvertono il bisogno di sottoporsi ad interventi demolitivo-ricostruttivi di Riassegnazione Chirurgica del Sesso (RCS); le persone *bigender*, che si identificano sia con il genere maschile che femminile; infine, le *drag queens* ed i *drag kings*, che

⁴ In Italia, in realtà, il termine *transgender* indica solitamente un'identità ben definita e distinta da quella *transessuale*. Questa differenza con la tradizione americana è da riscontrare nell'assenza, nel linguaggio italiano, del termine *transgenderist* che, in America, indicherebbe ciò che in Italia è il transgender. In Italia si utilizza solitamente *trans* come termine ombrello, al posto del *transgender* americano. In ogni caso, *transessuale* indica una persona che vive una discordanza tra il sesso assegnato alla nascita e il genere a cui sente di appartenere e che affronta questa incongruenza facendo ricorso a terapie ormonali e/o chirurgiche; la persona *transgender*, invece, nonostante viva la stessa tipologia di discordanza e faccia uso di ormoni (anche se non in tutti i casi), non sente il bisogno di sottoporsi ad interventi chirurgici di adeguamento del proprio sesso al genere sentito come proprio.

⁵ Virginia Prince era un'attivista transgender americana nata nel 1913 a Los Angeles e morta nel 2009. Per un approfondimento della sua vita, si rimanda a *Virginia Prince: Pioneer of Transgendering* di Ekins e King (2006).

indossano abiti del sesso opposto a quello loro assegnato, adottando atteggiamenti iperfemminili o ipermaschili (Bockting, 1999). Più recentemente, per indicare queste identità fluide rispetto alle cristallizzazioni binarie del genere maschile e femminile, si sta utilizzando il termine *gender variance*, ovvero varianza di genere (IOM, 2011).

Si è soliti, dunque, scindere dicotomicamente il sesso ed il genere, l'uno appartenente alla sfera puramente biologica, l'altra a quella sociale e culturale. Tale visione binaria, però, è stata messa letteralmente in crisi dai *Queer Studies*. Il sesso, alla stregua del genere, diventa una costruzione socio-culturale naturalizzata con lo scopo di creare un ordine sociale. Foucault (1976) ha ben mostrato che il corpo non diventa sessuato prima che sia iscritto in un codice normativo di stampo socio-culturale. Prima, cioè, che sia iscritto nel discorso. A causa, però, del controllo dei corpi, la società è come costretta a considerare il corpo come già iscritto nel discorso e a renderlo sessuato ancor prima che possa “sessuarsi” autonomamente. Basti considerare l'intersessualità e la sua medicalizzazione anche lì dove non c'è rischio per la vita. La società, insieme ai suoi “surrogati” scientifici, quali la psichiatria, la medicina e la biologia, ha come il bisogno di considerare il sesso in maniera binaria. Ed è qui che agisce tramite interventi chirurgici su neonati, prima che essi possano davvero decidere a quale sesso – e genere – appartenere. La loro è una *diversità negata* (Monceri, 2010) attraversata da un'obbligatoria naturalizzazione e normalizzazione dell'identità sessuale.

Continuando il discorso sulle componenti dell'identità sessuale, il *ruolo di genere* è quell'insieme di comportamenti, attitudini e modalità di presentazione sociale che, nell'ambito di uno specifico contesto socio-culturale, è riconosciuto come tipicamente maschile o femminile. Il ruolo di genere, dunque, è la manifestazione pubblica dell'identità di genere, esperienza invece più privata e personale (Money, 1985). Questa componente identitaria esprime, per così dire, adattamento sociale alle norme condivise su manierismi, adornamenti, tratti di personalità, vocabolario, interessi, abitudini, ecc. Tutte queste modalità diventano “tipicizzate” per genere. Se non sono rispettate, verranno percepite come inappropriate.

L'esempio più tipico è l'aspettativa sociale che una bambina giochi con le bambole e non con giochi violenti.

Infine, l'ultima componente dell'identità sessuale è l'*orientamento sessuale*. Esso indica la direzione della sessualità e dell'affettività, a livello comportamentale o fantasmatico, verso persone dello stesso sesso (omosessualità), di sesso opposto (eterosessualità) o di ambo i sessi (bisessualità). Si tratta di un costrutto intrinsecamente relazionale che si costruisce come insieme di altre 3 sotto-caratteristiche (IOM, 2011): 1) esso riguarda le relazioni intime, sessuali e/o romantiche, che possono essere attualizzate tramite comportamenti o rimanere semplicemente un oggetto del desiderio; 2) il focus dell'orientamento sessuale è il sesso biologico del partner reale o potenziale; e 3) esso riguarda pattern duraturi di esperienze e comportamenti tali per cui un singolo caso di desiderio o comportamento sessuale non può definire l'orientamento sessuale di una persona. Più semplicemente, l'orientamento sessuale può essere operazionalizzato come insieme di 3 caratteristiche, ovvero l'attrazione, il comportamento e l'identità.

Le quattro componenti dell'identità sessuale possono tra loro combinarsi in una miriade di modi mai prevedibili poiché influenzati da molteplici fattori incontrollabili. Ciò che le persone transgender ci insegnano è proprio tale imprevedibilità, l'impossibilità di immaginarsi lo sviluppo dell'identità sessuale dell'essere umano. In una società come quella occidentale in cui la differenza e l'incontrollabile ancora creano angosce, la persona transgender è percepita come 'trasgressore dei confini'. Questa percezione blocca la possibilità di pensarla in termini di ricchezza.

1.2 Un po' di storia

Il discorso sui transessualismi ha destato il suo fascino in ambito scientifico già sul finire dell'800, grazie allo studio sull'*inversione sessuale* di Havelock Ellis

(1899, vol. II), alla *Psychopathia Sexualis* di Krafft-Ebing (1931) e ai lavori sul travestitismo di Hirschfeld (1910) (Valerio, Bottone, Galiani, & Vitelli, 2001)⁶.

Krafft-Ebing riferisce due casi di transessualismo – “osservazione 353” e “osservazione 354” – definendo tale condizione come *Metamorfosi sessuale paranoica*. Gli interventi attuati da Krafft-Ebing sono da considerarsi di tipo “ortopedico-correttivi” poiché erano finalizzati al rinforzo delle funzioni specifiche del sesso di appartenenza. Oggi, tali interventi, verrebbero definiti “riparativi”.

Magnus Hirschfeld, invece, nel 1910 coniò il termine *Transvestitismus* per riferirsi a quelle persone dominate dall’abitudine di indossare vestiti tipicamente considerati del sesso opposto, collocandoli nosograficamente in uno *stadio sessuale intermedio*. Nonostante già utilizzato nell’opera di Hirschfeld, si è soliti attribuire la paternità del termine “transessualismo” a David O. Cauldwell (1949) che, in *Sexology Magazine*, si occupò di un caso di una ragazza che desiderava ‘ossessivamente’ essere un uomo. Tale condizione fu definita *psychopathia transsexualis*, riferendosi con un gioco di parole al testo di Krafft-Ebing, *Psychopathia Sexualis*⁷.

Nonostante questi primissimi riferimenti scientifici, bisognerà attendere il 1953 affinché al transessualismo sia data una propria autonoma esistenza e dignità nosografica. Quell’anno Harry Benjamin, gerontologo e sessuologo, scrive “Transvestitism and Transsexualism”. Benjamin pubblica questo articolo influenzato dalla vicenda di Christine Jorgensen⁸, un caso di una persona transessuale che fu operata dai chirurghi Hamburger, Stürup e Dahl-Iversen nel 1951. Il caso ebbe una tale risonanza mediatica che girò per tutto il mondo. Il clamore fu forse dovu-

⁶ Per una trattazione più esaustiva sul percorso storico del transessualismo, si rimanda all’approfondito lavoro di Valerio et al. (2001) dal quale è stato ripreso quanto scritto in questa sede.

⁷ Nel recentissimo volume “Sesso e genere. Uno sguardo tra storia e nuove prospettive” curato da Vitelli e Valerio (2012), si possono ritrovare le traduzioni integrali dei testi di Hirschfeld – *I Transvestitisti. La pulsione erotica a travestirsi* – e di Claudwell – *Psychopathia Transsexualis*.

⁸ La storia di Christine Jorgensen, considerata da molte persone che avevano intenzione di attuare la RCS come una “Bibbia”, è raccolta in un’autobiografia pubblicata nel 1967. Grazie a questo scritto, molte persone transessuali ebbero l’opportunità di riconoscersi, di non sentirsi sole e di trovare un linguaggio condiviso attestante la loro “esistenza”. Un’interessante resoconto della storia di Christine Jorgensen è stato scritto da Santamaria (2004).

to alla professione che Christine esercitava. Era un soldato arruolato nell'esercito: "Soldato del Bronx diventa una bella bionda" recitava il titolo del *New York Daily News* il 1° Dicembre del 1952 (Jorgensen, 1967).

Apparirà chiaro che il transessualismo come è oggi inteso, fino agli inizi del Novecento, non ha mai ottenuto una specificità nosografica né dunque teorica, ma "all'interno del più generale campo delle perversioni esso veniva infatti posto in continuità ora con le forme dell'omosessualità, ora con quelle del transessualismo" (Valerio et al. 2001, p. 18), valorizzandone la femminilizzazione. Benjamin, in *Il Fenomeno Transessuale* del 1966, dirà: "i veri transessuali sentono di appartenere all'altro sesso, desiderano d'essere e di operare come membri del sesso opposto, non di apparir tali soltanto; per essi, i loro organi sessuali, tanto primari (testicoli), che secondari (pene, e gli altri), sono deformità disgustose che devono essere trasformate dal bisturi del chirurgo" (p. 23, cit. in Valerio et al. 2001, p. 20).

Anche la psicoanalisi non si lasciò sfuggire il fascino di questa condizione identitaria. L'opera pionieristica di Stoller (1968) *Sex and Gender. The Development of Masculinity and Femininity*, diede l'avvio ad una serie di importanti lavori di matrice prettamente eziopatogenetica, dunque patologizzante e finalizzata a comprenderne le cause (Chilland, 1997; Czermak, 1986; Lacan, 1958; Oppenheimer, 1992; Ovesey & Person, 1983; Quinodoz, 1998, 2002; Safouan, 1974; Stoller 1968, 1972, 1975, 1985; Tyzler, 1996)⁹.

Nonostante la sua lunga storia, il transessualismo è diventato appannaggio della scienza psichiatrica solo nel 1980, con la pubblicazione della terza edizione del DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Le prime due edizioni del DSM, di matrice prettamente psicodinamica, non avevano annoverato tale condizione identitaria tra le patologie mentali. Con l'abbandono di questa matrice e l'adozione di un approccio neo-Kraepeliano, più descrittivo e non basato sull'eziogenesi, il transessualismo diventa patologia mentale. Un evidente para-

⁹ Anche per questi lavori, si rimanda al testo di Valerio et al. (2001) in cui, oltre ad introduzioni specifiche suddivise per autori, è possibile leggere importanti articoli o capitoli degli autori citati.

dosso. La decisione di inserire la diagnosi di transessualismo nel DSM si basò su importanti contributi clinici e di ricerca provenienti da John Money, Harry Benjamin, Robert Stoller e Richard Green (Drescher, 2010).

Storicamente, la terza edizione del DSM (APA, 1980) utilizzò l'etichetta diagnostica di "Transessualismo" collocandola nel capitolo "Disturbi Psicosessuali" e, nello specifico, nel sotto-capitolo "Disturbi dell'Identità di Genere". Le diagnosi erano: "Transessualismo", "Disturbo dell'Identità di Genere nell'Infanzia" e "Disturbo Atipico dell'Identità di Genere". La revisione della terza edizione del DSM (APA, 1987) comportò notevoli modifiche. Il transessualismo venne collocato nel capitolo dei "Disturbi Solitamente Diagnosticati per la Prima Volta nell'Infanzia, nella Fanciullezza e nell'Adolescenza". Nello specifico, si annoveravano le seguenti diagnosi: "Transessualismo", "Disturbo dell'Identità di Genere nell'Adolescenza e nell'Età Adulta – Tipo Non-Transessuale" (GIDAANT) e "Feticismo da Travestitismo". Nella quarta edizione del DSM (APA, 1994), così come nella sua revisione (APA, 2000), il transessualismo viene incorporato nei "Disturbi dell'Identità di Genere" (DIG), specificamente nella sezione "Disturbi Sessuali e dell'Identità di Genere". A seconda del momento evolutivo – infanzia, adolescenza ed età adulta – sono fornite diagnosi differenti con specifici sintomi. Attualmente non si parla più di DIG, ma di "Disforia di Genere" (APA, 2013) (cfr. par. 1.3 del presente capitolo). È da sottolineare che, con l'eccezione della revisione del DSM-III, il transessualismo è sempre stato posto al fianco o delle Parafilie o dei Disturbi Sessuali.

Senza dubbio, questa continua evoluzione della diagnosi psichiatrica, rappresenta un segno della difficoltà di inquadrare nosograficamente tale condizione identitaria. Tra le patologie psichiatriche annoverate nelle diverse edizioni del DSM, infatti, il transessualismo rappresenta piuttosto un *unicum*. È l'unica condizione che non necessita di una cura psichiatrico-farmacologica ma, solo in certi casi, di un intervento chirurgico. Dunque, è funzionale conservare questa diagnosi? Tale domanda, probabilmente, rappresenta il filo conduttore di un dibattito molto attuale che si è concluso con l'apporto di altri cambiamenti, tra lotte con i movi-

menti di attivismo politico che, per la maggior parte, hanno combattuto per la sua definitiva eliminazione.

1.3 DSM-5: Quali cambiamenti? Quali pressioni?

Il 2013 ha rappresentato un anno molto significativo per l'evoluzione della diagnosi di transessualismo. La pubblicazione della nuova edizione del DSM ha apportato notevoli cambiamenti teoretici che, per la prima volta, sono stati impattati da pressioni esterne, finanche politiche che, da sempre, hanno rappresentato lo sfondo della psichiatria egemone. Il *Gender Identity Disorder Workgroup* del DSM-5 – costituito da autorevoli personalità in materia di transgenderismi¹⁰ – per la prima volta ha deciso di interpellare le organizzazioni transgender di tutto il mondo. È stata, infatti, distribuita una survey online in tutte le organizzazioni che, a vario titolo, si occupano di diritti o sanità legati alle questioni transgender (Vance et al., 2010)¹¹. Il *fil rouge* di questo studio è da rintracciare nel dubbio relativo all'utilità e al senso di mantenere in vita una siffatta diagnosi. L'obiettivo principale, infatti, era quello di comprendere se l'intervistato era a favore o meno del mantenimento della diagnosi, analizzandone le argomentazioni e valutandone le conseguenze per la cura, i rimborsi sanitari e le questioni legali. I risultati riportano che più del 50% dei rispondenti ha sostenuto l'eliminazione della diagnosi dal

¹⁰ “Gender Identity Disorder Workgroup” è un sottogruppo del più vasto “Sexual and Gender Identity Disorders Workgroup”. Quest'ultimo rappresenta la task force psichiatrica che, tra i differenti gruppi di lavoro che operano all'interno del DSM-5, si occupa specificamente di Disturbi Sessuali e dell'Identità di Genere. Il workgroup è suddiviso in tre sottogruppi. Il primo è già stato citato. Ad esso seguono il sottogruppo sulle Disfunzioni Sessuali e quello sulle Parafilie. Nello specifico, il sottogruppo sul Disturbo dell'Identità di Genere è composto da Peggy T. Cohen-Kettenis in qualità di chair, e da altri tre componenti: Jack Drescher, Heino F. L. Meyer-Bahlburg e Friedemann Pfäfflin. Il chair, invece, dell'intero gruppo sui Disturbi Sessuali e dell'Identità di Genere è Kenneth J. Zucker.

¹¹Quando l'American Psychiatric Association (APA) ha pubblicato i *drafts* sul sito web del DSM-5 (<http://www.dsm5.org>), per la prima volta dalla sua prima edizione ha aperto le porte al pubblico, chiedendo feedback dall'esterno e dando così la possibilità di commentare apertamente le modifiche proposte alle singole categorie diagnostiche. Quest'azione ha risposto al bisogno di trasparenza e di apertura che molti “advocacy groups” da tempo richiedevano (Ben-zeev, Young, & Corrigan, 2010). Il gruppo sui Disturbi Sessuali e dell'Identità di Genere ha, dunque, seguito questo nuovo stile di indubbia apertura etica, coinvolgendo associazioni di tutto il mondo (Stati Uniti, Europa, Nord America, America Latina, Africa, Oceania ed Asia) con l'obiettivo di cogliere le differenze socio-culturali relative alla percezione della diagnosi.

DSM. Questa percentuale aumentava per le organizzazioni politiche ed educative costituite da persone transgender. I gruppi rientranti nelle aree della salute medica e di quella mentale si sono mostrati, invece, meno certi del primo gruppo, soprattutto a causa del problema dei rimborsi per il trattamento ormonale e chirurgico. Un dato molto interessante ed utile a comprendere questo calo di percentuale è che in quei Paesi in cui, anche dopo l'eliminazione della diagnosi, il Sistema Sanitario continuerebbe a rimborsare le spese mediche, l'83% dei rispondenti si è dichiarato a favore dell'eliminazione della diagnosi, di contro al 45% appartenente a Paesi che, invece, non erogherebbero rimborsi in assenza della diagnosi. Tra le ragioni addotte a favore dell'eliminazione della diagnosi, Narrow e Cohen-Kettenis (2010, p. 127) riportano le seguenti: "1) le preoccupazioni che la diagnosi in maniera inappropriata patologizzi un aspetto dell'identità; 2) la convinzione che la diagnosi sia stigmatizzante e che rappresenti la maggiore causa di disagio; 3) il potenziale uso della diagnosi come strumento discriminatorio risultante, per es., nell'esclusione dal servizio militare o dai servizi sanitari e, infine, 4) la credenza che il DIG sia un fenomeno neurologico e cerebrale, non un disturbo mentale".

Nell'ambito del discorso sulla necessità della depatologizzazione, di recente il WPATH (World Professional Association for Transgender Health), l'associazione professionale di stampo multidisciplinare ed internazionale più accreditata in materia di transgenderismi, ha pubblicato la seguente risoluzione:

Il Consiglio di Amministrazione del WPATH sollecita con forza la depsi-copatologizzazione della varianza di genere a livello mondiale. L'espressione delle caratteristiche di genere, incluse le identità, che non sono stereotipicamente associate al sesso assegnato alla nascita rappresenta un fenomeno umano comune e culturalmente determinato che non deve essere giudicato come intrinsecamente patologico o negativo. La psicopatologizzazione delle caratteristiche delle identità di genere rinforza e può causare stigma, rendendo il pregiudizio e la discriminazione più probabili, esponendo le persone transgender e transessuali più vulnerabili alla marginalizzazione ed esclusione sociale e legale, ed aumentando i rischi per il benessere psico-fisico. Il WPATH sollecita le organizzazioni

professionali governative e mediche a rivedere le loro politiche e le loro prassi allo scopo di eliminare lo stigma rivolto alle persone gender variant (26 Maggio 2010).

La questione dello stigma (cfr. il capitolo 2 del presente lavoro), dunque, appare di centrale importanza quando il discorso si incentra sulla diagnosi psichiatrica. Semplicemente perché la diagnosi è un propulsore di stigma sociale che facilmente viene interiorizzato e che, in un circolo vizioso, può manifestarsi in comportamenti di evitamento rivolti ai servizi sanitari proprio per paura di impattare con lo stigma (Ben-zeev et al., 2010). Come sostenuto da Winters e Ehrbar (2010), infatti, “l’attuale concettualizzazione del DIG e la sua inclusione nel DSM hanno un importante effetto sulle persone trans, non solo a livello individuale ma anche a livello di diritti civili e politiche pubbliche” (p. 132). La task force del DSM-5 relativa al Disturbo dell’Identità di Genere ha dunque cercato di far fronte a queste pressioni sociali, tentando dei compromessi il cui esito è stato il mantenimento della diagnosi con una serie di importanti modifiche. Zucker et al. (2013) hanno di recente pubblicato le attuali modifiche in un report intitolato *Memo Outlining Evidence for Change* (MOEC) nel quale ogni cambiamento è approfonditamente spiegato e teoricamente giustificato. Tali cambiamenti possono essere così riassunti¹²:

1. *Il cambiamento del nome: Disforia di Genere.* In accordo con quanto sostenuto da De Cuypere, Knudson e Bockting (2010), il termine Disforia di Genere è apparso semanticamente più appropriato poiché cattura una componente emozionale negativa ed avversiva nei confronti del proprio genere. Inoltre, l’eliminazione del termine “identità” – così com’era nel Disturbo dell’Identità di Genere – e l’accostamento del termine “disforia” a “genere” (non più “disturbo”, dunque), implica che non esiste alcuna patologia associata all’identità di genere in sé, ma solo la possibilità di provare disagio ver-

¹² Zucker et al. (2013) citano 11 cambiamenti in totale. Molti di essi riguardano la diagnosi di Disforia di Genere in infanzia. Il lavoro qui presentato non ha l’obiettivo di analizzare l’infanzia e le questioni di genere associate. Pertanto, saranno riportati solo i cambiamenti principali che riguardano l’adolescenza e l’età adulta. Per una trattazione completa dei cambiamenti avvenuti nel DSM-5 e relativi specificamente all’identità di genere, si rimanda direttamente al lavoro di Zucker et al. (2013).

so il proprio genere. Tramite questa scelta semantica, dunque, il transessualismo non è più considerato un disturbo identitario in sé.

2. *La Disforia di Genere non è più associata alle Parafilie e alle Disfunzioni Sessuali.* Come precedentemente accennato, nella quarta edizione del DSM, così come nella sua revisione, il DIG compariva insieme alle Disfunzioni Sessuali e alle Parafilie in una sezione intitolata “Disturbi Sessuali e dell’Identità di Genere”. Con le nuove modifiche, la Disforia di Genere è stata collocata in un capitolo separato, chiaro segnale che nulla ha a che fare con la sessualità o le perversioni.
3. *Non si parla più di “identificazione col sesso opposto” ma di “incongruenza tra il proprio genere così com’è esperito o espresso e il genere assegnato”.* Sia per la diagnosi di Disforia di Genere in infanzia, che in adolescenza ed età adulta, è stato modificato il criterio A. Se nel DSM-IV-TR esso recitava: “Intensa e persistente identificazione col sesso opposto, che è il desiderio di essere, o l’insistenza sul fatto di essere, del sesso opposto (tale identificazione non deve essere un desiderio che fa seguito a qualche vantaggio culturale derivante dall’appartenenza all’altro sesso)” (Tabella 1), adesso si parla di “Una marcata incongruenza tra il genere esperito/espresso da un individuo e il genere assegnato, della durata di almeno 6 mesi...” (Tabella 2).

Le ragioni addotte a questi cambiamenti sono molteplici e, seguendo Zucker et al. (2013), possono essere raggruppate in 4 punti:

- a. Il termine “Incongruenza” descrive meglio il nocciolo della questione, trattandosi di un’incongruenza tra l’identità vissuta o espressa e le aspettative dell’Altro basate sull’assegnazione di un genere alla nascita. Questo concetto supera la visione binaria dell’identità di genere contenuta nella vecchia dicitura “identificazione col sesso opposto” ed apre le porte alla infinita varianza di genere.

Tabella 1. Criteri diagnostici del DSM-IV-TR per il Disturbo dell'Identità di Genere (DIG) (adolescenza ed età adulta)

A. Una forte e persistente identificazione col sesso opposto (non solo un desiderio di qualche presunto vantaggio culturale derivante dall'appartenenza al sesso opposto).

Negli adolescenti e negli adulti, l'anomalia si manifesta con sintomi come desiderio dichiarato di essere dell'altro sesso, farsi passare spesso per un membro dell'altro sesso, desiderio di vivere o di essere trattato come un membro dell'altro sesso, oppure la convinzione di avere sentimenti e reazioni tipici dell'altro sesso.

B. Persistente malessere riguardo al proprio sesso o senso di estraneità riguardo al ruolo sessuale del proprio sesso.

Negli adolescenti e negli adulti, l'anomalia si manifesta con sintomi come preoccupazione di sbarazzarsi delle proprie caratteristiche sessuali primarie o secondarie (per es., richiesta di ormoni, interventi chirurgici, o altre procedure per alterare fisicamente le proprie caratteristiche sessuali, in modo da assumere l'aspetto di un membro del sesso opposto) o convinzione di essere nati del sesso sbagliato.

C. L'anomalia non è concomitante con una condizione fisica intersessuale.

D. L'anomalia causa disagio clinicamente significativo o compromissione dell'area sociale, lavorativa, o di altre aree importanti del funzionamento.

Codificare sulla base dell'età attuale:

- F64.2 Disturbo dell'Identità di Genere in Bambini [302.6]
- F64.0 Disturbo dell'Identità di Genere in Adolescenti o Adulti [302.85]

Specificare se (per soggetti sessualmente maturi):

- Sessualmente Attratto da Maschi
- Sessualmente Attratto da Femmine
- Sessualmente Attratto sia da Maschi che da Femmine
- Non Attratto Sessualmente né da Maschi né da Femmine

Tabella 2. Criteri diagnostici del DSM-5 per la Disforia di Genere (adolescenza ed età adulta)

A. Una marcata incongruenza tra il genere esperito/espresso da un individuo e il genere assegnato, della durata di almeno 6 mesi, che si manifesta attraverso almeno due dei seguenti criteri:

1) Una marcata incongruenza tra il genere esperito/espresso da un individuo e le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie (oppure, in giovani adolescenti, le caratteristiche sessuali secondarie attese).

2) Un forte desiderio di liberarsi delle proprie caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie a causa di una marcata incongruenza con il genere esperito/espresso (oppure, nei giovani adolescenti, un desiderio di impedire lo sviluppo delle caratteristiche sessuali secondarie attese).

3) Un forte desiderio per le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie del genere opposto.

4) Un forte desiderio di appartenere al genere opposto (o un genere alternativo diverso dal genere assegnato).

5) Un forte desiderio di essere trattato come appartenente al genere opposto (o un genere alternativo diverso dal genere assegnato).

6) Una forte convinzione di avere i sentimenti e le reazioni tipici del genere opposto (o un genere alternativo diverso dal genere assegnato).

B. La condizione è associata a sofferenza clinicamente significativa o a compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Specificare se:

Con un disturbo dello sviluppo sessuale (per es., un disturbo adrogenitale congenito come iperplasia surrenale congenita 255.2 [E25.0] oppure sindrome da insensibilità agli androgeni 259.50 [E34.50]).

Nota di codifica: Codificare sia il disturbo dello sviluppo sessuale sia la disforia di genere.

Specificare se:

Post-transizione: L'individuo è passato a vivere a tempo pieno il genere desiderato (con o senza riconoscimento legale del cambiamento di genere) e si è sottoposto (oppure si sta preparando a sottoporsi) ad almeno una procedura medica di riassegnazione sessuale o a un protocollo di trattamento, vale a dire un regolare trattamento con ormoni del sesso opposto o un intervento chirurgico di riassegnazione del genere in accordo al genere desiderato (per es., penectomia, vaginoplastica in un individuo nato maschio; mastectomia o fallopiastica in un individuo nato femmina).

- b. Il termine “sesso” è stato sostituito con “genere” per rendere applicabili i criteri diagnostici anche agli individui con Disordini della Differenziazione Sessuale (DSD), aggiungendo la specificazione “con DSD” o “senza DSD”. Inoltre, questa modifica consentirà alle persone che hanno terminato la transizione di perdere la diagnosi, poiché non verrebbero più soddisfatti i criteri diagnostici. Questo consente, dunque, di superare un grosso problema del DSM-IV-TR che non consentiva la perdita della diagnosi dopo la transizione. A tal fine, infatti, è stato aggiunto uno specificatore denominato “Post-transizione”.
- c. È stata inoltre eliminata la dicitura “tale identificazione non deve essere un desiderio che fa seguito a qualche vantaggio culturale derivante dall'appartenenza all'altro sesso” poiché considerata insussistente. Non è possibile, cioè, leggere in questi “vantaggi culturali” una possibile causa del bisogno di un percorso di transizione.
- d. Il criterio dei 6 mesi è stato aggiunto per distinguere tra una Disforia di Genere di tipo transitorio ed una di tipo persistente, nonostante non esi-

stano ricerche empiriche che dimostrino l'efficacia dell'utilizzo di questo lasso temporale.

4. *I criteri A e B sono stati fusi in un unico criterio.* Il criterio B del DSM-IV-TR recitava come segue: “Persistente malessere riguardo alla propria assegnazione sessuale, oppure senso di estraneità riguardo al ruolo sessuale del proprio sesso”. Nel DSM-5 tale parametro non esiste più come criterio indipendente, ma è stato accorpato al criterio A. Tale fusione è supportata da studi fattoriali che hanno dimostrato che la Disforia di Genere è in grado di catturare un'unica dimensione sottostante. Ciò è stato dimostrato, tra gli altri, da Paap et al. (2011) che, operazionalizzando i criteri diagnostici per effettuare diagnosi di DIG, hanno costruito una scala a 23 item. I clinici che hanno partecipato alla ricerca – appartenenti a 4 differenti Paesi europei (Olanda, Norvegia, Belgio e Germania) – avevano il compito di compilare questa scala dopo aver effettuato la diagnosi ai nuovi pazienti. Ordinando i 23 item a seconda delle medie ottenute da ciascun Paese separatamente, i ricercatori hanno riscontrato un ordine molto simile per 21 item. Quando tutti i dati sono stati analizzati insieme, è emersa un'unica scala che unificava i criteri A e B e non 2 sottoscale. Il vecchio criterio B è stato riformulato con la dicitura “[...] con un aumento significativo del rischio di sofferenza, così come disagio o disabilità”. Tale decisione è stata presa sulla scia di quelle evidenze derivanti da alcuni adolescenti che richiedono la terapia ormonale per il blocco della pubertà. Molti di essi non provano un disagio significativo, soprattutto perché attualmente sono posti di fronte ad un percorso molto chiaro di cambio di sesso. Il disagio, piuttosto, deriva spesso dalla creazione di ostacoli da parte dei genitori o di altri significativi che possono tentare di intralciare il percorso.
5. *L'attrazione sessuale non ha nulla a che fare con la Disforia di Genere.* Lo specificatore “Attrazione sessuale” presente nel DSM-IV-TR per adolescenti ed adulti è stato eliminato. Come sostenuto da Zucker et al. (2013), prima si tendeva a curare soprattutto le persone attratte dal sesso differente a quello

loro assegnato. Cioè, se una persona MtF – che chiedeva interventi chirurgici per cambiare il proprio sesso – era attratta da donne, si tendeva a bloccare l'intervento, non volendo creare “omosessuali post-operatori” (p. 907). Secondo gli autori, l'eliminazione di questo specificatore consentirebbe il conseguente annullamento del dubbio di molte associazioni LGB (Lesbiche, Gay e Bisessuali) relativo all'inserimento della diagnosi di transessualismo nel DSM come una modalità per mantenere in vita la patologizzazione dell'omosessualità¹³.

I cambiamenti dei criteri diagnostici e l'attenzione che la task force del DSM ha mostrato nei confronti delle pressioni sociali rappresentano senza dubbio delle importanti evoluzioni verso una maggiore e necessaria libertà di espressione. È pur vero, però, che l'area del genere e della sua non conformità rispetto alle norme sociali rimane in questo modo ancora un appannaggio della psichiatria. I problemi legali e la difficoltà a sovvenzionare operazioni chirurgiche ed ormonali molto costose in assenza di diagnosi rappresentano senza dubbio delle problematiche serie alle quali andrebbe trovata una soluzione soddisfacente. Allo stato attuale, sembra che l'unica soluzione sia quella di mantenere una diagnosi di stampo prettamente psichiatrico. Ma è davvero l'unica? Inoltre, tale soluzione risulta aderente ai diritti

¹³ L'omosessualità è stata considerata una patologia mentale sin dalla prima edizione del DSM (APA, 1952) e inserita tra i “Disturbi sociopatici di personalità”. Nella seconda edizione del DSM (APA, 1968) l'omosessualità fu invece considerata una deviazione sessuale, alla stregua della pedofilia e della necrofilia, trovando posto tra i “Disturbi mentali non psicotici”. Nel 1972, alcuni psichiatri dimostrarono l'inconsistenza di una siffatta diagnosi, richiedendo la depatologizzazione della stessa. La decisione di eliminare la diagnosi fu presa unanimemente da 13 componenti dell'American Psychiatric Association (APA). Su proposta di Socarides e Bieber, due psichiatri di stampo psicoanalitico a favore della patologizzazione dell'omosessualità, tale decisione venne sottoposta a referendum. Tutti gli iscritti dell'APA dovettero votare pro o contro l'eliminazione della diagnosi. Il risultato fu favorevole, grazie al 58% dei partecipanti. Nel 1973, dunque, l'omosessualità non compare più nel DSM, ma fu creata una nuova diagnosi definita “Omosessualità egodistonica” indicante quella sofferenza dovuta all'incapacità di accettare la propria omosessualità non riuscendo ad integrarla nella propria persona. Bisognerà attendere il 1990 per la completa e definitiva derubricazione dell'omosessualità che entrò in vigore con la quarta edizione del DSM (APA, 1994). Sempre nel 1990 anche l'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS) eliminò l'omosessualità dall'elenco delle malattie mentali definendola come “una variante naturale del comportamento sessuale umano”. Effettivamente, dunque, i tempi di uscita dell'omosessualità e di entrata del transessualismo nel DSM approssimativamente coincidono, anche se con qualche scarso temporale.

umani relativi alle identità di genere? Purtroppo, la risposta sembra essere negativa.

Winters e Ehrbar (2010) hanno proposto di limitare la diagnosi alla disforia anatomica, ovvero a quel forte e cronico disagio verso le caratteristiche sessuali fisiche. Questa soluzione consentirebbe di non applicare la diagnosi a tutte quelle persone che non vogliono o non sentono il bisogno di modificare il proprio corpo. Secondo gli autori, quest'attenzione alla disforia anatomica consentirebbe l'eliminazione dello stigma della disforia di genere e non la classificherebbe come una patologia mentale di per sé. Le persone transgender soddisfatte per il proprio corpo e che hanno bisogno solo di transitare in un ruolo sociale sentito come più consono alla propria persona, non sarebbero così classificate come malate mentali. Ancora, Allison (2010), tramite un parallelismo con l'Angina Pectoris¹⁴, tenta la possibilità di inserire la Disforia di Genere in ambito esclusivamente medico. L'autrice riporta che una bassa percentuale di pazienti mostra risultati normali ai test medici che vengono effettuati per diagnosticare l'Angina Pectoris. Eppure, questi pazienti presentano proprio i classici sintomi dell'Angina Pectoris. In questi casi, cioè, non si riesce a trovare una causa fisica al dolore e ciò che rimane da fare è "trattare il paziente" (Allison, 2010, p. 140). Le stesse medicine che si utilizzano per una diagnosi sicura di Angina Pectoris, risultano efficaci anche per questa bassa percentuale di pazienti. Come questa diagnosi, dunque, anche la Disforia di Genere non ha cause oggettive e direttamente misurabili. Eppure viene considerata una diagnosi psichiatrica. Spesso l'Angina Pectoris si associa ad ansia. Ovviamente, verrebbe da dire. Chi non proverebbe ansia di fronte ad un dolore senza apparente causa organica? La diagnosi di Disforia di Genere, alla stregua del dolore provato dai pazienti descritti da Allison, rimane soggettiva, poiché riportata e narrata in prima persona. Il trattamento appropriato per la Disforia di Genere, per l'autrice, rimane quello chirurgico ed ormonale. Tale trattamento, infatti, si è rivelato l'unico in grado di alleviare il dolore e la disforia stessa, anche in assenza di

¹⁴ L'Angina Pectoris è un dolore al torace causato da un'ossigenazione non sufficiente del muscolo cardiaco che, a sua volta, è prodotta dalla diminuzione del flusso sanguigno tramite le arterie coronarie.

sintomi oggettivi. Perché dunque lasciare questa diagnosi appannaggio della psichiatria? Piuttosto, sostiene Allison, l'efficacia del trattamento medico e chirurgico dovrebbe richiedere una diagnosi medica, non psichiatrica. Che ruolo, dunque, potrebbero poi ricoprire lo psichiatra e lo psicologo? Per Allison, dovrebbero effettuare una diagnosi differenziale poiché può accadere che alcune condizioni psicologiche si confondano con la Disforia di Genere. L'autrice conclude affermando che “gli psichiatri possono ancora trattare le persone *con* Incongruenza di Genere, ma non *per* Incongruenza di Genere” (Allison, 2010, p. 145), alludendo chiaramente alla pericolosità delle terapie riparative. Così anche Meyer-Bahlburg (2010), tra le differenti possibilità di cambiamento di rotta, annovera quella di categorizzare la Disforia di Genere come condizione neurologica o neurocognitiva, piuttosto che psichiatrica.

Al di là delle specifiche soluzioni adottate, è di fondamentale importanza sottolineare che moltissimi autori riconosciuti a livello internazionale non condividono il consenso del *Gender Identity Disorder Workgroup* sulla visione della Disforia di Genere come disturbo psichiatrico (ad es., Bockting, 2009; Bryant, 2006, 2008; Hill, Rozanski, Carfagnini, & Willoughby, 2007; Vasey & Bartlett, 2007; Winter, 2006). Come sostenuto da Ansara et al. (2012), in una recente denuncia ai cambiamenti apportati alla diagnosi, patologizzare le espressioni, le identità e le esperienze umane è contro i diritti civili e viola gli standard dei diritti umani. A tal proposito, è sufficiente citare il diciannovesimo dei Principi di Yogyakarta:

ciascuno ha il diritto alla libertà di opinione ed espressione, indipendentemente dall'orientamento sessuale o dall'identità di genere. Ciò include l'espressione dell'identità o della personalità tramite il linguaggio, la condotta, il vestiario, le caratteristiche corporee, la scelta del nome, o ogni altro mezzo, così come la libertà di cercare, ricevere e diffondere informazioni ed idee di ogni tipo, anche in materia di diritti umani, orientamento sessuale o identità di genere, attraverso ogni mezzo e indipendentemente dalle frontiere.

In ogni caso, quale che sia la soluzione o la modifica apportata, lasciare che la non conformità di genere alle norme sociali prescrittive sia percepita ed etichettata

come patologica, non può rappresentare una scelta rispettosa ed eticamente corretta nei confronti di tutti e tutte coloro che non sentono – per scelta o per natura – di appartenere al genere loro assegnato sulla presunta ed acritica congruenza tra le caratteristiche anatomicamente visibili e la futura (e non ancora formata) identità di genere.

1.4 Identità transgender. Modelli a confronto

Quanto finora detto, attiene per lo più alle modalità di inserimento della condizione transessuale nel sapere medico-psichiatrico. Ma, più dall'interno e ad un livello più soggettivo, chi sono in realtà le persone transgender? O meglio, perché in letteratura si parla di *identità transgender*? Come si giunge, inoltre, a capire di essere transgender o transessuale? Esistono step evolutivi specifici della costruzione di questa identità? A queste domande hanno tentato di rispondere una serie di autori. Ad esempio, Bolin (1988) ha teorizzato un modello a 4 fasi per comprendere l'identità delle donne transessuali, ovvero delle persone MtF. L'autrice sostiene che, in maniera progressiva, le donne transessuali attraversano le seguenti fasi: da una confusione di genere e/o da sentimenti di essere molto più simili alle femmine che ai maschi, queste persone passano a costruire dapprima un'identità primaria centrata attorno al transessualismo, per poi avere un'identità primaria in quanto donne ed, infine, arrivare a rifiutare l'identità transessuale e a percepirsi come "donne naturali". Lewins (1995), invece, sempre pensando alle donne transessuali, ha suggerito un modello stadiale progressivo a 6 fasi: 1) *Ansia duratura* dovuta al disagio verso il genere assegnato; 2) *Scoperta* della transessualità e riconoscimento della possibilità di attuare la transizione di genere; 3) *Ritardo* e negazione che questa identità possa appartenere a sé; 4) *Accettazione* dell'identità transessuale; 5) *Perseguimento della Riassegnazione del sesso* e 6) raggiungimento dell'*invisibilità* come individui a cui era stato assegnato il genere maschile. Entrambi gli autori sottolineano, nei rispettivi modelli, l'invisibilità che fa seguito agli interventi chirurgici, come una sorta di desiderio di cancellare le proprie tracce passate. In realtà, molte persone transessuali operate vivono apertamente e con

orgoglio la propria condizione transessuale, senza provarne vergogna (Bornstein, 1994).

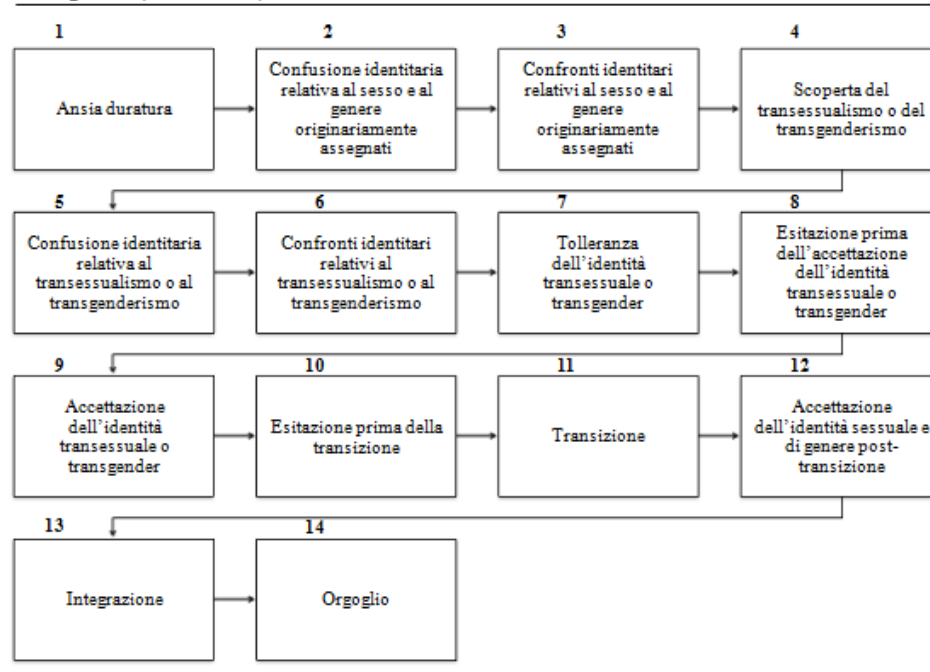
Rispetto, invece, alla costruzione dell'identità transgender FtM, ovvero degli uomini transgender, un modello molto simile a quelli prima delineati è stato sviluppato da Baumbach e Turner (1992). Dall'angoscia e dal disagio iniziale provato nei confronti del genere assegnato alla nascita, queste persone possono arrivare a fantasticare di essere maschi e, successivamente, approdare alla riassegnazione del sesso. L'unica differenza con i modelli precedentemente esposti è che il concetto di riassegnazione in Baumbach e Turner (1992) è diverso rispetto a quello di Bolin (1988) e Lewins (1995): gli autori, infatti, riconoscono che le persone FtM possono percepire di aver transizionato anche solo prendendo ormoni e non, per forza, completando l'iter degli interventi chirurgici per il cambio di sesso.

Un modello piuttosto ricco e complesso è stato sviluppato da Devor (2004), un noto sociologo americano FtM esperto in materia di transgenderismi. Devor ha teorizzato un modello di formazione dell'identità transgender a 14 fasi (Figura 1). Questo modello è stato pensato soprattutto per le persone transessuali, coloro cioè che si sottopongono ad interventi demolitivo-ricostruttivi per adeguare il proprio corpo al genere con il quale si identificano. Si tratta però di un modello piuttosto flessibile, che può essere applicato anche alle persone transgender e che non necessariamente è vero per tutti gli individui. Devor (2004, p. 42) sottolinea che “ogni persona è unica” e che “fa esperienza del mondo nel proprio ed idiosincratico modo”. Tale modello, inoltre, non è predeterminato. Alcune persone, cioè, possono giungere alla conclusione che il modo più soddisfacente di vivere la propria vita sia quello di non andare oltre ad una particolare fase ma, al contrario, fermarsi ad una di esse senza raggiungere necessariamente l'ultima.

La formazione dell'identità transessuale o transgender è attraversata interamente da due funzioni fondanti che assumono un ruolo centrale in ogni sottofase del processo: l'essere visti per ciò che si è (*witnessing*) e l'esser rispecchiati così come ci si vede (*mirroring*). Probabilmente, tali funzioni diventano ancora più pregnanti quando a doverne “godere” sono le persone transessuali, poiché esse attra-

versano – in accordo al modello di Devor – delle fasi segnate da un'estrema confusione identitaria accompagnata da una fortissima angoscia legata alla propria identità di genere.

FIGURA 1. Adattamento schematico del modello di formazione a 14 fasi dell'identità transgender (Devor, 2004)



Nelle società occidentali, si dà per scontato che i generi ed i sessi siano verificabili sulla base di specifici attributi fisico-corporei e che l'uno sia intrinsecamente, biologicamente e naturalmente legato all'altro. In questo contesto, l'indeterminatezza del genere e del sesso non può che essere percepita come un "difetto di natura", un difetto dunque che può e deve essere curato. Le persone transessuali o transgender, come tutti gli esseri umani che crescono in questo specifico contesto, sono impregnate di queste ideologie e possono soffrire molto poiché non si percepiscono conformi ad esse. È qui che le funzioni del *witnessing* e del *mirroring* possono agire come rinforzi dell'identità transessuale o transgender. Devor sottolinea con forza che queste funzioni, seppur differenti, hanno il ruolo di convalida e conferma del senso del sé. Ognuno di noi ha un bisogno profondo di essere visto dagli altri per quello che è e di essere rispecchiato proprio nel modo in cui si percepisce. Se questi processi sono disfunzionali, gli esiti più disastrosi

sono le psicosi o il suicidio. Se, però, la funzione del *witnessing* implica che l'Altro – il “testimone”, letteralmente – sia diverso da noi e ci guardi “da lontano”, al di fuori cioè delle categorie che noi stessi utilizziamo per definire il nostro Sé, il *mirroring* implica il rispecchiamento in persone simili a noi, che cioè, per qualche motivo, rientrano nelle nostre stesse categorie identitarie. Nel caso delle persone transessuali, ovvero, altre persone transessuali.

Entrando nello specifico del modello di formazione identitaria di Devor, i 14 step teorizzati sono i seguenti:

1. *Ansia duratura*. La prima fase di formazione identitaria è costituita da un senso di angoscia duratura verso il proprio genere ed il proprio sesso. Essa è spesso presente sin dalle più precoci memorie, sebbene possa svilupparsi anche in età più avanzata. Tale angoscia, nel tempo, si trova poi ad essere legata alle relazioni sociali, in particolare a quelle “genere-tipizzate”. Si avverte dapprima un sentimento di disagio generalizzato verso le persone e poi, via via, questo disagio diventa sempre più focalizzato, perché probabilmente gli individui arrivano a riconoscere di preferire compagnie e attività (stereo)tipicamente associate al genere opposto a quello loro assegnato alla nascita. Se non superata, questa angoscia può esitare nell'uso di droghe e alcol, finanche nel suicidio.
2. *Confusione identitaria relativa al sesso e al genere originariamente assegnati*. Questa seconda fase sopraggiunge quando gli individui iniziano ad essere quasi totalmente convinti di ritrovarsi in un genere e in un sesso sbagliato. È tipico che genitori, insegnanti ed altri significativi facciano tutto ciò che è in loro potere per allontanare dal bambino o dalla bambina l'idea di appartenere ad un genere diverso da quello assegnato. Queste pressioni sociali spingono il bambino o la bambina a nascondere agli altri questi pensieri. Ciò non significa, però, che i pensieri spariscono. Al contrario, i bambini iniziano a fantasticare, ad esempio, che quando cresceranno anche il loro corpo cambierà in direzione del genere di identificazione. Poiché, da un punto di vista di realtà, ciò non avverrà, molte persone transgender vi-

vranno una tale delusione da essere a rischio di sviluppare depressione, utilizzare sostanze o tentare il suicidio. Molte persone transgender, inoltre, avendo interiorizzato le norme sociali relative al genere, tenteranno strenuamente di conformarsi alle aspettative sociali tramite comportamenti appropriati al genere assegnato.

3. *Confronti identitari relativi al sesso e al genere originariamente assegnati.* In questa fase, strettamente intrecciata alla precedente, gli individui cominciano a valutare benefici e conseguenze di esplorare altre identità di genere. Ad esempio, una ragazza che desidera essere un ragazzo, può cominciare a comprare abiti maschili, a comportarsi come un maschio, e così via. Questi confronti identitari hanno lo scopo di valutare la propria aderenza o meno ad un genere diverso da quello assegnato alla nascita. È in questa fase, ad esempio, che alcuni uomini si iniziano al mondo delle *drag queen*, mentre altri esplorano la propria femminilità in modi più privati.
4. *Scoperta del transessualismo o del transgenderismo.* Questa fase corrisponde alla scoperta dell'esistenza del transessualismo o del transgenderismo. Alcuni individui scoprono questa realtà molto presto, altri meno. Per la maggior parte delle persone, l'evento di questa scoperta rappresenta finalmente la possibilità di mettere le cose al loro posto, di trovare uno "specchio" dove potersi guardare. Alcune persone accettano con tranquillità il loro transessualismo o transgenderismo e attraverseranno i successivi 4 step in pochissimo tempo. Altri, invece, entreranno in un nuovo ciclo di confusione identitaria.
5. *Confusione identitaria relativa al transessualismo o al transgenderismo.* La maggior parte delle persone transessuali e transgender ricordano la scoperta del transessualismo e del transgenderismo come un evento molto significativo. Molte di esse non prendono immediatamente in considerazione l'idea che possa riguardarle da vicino, entrando però in uno stato di confusione identitaria. Iniziano allora a cercare informazioni, soprattutto su internet, su cosa significhi esattamente questa condizione, cominciando un

percorso ricco di domande e dubbi. Nel momento in cui si fa avanti la possibilità che questa condizione possa davvero riguardarle, queste persone passano alla fase successiva.

6. *Confronti identitari relativi al transessualismo o al transgenderismo.* Questa fase è finalizzata a raggiungere una certezza maggiore rispetto alla propria identità transessuale e transgender. Il focus è qui sul confronto continuo con altre persone transessuali e transgender che fungono da referenti nel processo di rispecchiamento. Se questi confronti funzionano positivamente, comincia il processo di disidentificazione dal genere assegnato alla nascita e dall'identità corrispondente.
7. *Tolleranza dell'identità transessuale o transgender.* Questo step del processo implica l'accettazione che l'identità transessuale o transgender corrisponda a ciò che si sente di essere. Devor (2004, p. 55) facilita la comprensione di questa fase sostenendo che le persone dicano a se stesse “probabilmente sono transessuale” o “probabilmente sono transgender”. È proprio in questa fase che l'identità transessuale e transgender comincia a divenire più rilevante rispetto ad ogni altra.
8. *Esitazione prima dell'accettazione dell'identità transessuale o transgender.* Molte persone che hanno accettato se stesse come transessuali o transgender entrano in un periodo di esitazione fin quando non sono in grado di trovare certezze maggiori che validino l'idea che questo tipo di identità sia la soluzione ai loro disagi. Durante questa fase, molte persone attuano una serie di “test di realtà” per verificare la possibilità concreta di abbracciare in toto l'identità transessuale e transgender. In questa fase, assumono particolare rilievo i processi di *witnessing* e *mirroring*: si rende necessario sia un confronto con l'Altro diverso da sé che possa fungere da “testimone” oggettivo che valida il modo in cui la persona si sente internamente, che un confronto con l'Altro simile a sé che possa dire “Tu sei uno/una di noi” (Devor, 2004, p. 56).

9. *Accettazione dell'identità transessuale o transgender.* In questa fase l'individuo si sente a suo agio con la propria identità e, solitamente, comincia a dichiarare il proprio status agli altri. Questa fase, però, contiene anche dei rischi che devono essere tenuti in conto. Se, da un lato, implica un'accettazione profonda della propria identità, dall'altro comporta la ricostruzione ed il rimodellamento delle dimensioni familiari, lavorative, affettive ed amicali. In questa fase, cioè, la persona dirà "Io sono transessuale" o "Io sono transgender" (Devor, 2004, p. 59).
10. *Esitazione prima della transizione.* Questa fase è caratterizzata da un rafforzamento della propria identità transgender e da una piena disidentificazione con il genere originariamente assegnato. Le persone transessuali o transgender iniziano a presentare se stesse nel genere di identificazione. Questo passaggio consente loro di apprendere le differenti modalità di stare nel mondo, ricercando quelle che meglio si adattano ai loro bisogni attuali. Questa fase implica anche una serie di comportamenti concreti, quali informarsi dettagliatamente sui benefici e i rischi della transizione, mettere da parte dei soldi per effettuare la transizione ed organizzare i propri sistemi di supporto.
11. *Transizione.* Questa fase è caratterizzata da un insieme di azioni finalizzate alla modificazione del proprio sesso e del proprio genere, quali ad esempio i cambiamenti nella presentazione sociale, le valutazioni psicologiche, la psicoterapia, il trattamento ormonale o gli interventi chirurgici. Questa fase può comportare una serie di ansie dovute a cambiamenti che, spesso, sono repentini. Molte persone possono sentire che una parte di sé stia per morire. Le normali attività di routine diventano fonte di ansia, come fare shopping, utilizzare toilette pubbliche o andare ai ristoranti, e così via. Allo stesso tempo, i processi di *mirroring* e *witnessing* diventano di estrema importanza e portano in sé la possibilità di essere finalmente riconosciuti per ciò che si è. Ovviamente, il percorso di transizione delle persone MtF e di quelle FtM è molto diverso. Ad esempio, le persone FtM, grazie ai trattamenti

ormonali più efficaci, hanno molta più facilità a “passare per” uomini che non le persone MtF a “passare per” donne. Al contrario, queste ultime riportano una maggiore soddisfazione rispetto agli interventi chirurgici ai genitali che non le persone FtM, per le quali possono volerci anni e numerose operazioni per raggiungere un livello di soddisfazione che, spesso, non è quello desiderato¹⁵.

12. *Accettazione dell'identità sessuale e di genere post-transizione.* Questa fase sopraggiunge quando un individuo transessuale stabilisce ed abbraccia la sua identità post-transizione. In questa fase, l'individuo sente di appartenere totalmente all'altro genere. Le angosce iniziano a diminuire, finché “i sentimenti della *disforia* di genere vengono soppiantati da sentimenti di *euforia* di genere” (Devor, 2004, p. 63).

¹⁵ L'iter chirurgico da maschio a femmina (MtF) consiste in vari interventi che, solitamente, hanno inizio con la Mammoplastica additiva, ovvero l'aumento chirurgico, tramite protesi, delle dimensioni della mammella. Solitamente essa viene svolta come continuazione della terapia ormonale che, quasi mai, è in grado di raggiungere la grandezza desiderata del seno. Segue in genere la Vaginoplastica in due fasi: una fase demolitiva che prevede l'asportazione completa degli organi genitali primari ed una fase ricostruttiva in cui la pelle del pene viene introflessa per creare una nuova cavità (neo-vagina) tra il retto e la vescica ed una porzione del glande conservata allo scopo di costruire una clitoride con una certa sensibilità erogena. Ulteriori interventi consistono nella riduzione del pomo d'Adamo, nell'eliminazione della barba tramite elettrolisi o nell'asportazione delle ultime due costole allo scopo di dare una forma più sinuosa e morbida al giro vita. L'iter chirurgico da femmina a maschio (FtM) è molto più complicato, lungo e doloroso. Esso comincia con l'Adenectomia sottocutanea che riduce il volume delle mammelle – pratica già avviata con la terapia ormonale – conferendo al torace un aspetto più maschile e, nella maggioranza dei casi, lasciando cicatrici non troppo evidenti. A ciò segue l'Istero-annessectomia il cui scopo è l'asportazione dell'utero e delle ovaie. La Falloplastica, invece, può essere effettuata con molti metodi differenti: il più utilizzato, grazie ai risultati migliori sia a livello estetico che funzionale, consiste nell'uso di un lembo dell'avambraccio che viene trapiantato nella regione inguinale alla quale vengono collegati i nervi e le arterie del lembo assicurando una certa sensibilità anche se solo tattile, cioè la capacità di sentirsi toccare. La clitoride viene mantenuta perché in essa è presente la sensibilità erogena, e viene dunque lasciata alla base del neo-fallo. Relativamente alla soddisfazione sessuale, i risultati di ricerche empiriche appaiono piuttosto contrastanti. Ad esempio, in un campione di 181 persone transessuali MtF ed FtM, il 38% ha riportato difficoltà nella sfera dell'eccitazione sessuale, il 34% bassi livelli di desiderio sessuale, il 28% difficoltà a raggiungere l'orgasmo con un partner e il 35% a farlo individualmente (Bockting, Robinson, Forberg, & Scheltema, 2005). In un campione di 50 persone transessuali MtF belgi sottoposte ad interventi chirurgici ai genitali, sono state riportate preoccupazioni rispetto al funzionamento sessuale, soprattutto per l'eccitazione, per la lubrificazione e per il dolore (Weyers et al., 2009). Ad oggi, comunque, soprattutto per le persone transessuali MtF, l'abilità orgasmica ha raggiunto livelli più elevati grazie all'avanzamento continuo della tecnologia medica (IOM, 2011). Lawrence (2005), a tal proposito, riporta che l'85% di un campione costituito da 232 MtF riusciva a raggiungere l'orgasmo e che il 67% di essi provava addirittura più piacere dopo l'operazione ai genitali che non prima.

13. *Integrazione*. Quando si entra in questa fase, le persone transessuali sono giunte a vivere con una certa armonia i loro cambiamenti e la loro transizione, sviluppando una certa integrazione sociale e riuscendo con maggior successo a “passare per” il genere di identificazione. Quest’ultimo punto, però, appare più in linea con i cambiamenti FtM che non per quelli MtF. Questi ultimi, infatti, come già accennato, hanno più difficoltà a “passare per” donne, a causa di alcune caratteristiche biologiche maschili difficilmente modificabili (come ad es., le spalle larghe ed il pomo d’Adamo). Spesso in questa fase può intervenire la scelta di dissociarsi dalla comunità transgender. Devor sottolinea che le persone transessuali non potranno mai lasciarsi indietro la loro storia e che lo stigma associato a questa identità è onnipresente, nonostante il successo che alcune persone ottengono nel non essere percepite come transessuali.
14. *Orgoglio*. Devor intende l’orgoglio sia in senso personale che politico. Ovvero, l’orgoglio verso la propria identità transessuale o transgender e la possibilità di fare attivismo politico per rivendicare dei diritti. Non necessariamente devono essere entrambi presenti, sebbene Devor creda che una volta che si diventi sostenitori delle comunità transessuale, si è raggiunto l’apice dello sviluppo dell’identità transessuale. L’orgoglio, in sostanza, è il risultato del rimaneggiamento della vergogna e dello stigma inflitti dalla società.

Il modello di Devor presenta due fondamentali limiti: l’assenza di validazione empirica e la sua maggiore applicabilità alle persone transessuali, coloro cioè che decidono di intraprendere l’iter di transizione chirurgica. Reilly (2007, cit. in Wright, 2011), in uno studio qualitativo effettuato con persone transgender MtF dai 40 anni in su, ha riscontrato che tutti i partecipanti avevano attraversato l’intervallo che va dalla fase 1 alla fase 5. Wright (2011), invece, sostiene che tutte le persone transgender possono vivere l’intervallo che va dalla fase 1 alla 9. In sostanza, cioè, ciò che gli autori criticano del modello di Devor sono tutte le fasi che hanno a che fare con la transizione, così come quelle dell’integrazione e

dell'orgoglio, basate soprattutto sul bisogno di militare a sostegno dei diritti transgender. Non si può negare, però, che lo stesso Devor (2004, p. 43-44) abbia ammesso l'inapplicabilità del suo modello a tutte le persone transgender, così come a tutte quelle transessuali.

Certo è che le differenti identità transgender mettono a dura prova la teorizzazione di un modello unitario di sviluppo identitario. È ormai prassi comune considerare la traiettoria transessuale solo come una tra le infinite possibilità identitarie. L'identificazione totale con un altro genere da quello assegnato alla nascita, il sentire di non appartenere né al genere maschile né a quello femminile ma ad "altro", identificare la propria identità di genere come maschile o femminile e, contemporaneamente, decidere di non effettuare alcun intervento ai genitali, rappresentano solo alcune delle opzioni identitarie percorribili. Pensiamo, ad esempio, alle infinite auto-definizioni di stampo americano ma che, lentamente, stanno arrivando anche in Italia: "crossdresser", "bigender", "drag queen", "drag king" (Bockting, 1999), "gender blender", "gender outlaw", "genderqueer", "queer" (Carrol, Gilroy, & Ryan, 2002). Queste nuove identità rappresentano una chiara sfida al binarismo di genere dominante nella società occidentale, poiché il comun denominatore è rappresentato dal rifiuto della visione binaria dei generi e dei sessi. Due allora sembrano essere le soluzioni: o patologizzare queste identità ritornando al binarismo di genere originario, o sviluppare teorie critiche che consentano una piena comprensione delle cause e degli effetti di questo potente dispositivo psico-sociale. Quest'ultima possibilità è stata percorsa, ad esempio, dai recenti *Queer Studies* che hanno incluso i cosiddetti "gender outlaws" (Bornstein, 1994) – letteralmente, "fuorilegge di genere" – facendone un portato delle loro teorizzazioni e sfruttando questa identità come prova della costruzione sociale del binarismo di genere (Butler, 1990; 2004; Fausto-Sterling, 1993). Di fronte a queste problematiche, di recente Diamond, Pardo e Butterworth (2011) hanno sviluppato un modello teorico di più ampio respiro tendente ad inglobare tutte le differenti identità prima citate. Per gli autori, i concetti di *cambiamento* e *transizione* sono al centro del modello. Esso vede gli esiti identitari come mai fissi ed immutabili, ma in continua evoluzione, ripetutamente costruiti e ricostruiti nel tempo (Diamond et al.

2011, p. 637–638). Gli autori prendono a prestito la *teoria dei sistemi dinamici* finalizzata a mettere in primo piano l'interazione dinamica tra l'individuo ed il suo ambiente, enfatizzando le interazioni trasformative e bidirezionali tra i fattori endogeni (quali i geni, gli ormoni, le capacità, i pensieri e i sentimenti) ed i fattori esogeni (quali le relazioni, le esperienze, le norme socio-culturali, ecc.)¹⁶. Gli autori tentano un'applicazione di questa teoria all'identità transgender: “il compito fondamentale per lo sviluppo dell'identità transgender non è semplicemente scoprire, riconoscere e rivelare il ‘vero sé’ profondamente nascosto, quanto piuttosto creare il proprio ‘vero sé’ tramite un processo di auto-riflessione, di spostamento e (per alcuni) di trasformazione fisica” (Diamond et al. 2011, p. 638). Il senso che ne emerge da queste trasformazioni è totalmente nuovo e si manifesta tramite una nuova modalità di espressione del genere. In sostanza, dunque, sebbene non esista una suddivisione in fasi precostituite, il modello di Diamond et al. (2011) presuppone che l'esperienza del transitare – indipendentemente dagli esiti a cui approda – porti in sé la trasformazione, l'adattamento e l'equilibrio grazie alla costituzione di una nuova identità che è il prodotto del passato nel suo incrocio con il presente.

Un ultimo modello di formazione dell'identità transgender è stato sviluppato da Beemyn e Rankin (2011) nell'ambito di uno studio con un campione molto ampio costituito da 3.474 persone transgender provenienti da tutti gli Stati Uniti. Più che un modello stadiale, sostengono gli autori, si tratta di alcuni *milestones*, di pietre miliari della formazione dell'identità che, sebbene si sviluppino in maniera progressiva, non rappresentano dei passaggi obbligati. Ad esempio, molte fasi possono non riguardare soprattutto i giovani transgender che, attualmente, hanno delle

¹⁶ Diamond et al. (2011) spiegano la teoria dei sistemi dinamici, affermando che le interazioni tra fattori endogeni ed esogeni possono dar vita a nuovi fenomeni psicologici e comportamentali durante periodi di fondamentale riorganizzazione dell'intero sistema. Questi *spostamenti* avvengono quando certi parametri che governano il sistema – o alcune relazioni tra parametri – iniziano a variare al di fuori di certe soglie critiche. Come risultato, i modelli esistenti di pensiero o comportamento si rompono e nuovi modelli prendono il loro posto. Questo processo, chiamato *auto-organizzazione*, è definito come sviluppo spontaneo di ordine all'interno di un sistema complesso. Un altro concetto collegato è quello di *emergenza*, ovvero la nascita di nuovi comportamenti ed esperienze attraverso dinamiche ed interazioni imprevedibili tra i differenti elementi del sistema. Emergenza e trasformazione sono i processi fondamentali del cambiamento psicologico poiché contemplano non solo la possibilità di spostamenti qualitativi nell'esperienza soggettiva, ma anche processi di scoperta cognitiva e di creatività.

fonti di informazioni di gran lunga maggiore rispetto alle persone più adulte o più anziane. In ogni caso, il modello sviluppato dagli autori risulta molto interessante, poiché è stato pensato per 4 categorie identitarie: le persone transessuali FtM, le persone transessuali MtF, le persone cross-dresser e le persone genderqueer. In sostanza, dunque, gli autori hanno sviluppato 4 modelli differenti (Tabella 3)¹⁷.

Gli autori citati sono tutti in accordo sulla necessità di investire su quest'area di ricerca e, nello specifico, di costruire modelli teorici di sviluppo identitario in popolazioni non cliniche, così come di sviluppare studi longitudinali in questo settore. Allo stato attuale, la ricerca in quest'area non è soddisfacente e si rendono necessari studi che postulino la complessità identitaria di queste persone ed i fattori che causano determinate traiettorie evolutive.

Tabella 3. Pietre miliari della formazione dell'identità transgender suddivise per gruppo (Beemyn & Rankin, 2011)

FtM	MtF	Crossdresser	Genderqueer
Sentire e spesso esprimere un'identità di genere maschile sin dalla tenera età	Sentire e spesso esprimere un'identità di genere femminile sin dalla tenera età	Attrazione verso i vestiti "da donna" ed il travestimento sin dalla tenera età	Sentire e spesso esprimere un'identità di genere differente sin dalla tenera età
Reprimere o nascondere la propria identità di genere maschile di fronte all'ostilità e/o all'isolamento	Reprimere o nascondere la propria identità di genere femminile di fronte all'ostilità e/o all'isolamento	Comprare o ottenere propri abiti femminili	Realizzare che genderqueer è un'identità attuabile
Pensare a se stessi* come lesbica, ma realizzare col tempo che non è un'identità adeguata	Conoscere ed incontrare altre donne transessuali	Reprimere il desiderio del travestimento a causa della vergogna	Decidere come esprimere se stessi* come genderqueer
Realizzare che esistono le persone FtM e che la transizione è possibile	Riconoscere se stessi* come transessuale, piuttosto che come cross-dresser	Conoscere ed incontrare altre persone cross-dresser	Incontrare resistenza ad un'espressione o ad un'identità di genere non binaria
Conoscere ed incontrare altri uomini transessuali	Superare la negazione e il genderismo interiorizzato per accettarsi come femmine	Superare la vergogna ed accettare se stessi* come cross-dresser	Non sentirsi adatti nelle comunità transgender o LGBT
Superare la negazione e il genderismo interiorizzato per accettarsi come maschi	Prendere ormoni e forse effettuare interventi chirurgici per aderire all'immagine di sé	Travestirsi in pubblico per la prima volta ed adottare un nome femminile	Crearsi un "posto" ¹⁷ all'interno o al di fuori delle comunità transgender o LGBT
Prendere ormoni e rimuovere il seno chirurgicamente per aderire all'immagine di sé	Se e quando dirlo agli altri e sviluppare nuove relazioni dopo il coming out	Se e quando dirlo agli altri e sviluppare nuove relazioni dopo il coming out	
Se e quando dirlo agli altri e sviluppare nuove relazioni dopo il coming out	Raggiungere un senso di integrità anche quando non si è in grado di essere viste come donne	Arrivare a stare a proprio agio con il travestimento	
Raggiungere un senso di integrità come un tipo differente di uomo			

¹⁷ Il modello sull'identità transgender sviluppato da Beemyn & Rankin (2011) è piuttosto complesso e lungo. Per motivi di spazio si è scelto di presentare il modello in forma grafica. Per spiegazioni sicuramente più esaustive si rimanda al volume degli autori *The Lives of Transgender People* pubblicato dalla Columbia University Press di New York.

CAPITOLO 2

LA VARIANZA DI GENERE COME OGGETTO DI VIOLENZA NORMATIVA

2.1 Violenza e pregiudizi anti-transgender. Inquadramento teorico

Tra Gennaio 2008 e Dicembre 2011, sono state uccise 831 persone transgender in tutto il mondo: 53 di esse erano europee, 14 italiane (Balzer & Hutta, 2012). Presumibilmente, la maggior parte di esse è stata uccisa a causa della transfobia o della vulnerabilità causata dalla marginalizzazione sociale (Agius & Tobler, 2011). Il primo studio quantitativo sugli *hate crimes* agiti contro le persone transgender europee riporta dei dati allarmanti: su un campione di 2669 persone transgender, 1) il 79% ha subito qualche tipo di molestia che varia da commenti transfobici ad abusi fisici e sessuali; 2) le forme più comuni di molestie sono rappresentate dai commenti transfobici (44%) e da abusi verbali (27%); 3) il 15% ha subito comportamenti intimidatori e il 7% abusi fisici; 4) le persone transgender italiane hanno riportato la più alta percentuale di commenti transfobici (51%) (Turner, Whittle, & Combs, 2009).

Queste percentuali pongono degli interrogativi che necessitano di risposte: Perché si riscontrano questi dati preoccupanti? Quali sono le traiettorie teoriche per comprendere a pieno quest'odio agito contro le persone transgender?

Hill (2003) ha sviluppato un modello teorico finalizzato a comprendere ciò che egli definisce *anti-transgender violence*, ovvero violenza contro le persone transgender. La violenza è intesa dall'autore ad un duplice livello: il livello interpersonale, ovvero relativo alla famiglia d'origine, al posto di lavoro, ecc. e quello istituzionale, relativo appunto alle istituzioni, in particolar modo alle scienze mediche e psicologiche, spesso patologizzanti. La violenza anti-transgender così intesa,

dunque, è pervasiva, è ovunque, ed è spesso indipendente dall'individuo, perché lo precede. Il modello teorico di Hill (2003) sulla violenza anti-transgender è costituito dall'intreccio di tre dimensioni. La prima di esse è il *genderismo*, un'ideologia strutturale che, similmente al sessismo – di ispirazione femminista – spinge ad una valutazione fortemente negativa di tutti i generi che si discostano da una visione binaria, ovvero di tutti i generi non dicotomici. Si tratta, quindi, della convinzione che esistano solo due generi e che il genere di ciascuno debba corrispondere automaticamente al sesso assegnato alla nascita. Per *genderismo*, dunque, va inteso “un sistema di credenze che rinforza la valutazione negativa basata sulla non conformità di genere o sull'incongruenza tra il sesso e il genere” (Hill, 2003, p. 9). Tale convinzione culturale porta a giudicare categoricamente sulla sola base del genere e fa sì che ogni genere non binario sia percepito come un'anomalia. Come tutti i dispositivi sociali che ruotano attorno al sesso e al genere, il *genderismo* è pervasivo e può manifestarsi in modi sottili, quali l'ignoranza o la disinformazione sulla comunità transgender. La seconda componente è la *transfobia*. Costrutto molto simile all'omofobia¹⁸, essa è “la forza motivante delle reazioni negative verso le persone transgender che comporta la paura e il disgusto nell'osservatore” (Hill, 2003, p. 9). Essa può anche essere definita come “un disgusto emozionale provato verso le persone che non risultano conformi alle aspettative sociali legate al genere” (Hill & Willoghby, 2005, p. 533). Se, dunque, il *genderismo* va inteso come un atteggiamento sociale che subordina le persone

¹⁸ Il termine omofobia fa la sua comparsa nel campo psicologico solo nel 1971, grazie a Smith che, in “Homophobia: a tentative personality profile”, cerca di delineare le caratteristiche della personalità omofobica. Ma la paternità del termine viene generalmente attribuita a George Weinberg che, in “Society and the Healthy Homosexual” (1972), avvierà una serie di studi dando al concetto di omofobia dignità scientifica. Essa è definita come “il timore di essere con un omosessuale in un luogo chiuso e, per quel che riguarda gli omosessuali, l'odio verso se stessi” (Weinberg, 1972, p.4). Si tratterebbe, in sostanza, di una paura irrazionale di trovarsi a stretto contatto con una persona omosessuale, paura che spinge ad una serie di reazioni quali ansia, disgusto, avversione, disagio. Il termine omofobia così inteso presenta innumerevoli limitazioni. Prima di tutto risulta etimologicamente ambiguo. Esso deriva dal greco ὅμοιος (simile, uguale) e φόβος (paura), ovvero “paura del simile”. Contemporaneamente, però, la radice etimologica può essere fatta risalire anche al latino hōmo (uomo), nel cui caso significherebbe “paura dell'uomo”. Inoltre, l'omofobia non ha nulla a che fare con la fobia inteso in senso clinico (Lingiardi, 2007): mancano, infatti, l'evitamento dell'oggetto – più spesso cercato che schivato – e la paura irrazionale e sproporzionata rispetto ad esso (pensiamo, ad esempio, alla fobia degli spazi aperti). Il termine omofobia, in sostanza, appare limitato alle sole forme e manifestazioni psicologiche ed intrapsichiche, eliminando di default tutta la sfera sociale e culturale da cui prende forma.

transgender e che si manifesta soprattutto in convinzioni culturali e politiche istituzionali, la transfobia è per lo più un fenomeno intrapsichico ed interpersonale. Qualche volta omofobia e transfobia sono indistinguibili: ciò succede soprattutto perché, spesso, le persone transgender sono percepite come gay e i gay come trasgressori di genere. Diventa allora difficile capire se un uomo gay effeminato crei disgusto o paura a causa della sessualità o del genere. La terza ed ultima componente è il *gender-bashing*, ovvero l'assalto, il pestaggio, la violenza agita. Si tratta, cioè, del versante più comportamentale della violenza contro le persone transgender. Hill (2003, p. 10) così riassume la relazione tra le tre componenti:

Il genderismo riguarda l'atteggiamento culturale negativo, la transfobia alimenta l'atteggiamento con la paura, il disgusto e l'odio, e il gender bashing è l'espressione violenta di queste credenze. Sebbene genderismo e transfobia spesso esitino in espressioni nascoste di discriminazione ed antipatia, il gender bashing è un'espressione manifesta di ostilità.

Anche Cope e Dark (1999) concordano nel ritenere che omofobia e transfobia spesso si confondano, adducendo le stesse ragioni di Hill (2003). Ad esempio, sostengono gli autori, spesso gli insulti a sfondo omofobico sono costituiti da nomignoli legati al genere piuttosto che all'orientamento sessuale. Chiamare un uomo "checca" o "frocio" significa colpire la sua effeminatezza, ovvero la sua non conformità di genere, la sua non totale aderenza alle norme prescrittive della mascolinità. Per di più, è proprio la presentazione di genere delle persone – siano esse gay, lesbiche o transessuali – ad essere colpita. Spesso, infatti, l'aggressore non conosce il comportamento o l'orientamento sessuale della sua vittima, ma la denigra e stigmatizza in ragione della sua non conformità di genere. Mizock e Lewis (2008, p. 338) ben descrivono questa confusione tra omofobia e transfobia sostenendo che "la transfobia nei genitori può essere più accuratamente descritta come un tentativo di far rispettare il genere di assegnazione [che può derivare] dal timore che il bambino sarà gay". Gli autori, però, non concordano nel ritenere che il genderismo sia legato al sessismo. Piuttosto, sostengono che, in ragione dell'assimilazione tra omofobia e transfobia, esso sia maggiormente connesso all'eterosessismo.

Il concetto di eterosessismo è stato introdotto sulla scena scientifica grazie ai lavori di Herek (1984, 1990, 2000, 2004). Esso è definito quale “sistema ideologico che nega, denigra e stigmatizza ogni forma di comportamento, identità, relazione o comunità non eterosessuale” (Herek, 2004, p. 16). Insoddisfatto del termine omofobia¹⁹, eccessivamente incentrato sulle componenti individuali ed intrapsichiche, Herek conia il termine *sexual stigma*²⁰, ovvero stigma sessuale. Quest’ultimo è lo stigma rivolto a tutto ciò che non è eterosessuale; in altre parole, rappresenta una conoscenza sociale condivisa sullo status svalutato dell’omosessualità (Herek, 2009). L’eterosessismo va dunque inteso come una messa in atto istituzionale dello stigma sessuale:

se lo stigma sessuale si riferisce all’avversione della società verso tutto ciò che non è eterosessuale, l’eterosessismo può essere utilizzato per riferirsi ai sistemi che forniscono il fondamento logico e le istruzioni operative per questa avversione (Herek, 2004, p. 15).

Ritornando dunque alle osservazioni di Cope e Dark (1999) circa la comparazione tra genderismo ed eterosessismo, gli autori sostengono che come per l’eterosessismo è possibile riconoscere come naturale solo l’eterosessualità, così per il genderismo si può riconoscere la naturalità solo di due generi ben distinti, il femminile ed il maschile. Tutto ciò che si situa al di là di essi è percepito come anormale. Gli autori, però, sono consapevoli della difficoltà di comprendere quel preciso punto in cui sessismo e genderismo si separano. D’altronde, se si parte dal presupposto che la maggior parte delle persone non differenzia tra sesso e genere, dando per scontato che l’uno aderisca all’altro in maniera naturale, apparirà più

¹⁹ Al posto del termine “omofobia”, spesso si utilizza il termine “omonegatività” (Hudson & Ricketts, 1980) secondo cui “l’omofobia in senso stretto sarebbe solo un fattore nel contesto più ampio di atteggiamenti che coinvolgono il piano sociale, culturale, legale, morale” (Lingiardi, 2007, pp. 46–47).

²⁰ In generale, lo stigma è un fenomeno sociale che si caratterizza per l’attribuzione di una connotazione negativa ad un membro o ad un gruppo di una comunità tale da declassarlo ad un rango inferiore (Goffman, 1963). Esso viene costruito in 4 fasi: 1) scelta delle differenze che possono essere utilizzate per discriminare gli individui; 2) attribuzione degli stereotipi negativi a queste categorie artificiali; 3) distinzione tra stigmatizzati e non-stigmatizzati e 4) perdita di status per l’individuo stigmatizzato. Le dimensioni oggetto di stigma possono essere molteplici. Goffman (1963) ne sottolinea tre: le caratteristiche fisiche (ad es., obesità, anoressia, disabilità), psicologiche (ad es., malattie mentali, alcolismo, dipendenza da droghe) ed etniche.

chiara la difficoltà a differenziare queste ideologie che, come omofobia e transfobia, possono arrivare a fondersi e confondersi.

Come, però, il termine omofobia appare insoddisfacente per descrivere l'ampia gamma di emozioni, atteggiamenti e discriminazioni agiti contro l'omosessualità, così anche il termine transfobia ha ricevuto delle critiche teoretiche. Ad esempio, Savin-Williams, Pardo, Vrangalova, Mitchell e Cohen (2010) preferiscono utilizzare il termine *gender prejudice*, ovvero pregiudizio di genere. Ancora una volta, tale obiezione trova le sue origini nel modello utilizzato da Herek. L'autore, infatti, utilizza un altro concetto fondamentale: *sexual prejudice*²¹, cioè pregiudizio sessuale. Questo particolare tipo di pregiudizio è il risultato dell'interiorizzazione da parte della maggioranza non-stigmatizzata degli atteggiamenti negativi verso il gruppo stigmatizzato. Il pregiudizio sessuale, cioè, "è lo stigma sessuale interiorizzato che produce la valutazione negativa delle minoranze sessuali" (Herek, 2009, 74). Savin-Williams et al. (2010) preferiscono l'uso di questa terminologia poiché, alla stregua del *sexual prejudice*, anche *gender prejudice* presenta il vantaggio di legare l'ostilità e l'avversione verso i transgenderismi al vasto corpo delle scienze sociali e della ricerca empirica sul pregiudizio, proprio come afferma Herek (2004). Questo concetto, di più ampio respiro rispetto a quello di transfobia, mette insieme "atteggiamenti negativi, reazioni emotive (paura, disgusto, irritazione, disagio), comportamenti (abusi, violenze) e discriminazioni sociali verso coloro che non sono prontamente categorizzate da se stessi o dagli altri in un sistema binario di genere" (Savin-Williams et al., 2010, p. 366). Questa visione del *gender prejudice* sembra trovare riscontro in un recente studio di Tebbe e Moradi (2012). Sebbene gli autori preferiscano utilizzare la dicitura *anti-transgender pre-*

²¹ Molto brevemente, il pregiudizio è una valutazione solitamente negativa di una categoria di persone basata su massicce generalizzazioni e sull'attribuzione di una caratteristica specifica ad una persona o ad un gruppo ancor prima di conoscerla o conoscerlo. Esso nasce a causa dell'opera di due meccanismi sociali: 1) la *categorizzazione*, ovvero la creazione di categorie entro cui collocare le informazioni provenienti dall'ambiente, strategia di semplificazione della percezione della realtà che classifica i vari aspetti di un fenomeno sotto un unico concetto; 2) la *generalizzazione*, ovvero l'estensione di quell'aspetto a tutti gli elementi di un gruppo (Allport, 1954).

*judice*²², hanno riscontrato un'associazione molto forte tra pregiudizio anti-transgender, pregiudizio sessuale, ruoli di genere tradizionali e bisogno di chiusura (ovvero il desiderio di una persona per l'ordine, la struttura e la non ambiguità). Queste associazioni dimostrano che le persone LGBT sono in parte stigmatizzate perché percepite come trasgressori delle prescrizioni tradizionali e delle norme legate al genere.

2.2 Violenze rumorose. La varianza di genere come bersaglio di stigma

Si potrebbe sostenere che gli studi il cui oggetto è rappresentato dai transgenderismi seguano due filoni principali: l'uno inerente la questione della patologizzazione e della diagnosi, l'altro invece relativo alla varianza di genere come bersaglio di stigma e discriminazioni. Il primo filone è stato affrontato nel primo capitolo. Qui ci occuperemo di delineare un quadro di riferimento degli studi che si sono occupati del secondo filone.

Le ricerche che si occupano di studiare quantitativamente le percentuali di violenza, discriminazione, prevaricazione e molestia subite dalle persone transgender riportano dei dati decisamente allarmanti. Lombardi, Wilchins, Priesing e Malouf (2001), analizzando un campione di 402 persone transgender MtF ed FtM, riportano che il 59.5% ha esperito violenze ed abusi (il 26.6% ha vissuto un incidente violento, il 14% uno stupro o un tentativo di stupro, il 19.4% un'aggressione senz'arma, il 17.4% insulti e il 10.2% un'aggressione con arma) e che il 37.1% ha subito discriminazioni economiche. Complessivamente, il 47% del campione è stato vittima di qualche forma di aggressione nel corso della propria vita. Gli autori, inoltre, hanno potuto riscontrare che le persone transessuali hanno una probabilità 3 volte maggiore rispetto alle persone non transessuali di subire discriminazioni economiche e che coloro che esperiscono questo tipo di discriminazioni hanno una probabilità 5 volte maggiore di subire anche qualche forma di violenza.

²² Tebbe e Moradi (2012, p. 251) utilizzano il termine *anti-transgender prejudice* come “abbreviazione che denota il pregiudizio contro gli individui transgender e per sottolineare gli atteggiamenti pregiudiziali (piuttosto che la paura o la fobia) che compongono questo costrutto”.

Xavier (2000), in uno studio condotto su un campione di 252 persone transgender reclutati nella città di Washington, riporta che ben il 43% ha subito qualche tipo di violenza. Kenagy (2005), su un campione di 181 persone transgender, riporta che, durante l'infanzia e l'adolescenza, il 71% ha subito violenze fisiche e il 50% violenze sessuali causate dalla non conformità di genere.

Queste violenze e discriminazioni sembrano avere un effetto a catena sui *tentativi di suicidio*. Clements-Nolle, Marx e Katz (2006), in un ampio campione di 392 persone transgender MtF e 123 FtM, hanno riscontrato che il 32% di essi ha tentato il suicidio. La giovane età (< 25 anni), la depressione, l'abuso di sostanze, le violenze sessuali, le discriminazioni e le vittimizzazioni basate sul genere sono risultati tutti predittori indipendenti del tentativo di suicidio. Kenagy (2005) riporta una percentuale simile (il 30.1%) ma aggiunge che tra essi, il 67.3% ha tentato il suicidio a causa della propria identità transgender. Come, inoltre, sostengono Mizock e Lewis (2008), l'ideazione suicidaria quale risposta al trauma può accrescere il rischio di attuare comportamenti di violenza auto-inflitta. Infine, ma di questo ci occuperemo nel paragrafo seguente, “anche quando l'ambiente più stretto è supportivo, la transfobia interiorizzata [...] può essere schiacciante, giocando un importante ruolo nell'ideazione suicidaria” (Mizock & Lewis, 2008, p. 342–343).

La transfobia, però, non sembra aver origine in età adulta. Molti, infatti, sono gli studi che hanno affrontato la problematica della transfobia nella *famiglia d'origine*. Factor e Rothblum (2007), ad esempio, riportano che i fratelli non transgender tendano a ricevere un maggiore supporto familiare rispetto ai fratelli transgender, divenendo, così, la famiglia d'origine il primo contesto attraversato da istanze transfobiche. Gerini, Giaretton, Trombetta e Romito (2009) sostengono che, essendo molteplici gli agenti dei maltrattamenti psicologici [compagni e coetanei (54%), sconosciuti (42%), padre (31%) e madre (26%)], le persone transgender tenderebbero a subire dei traumi cumulativi, ovvero molteplici forme di discriminazioni e/o violenze emotive e fisiche che, cumulandosi nel tempo e rinforzandosi tra loro, produrrebbero secondariamente differenti forme di disagio

psicologico. Koken, Bimbi e Parsons (2009), nell'ambito delle discriminazioni subite in famiglia, mostrano come "la prima esperienza che le persone transessuali [...] hanno con lo sviluppo del proprio genere e della propria identità sessuale si verifica nella famiglia d'origine e così la maggior parte delle esperienze di rifiuto e violenza subite cominciano in famiglia" (p. 853). Witten e Eyer (1999) hanno riportato che, su un campione di 213 persone transgender, il livello di violenze e abusi percepiti ed effettivi sono elevatissimi: ben il 91% ha riportato qualche episodio di discriminazione e violenza. Gli autori sembrano confermare gli studi precedentemente descritti, riportando che la maggior parte di questi abusi avvengono prima dei 18 anni. I perpetratori di violenza, in ordine di importanza, sono il padre, un adulto al di fuori del sistema familiare, un familiare, la madre o un pari. Lo studio di Bowen (1995, cit. in Mizock & Lewis, 2008), anche se condotto su un piccolo e non rappresentativo campione di persone transgender FtM, ha rilevato un elevato tasso di violenza fisica e sessuale durante gli anni della prima e della seconda infanzia. Ancora, Munson (2006) sostiene che l'espressione di genere del bambino viene utilizzata quale pretesto per attuare forme di violenza, seguite da silenzio o diniego familiare. Infine, Gagne e Tewksbury (1998) riportano esperienze di punizione subite durante l'infanzia e l'adolescenza causate da comportamenti ritenuti non congruenti rispetto al genere assegnato alla nascita e, dunque, non stereotipicamente maschili o femminili: tali comportamenti possono assumere la valenza di veri e propri rifiuti, agiti dalla famiglia d'origine verso il figlio transgender e possono sfociare nell'allontanamento dalla propria abitazione.

Nell'ambito del *sex work* i dati non sono più rassicuranti. Nemoto, Operario, Keatley e Villegas (2004) riportano che la motivazione che spinge molte persone transgender MtF a prostituirsi trova le sue origini nell'assenza di supporto da parte della società allargata che non crea opportunità di lavoro. Questa grande barriera transfobica pone le persone transessuali e transgender a rischio di esperire traumi. A tal proposito, Valera, Sawyer e Schiraldi (2001) riportano che il 75% delle persone transessuali del loro campione è stato aggredito da un cliente e che l'80% è stato minacciato con un'arma. Le discriminazioni subite in questo specifico campo sembrano essere collegate alle *discriminazioni subite in ambito lavorativo*. Hill

e Willoughby (2005) riportano che molte persone transessuali e transgender si ritrovano costrette a cambiare lavoro a causa della loro non conformità di genere. Come precedentemente accennato, Lombardi et al. (2001) hanno riscontrato un elevatissimo tasso di discriminazioni in ambito lavorativo: ben il 37% del loro campione ha subito licenziamenti, retrocessioni, azioni disciplinari ingiuste. E come riscontrato da Nemoto et al. (2004) molte persone transessuali e transgender riportano che sono proprio queste discriminazioni a spingerle alla prostituzione.

Perché questa violenza così atroce verso le persone transgender e transessuali? Kidd e Witten (2007/08) sostengono che siano soprattutto 4 i fattori capaci di spiegare la violenza anti-transgender: 1) *L'ignoranza del pubblico generale*: la maggior parte delle persone non conosce le identità transgender come si evince dall'utilizzo del linguaggio omofobico piuttosto che transfobico ad opera di molti perpetratori di violenza anti-transgender; 2) *Il problema dei bias istituzionalizzati*: le istituzioni in generale producono una conoscenza scorretta sulle questioni di genere; un chiaro esempio, sostengono gli autori, sono i corsi di biologia in cui si insegna che esistono solo due sessi; 3) *La marginalizzazione da parte dei sistemi sanitari* che non sono pronti e preparati ad accogliere le specifiche domande delle persone transgender; e, infine, 4) *la preservazione del binarismo di genere* che passa, soprattutto, attraverso i crimini di odio²³, la cui funzione è quella di rinforzare e conservare il sistema del binarismo di genere. La violenza e l'odio, infatti, puniscono coloro che trascendono o sovvertono questa potente ideologia che spinge a considerare i "trasgressori" come appartenenti ad uno status inferiore e, perciò stesso, come soggetti da punire in ragione del supposto ordine naturale delle cose.

I dati riportati non possono che spingerci a pensarla come Kidd e Witten (2007/08): gli autori sostengono che "la violenza transgender non è solo un'*epidemia* confinata negli Stati Uniti. Questa è infatti una *pandemia* che ab-

²³ Molto brevemente, i crimini d'odio (o *hate crimes*) configurano formalmente dei reati puniti dal codice penale poiché rappresentano delle vere e proprie violenze (come ad es., omicidio, diffamazione, ingiuria, ecc.) perpetrate nei confronti di una specifica minoranza. Ciò che li differenzia dai reati "comuni" è il movente: l'odio nei confronti della persona appartenente ad una minoranza o nei confronti di chi si sospetta sia tale. Non tutti gli Stati hanno regolamentato questi crimini.

braccia il globo, oltrepassando continenti, culture e linguaggi” (p. 44, corsivi miei).

2.3 Transfobia interiorizzata. Lo stressor insidioso

Una società così fortemente eterosessista e genderista non può non avere delle importanti ripercussioni sui loro “bersagli”. Le persone stigmatizzate, discriminate, quotidianamente violentate sono costrette a rimaneggiare psichicamente questi contenuti dannosi che provengono dall’esterno. Alcuni ricercatori (ad es., Clark & Clark, 1958) hanno dimostrato che le minoranze – in questo caso etniche – interiorizzano i pregiudizi legati alla propria categoria minoritaria sin dall’infanzia. Questo processo di interiorizzazione è stato analizzato in particolare dagli studi sul pregiudizio di Allport (1954). L’autore, nell’ambito della “teoria dei tratti dovuti alla vittimizzazione”, sostiene che le persone stigmatizzate utilizzano dei meccanismi difensivi per far fronte al pregiudizio che esperiscono. Tali meccanismi possono riguardare la sfera dell’estroversione, come ad esempio preoccupazioni ossessive e sproporzionate rispetto alle caratteristiche stigmatizzate, e/o dell’introversione, come l’autodenigrazione o l’identificazione con l’aggressore. Quest’ultima modalità di fronteggiamento si avvicina molto all’attuale significato di *transfobia interiorizzata*.

Allo stato attuale, a differenza del costrutto dell’omofobia interiorizzata, non esistono ancora studi esaustivi sulla transfobia interiorizzata. Bockting, Knudson e Goldberg (2006, p. 46) definiscono questo costrutto quale:

profonda vergogna, colpa e disgusto di sé [che] può manifestarsi nella speranza che una psicoterapia metterà fine ai sentimenti transgender o, più tipicamente, in un’eccessiva enfasi sul passare per uomo o donna non transgender e nel disagio che si prova nello stare con altri individui transgender sui quali i sentimenti di colpa ed odio di sé sono proiettati.

Inoltre, gli autori sostengono che alcune persone transgender ricercano disperatamente interventi di chirurgia estetica nella speranza di cancellare ogni segno percepito del loro sesso biologico. Anche l’evitamento e l’ostilità nei confronti di al-

tre persone transgender possono essere letti come un segno di transfobia interiorizzata: “Alcune persone transgender evitano il contatto con la comunità transgender nello sforzo di normalizzare le loro vite nella direzione della conformità con le norme sociali prevalenti” (Bockting et al., 2006, p. 64).

Kaplan (2011)²⁴ sostiene che la transfobia interiorizzata debba essere riferita ai

sentimenti che alcune persone hanno rispetto al loro essere trans e di cui potrebbero anche non esserne coscienti. Essa si riferisce a come le persone odiano quella parte di se stesse e ne provano vergogna.

Ancora, Hendricks e Testa (2012, p. 462) descrivono la transfobia interiorizzata con le seguenti parole:

questo senso interiorizzato dello stigma è più soggettivo nel senso che non è direttamente osservabile, ma è potenzialmente il più pericoloso poiché può avere effetti negativi diretti sulla capacità dell'individuo di far fronte agli eventi stressanti esterni e, in ultima analisi, ridurre la resilienza dell'individuo di fronte agli eventi negativi.

Il legame tra la transfobia interiorizzata e la resilienza è stato colto anche da Singh, Hays e Watson (2011) i quali riportano, all'interno di una ricerca qualitativa finalizzata alla valutazione delle strategie di resilienza di fronte alle avversità, che i soggetti transgender descrivono l'essenza della resilienza come una modalità di arresto della transfobia sia sociale che interiorizzata. La portata devastante della transfobia interiorizzata è, infine, ben spiegata da Mizock e Lewis (2008) i quali sostengono che “anche quando l'ambiente immediato è supportivo, la transfobia interiorizzata – il dirigere, cioè, credenze e atteggiamenti transfobici contro di sé – può essere soverchiante, giocando un grosso ruolo nell'ideazione suicidaria” (p. 342–342).

Come è possibile evincere dalle citazioni precedenti, non esiste una definizione univoca di transfobia interiorizzata, mancando studi che, in maniera più specifica, abbiano come oggetto quest'unica dimensione. A differenza dell'omofobia inte-

²⁴ Questa citazione è stata ripresa dal sito web <http://tgmentalhealth.com/2011/03/25/internalized-trans-phobia/>.

riorizzata che è stata oggetto di diversi studi psicometrici e che è stata operazionalizzata in maniera differente da diversi autori (Lingiardi, Baiocco, & Nardelli, 2012; Martin & Dean, 1987; Nungesser, 1983; Ross & Rosser, 1996; Shildo, 1994; Wagner, Brondolo, & Rabkin, 1994), la transfobia interiorizzata è stata operazionalizzata solo da Bockting et al. (2005). Gli autori sostengono che questo costrutto si può misurare grazie all'interazione di 4 dimensioni: 1) il *Passing* si riferisce all'investimento delle persone transgender nel "passare per" il genere d'elezione, nascondendo la propria identità transgender agli altri; 2) l'*Alienation* si riferisce all'evitamento delle altre persone transgender e all'imbarazzo provato nello stare in loro presenza; 3) *Shame*, invece, ha a che fare con la vergogna che si prova verso la propria identità transgender e 4) *Pride*, infine, si riferisce all'orgoglio verso la propria condizione transgender, unica dimensione positiva che può facilitare il processo di coming out e proteggere dallo stigma sociale²⁵.

Un tentativo di sistematizzare questo *mare magnum* di definizioni e costrutti correlati, potrebbe essere quello di considerare la transfobia interiorizzata come la direzione contro il Sé degli atteggiamenti sociali negativi aventi a che fare con il genere. In sostanza, come l'interiorizzazione del binarismo di genere. Tale processo spingerebbe a sperimentare grosse quote di disagio nei confronti della propria identità transgender, sentimenti di essere sbagliati, di essere un errore di natura, di imbarazzo per la propria identità e di invidia verso le altre persone non transgender. L'interiorizzazione del binarismo di genere porterebbe, inoltre, a sviluppare sentimenti di alienazione nei confronti delle altre persone transgender e strategie di occultamento della propria identità. La transfobia interiorizzata, dunque, rappresenta la componente più intima del pregiudizio e dello stigma e, per tale ragione, può essere considerata come lo stressor più insidioso, capace di mettere in scacco il benessere soggettivo e l'accettazione della propria condizione identitaria.

²⁵ Per una trattazione più specifica delle dimensioni individuate da Bockting et al. (2005) quali indicatori della transfobia interiorizzata, cfr. l'Introduzione del Capitolo 4 del presente lavoro.

2.4 Fattori di rischio e di protezione: Ripercussioni sulla salute mentale

La teoria del *minority stress* (cfr. il capitolo 3 del presente lavoro) sostiene che le minoranze sessuali e di genere sono soggette ad uno stress cronico che è la risultante della stigmatizzazione in quanto gruppo minoritario. Questo tipo di stress, a sua volta, ha un profondo impatto sulla salute mentale delle persone LGBT. A tal proposito, considerando come target le persone transgender adulte, Lombardi (2009) ha riscontrato che l'elevata frequenza di eventi transfobici correla positivamente con alti livelli di depressione ed ansia. Bockting, Miner, Swinburne Romaine, Hamilton e Coleman (2013) hanno riscontrato che lo stigma sociale è positivamente associato al disagio psicologico. Nuttbrock et al. (2010) riportano una relazione significativa e positiva tra gli abusi legati al genere e la depressione nelle persone transgender MtF: gli stressor sociali e l'ostracismo proveniente dai pari sono i fattori in grado di spiegare la percentuale maggiore di depressione. Infine, Shipherd, Maguen, Skidmore e Abramovitz (2011), su un campione di 97 persone transgender MtF, riportano che il 98% ha subito almeno un evento traumatico nella vita e che il 91% ne ha subiti multipli. Tra coloro che hanno subito eventi traumatici, il 42% ha riportato che questi eventi erano legati all'identità transgender, il 17.8% ha riportato sintomi di disturbo post-traumatico da stress e il 64% sintomi depressivi.

Le molestie, la vittimizzazione e la violenza rappresentano, dunque, i principali *fattori di rischio* per lo sviluppo di psicopatologia; e ciò è vero in ogni fascia di età (IOM, 2011). Esistono, infatti, molte ricerche che hanno analizzato questi tipi di discriminazione tra i giovani LGB mostrando percentuali altissime di prepotenze, aggressioni ed insulti a sfondo omofobico (ad es., Birkett, Espelage, & Koenig, 2009; D'Augelli, Pilkington, & Hershberger, 2002; Murdock & Bolch, 2005). Queste tipologie di discriminazione costituiscono dei fattori di stress molto seri che hanno come conseguenza diretta problematiche di salute mentale, quali depressione, ansia, insonnia, comportamenti autodistruttivi, ecc. Sfortunatamente, però, ancora scarse sono le ricerche che hanno come target esclusivo i giovani *gender non conforming* (Garofalo, Deleon, Osmer, Doll, & Harper, 2006; McGui-

re, Anderson, Toomey, & Russell, 2010). Toomey, Ryan, Diaz, Card e Russell (2010), ad esempio, in una ricerca sulla vittimizzazione scolastica dei giovani *gender variant*, hanno riscontrato che la relazione tra la non conformità di genere e l'adattamento psicosociale viene impattata negativamente dalla vittimizzazione. In ogni caso, le vittimizzazioni e le violenze che hanno come bersaglio la non conformità di genere sono una realtà pervasiva per i giovani transgender e *gender variant* e risultano direttamente associate alla salute fisica ed emozionale (IOM, 2011).

In sostanza, dunque, i disturbi mentali delle minoranze sessuali e di genere non sono collegati all'identità in sé, ma possono manifestarsi come risultato della marginalizzazione, dello stress derivante dal nascondere la propria sessualità e/o identità o dal subire abusi verbali, emotivi, fisici e/o sessuali da una famiglia o da una comunità intolleranti (Mayer et al., 2008).

Nonostante gli studi citati, ricerche che hanno valutato gli effetti delle violenze e delle discriminazioni sulla salute mentale non appaiono ancora del tutto soddisfacenti e non è chiaro se anche le forme interiorizzate dello stigma agiscano sulla salute mentale delle persone transgender. Questo, però, è facilmente supponibile dal momento che molti studi nell'ambito della ricerca LGB (Brown & Treverthan, 2010; Meyer, 2007; Sherry, 2007) hanno dimostrato l'impatto negativo dello stigma interiorizzato sulle relazioni affettive e sulla salute generale. Più nello specifico, infatti, l'omofobia interiorizzata può rappresentare un fattore di rischio per l'emergenza di seri disagi psicologici, quali alienazione sociale ed alcolismo (Burgard, Cochran, & Mays, 2005; Drabble, Midanik, & Trocki, 2005; Baiocco, D'Alessio, & Laghi, 2010), abuso di droghe (Coleman, Rosser, & Strapko, 1992; Conron, Cochran, Mays, Greenland, & Seeman, 2010), depressione (Cochran, Sullivan, & Mays, 2003) ed ansia (Bostwick, Boyd, Hughes, & McCabe, 2010), problematiche sessuali ed HIV (Lallemant, Salhi, Linard, Giami, & Rozenbaum, 2002; Ende, Lo Re III, DiNubile, & Mounzer, 2006; Reece, 1988), comportamenti sessuali a rischio (Hamilton & Mahalik, 2009), disturbi alimentari (Russel & Ke-

el, 2002) e ideazione o tentativi di suicidio (Rofes, 1983; Cochran & Mays, 2000; Meyer, Dietrich, & Schwartz, 2008).

Come ogni minoranza stigmatizzata, anche quelle sessuali e di genere sono in grado di far fronte allo stigma grazie a dei *fattori protettivi*. Quando si esaminano queste dimensioni protettive, è importante focalizzarsi sul livello individuale, interpersonale (famiglia, scuola, pari, ecc.) e socio-istituzionale (IOM, 2011). Allo stato attuale sono davvero pochi gli studi che hanno esaminato i fattori protettivi nelle diverse fasce di età (Collier, van Beusekom, Bos, & Sandfort, 2013). Ad esempio, considerando quale fascia d'età quella dell'infanzia e dell'adolescenza, a livello individuale, l'autostima si è mostrata essere un fattore protettivo molto importante (Savin-Williams, 1989): nei giovani gay maschi, essa è risultata positivamente correlata al *coming out* verso la madre. Un altro fattore protettivo individuale è stato riscontrato nella *disclosure* della propria identità sessuale (Wright & Perry, 2006): i giovani LGB che svelano la propria identità hanno minori probabilità di sviluppare disagi psicologici. È pur vero, però, che la *disclosure*, come prima accennato, può rappresentare anche un fattore di rischio che pone in essere una probabilità maggiore di divenire oggetto di vittimizzazione e violenza (D'Augelli, 2002). Ad un livello interpersonale, l'accettazione da parte della famiglia dell'identità LGBT dei propri figli è risultata essere uno tra i fattori protettivi più forti (Ryan, Russell, Huebner, Diaz, & Sanchez, 2010): coloro che hanno vissuto una maggiore accettazione familiare, infatti, riportano livelli più bassi di depressione, abuso di sostanze e tentativi o ideazioni suicidarie. A livello socio-istituzionale, invece, le politiche scolastiche supportive nei confronti delle minoranze sessuali e di genere si sono rilevate un fattore protettivo molto forte poiché correlato a minori episodi di vittimizzazione, di dropout scolastico e di tentativi di suicidio (Goodenow, Szalacha, & Westheimer, 2006).

Considerando, invece, come fascia d'età quella adulta, relativamente ai fattori protettivi c'è un vuoto ancora più grande in letteratura. Sembra che la famiglia come rete di supporto primario sia quasi sempre inaccessibile alle persone transgender (Carrol & Gilroy, 2002). Per la paura di essere rifiutate, molte persone

transgender preferiscono non raccontare le violenze e gli episodi di discriminazione subiti ai membri della propria famiglia (Herman, 1997). Per cui, una tra le fonti principali di sostegno per le persone transgender è il supporto dei pari e della comunità transgender (Mizock & Lewis, 2008). Questo punto sembra essere confermato da una recente ricerca di Bockting et al. (2013) finalizzata a misurare il *minority stress* nella popolazione transgender. In questo studio, supporto familiare, supporto dei pari ed orgoglio identitario sono risultati tutti fattori protettivi in grado di moderare la relazione tra lo stigma vissuto e la salute mentale. Gli autori, infatti, hanno riscontrato percentuali molto elevate di depressione (44.1%), ansia (33.2%), somatizzazione (27.5%) e disagio psicologico generale (40.1%). Tali *health outcomes* sono associate con lo stigma vissuto, non con la disforia di genere.

In conclusione, dunque, un approfondimento delle strategie di fronteggiamento dello stress e della resilienza nelle persone transgender è necessario. In ogni caso, è di fondamentale importanza che tutte le persone LGBT non siano considerate come vittime passive della discriminazione e del pregiudizio (IOM, 2011):

le conquiste che le persone LGBT hanno ottenuto nel corso degli ultimi decenni nella costruzione di una comunità che si rivolge ai loro bisogni sanitari, così come nell'ottenimento del riconoscimento dei loro problemi di salute da parte di organismi scientifici ed enti governativi, testimonia del loro impegno a resistere allo stigma e a lavorare attivamente per un trattamento egualitario in tutti gli aspetti della loro vita, compreso l'accesso a servizi appropriati di assistenza sanitaria e la riduzione delle disparità (IOM, 2011, p. 14).

Le persone LGBT hanno creato una comunità molto forte, cosciente dei propri bisogni e consapevole di essere trattata in modo ingiusto e pregiudiziale. I sentimenti di appartenenza a questa comunità rappresentano una fonte molto forte di resilienza e sostegno e tutte le conquiste ottenute in questi ultimi decenni non possono non divenire parte integrante della storia di ciascuno che si identifica con questa identità. Certo, si potrà obiettare che non tutti o tutte sentono questa appartenenza e che, quindi, non tutti o tutte possono godere delle conquiste politiche e dei riconoscimenti identitari ottenuti nel tempo. Questo è vero. Ma le conquiste ottenute,

spesso, si trasformano in leggi, in sentenze, quindi, in riconoscimenti pubblici. Se pensiamo che il benessere psicologico delle persone omosessuali dipende in parte anche dall'esistenza di leggi che consentano il matrimonio tra persone dello stesso sesso (Herek, 2006; Hatzenbuehler, McLaughlin, Keyes, & Hasin, 2010), non possiamo che continuare a sperare in ulteriori conquiste politiche, soprattutto in un Paese come l'Italia che, tra tutti quelli europei, ancora stenta a muovere i primi passi.

CAPITOLO 3

MINORITY STRESS.

LA CORNICE TEORICA DI RIFERIMENTO

3.1 Stress, identità e minoranze: Il funzionamento del *minority stress*

Nel capitolo precedente, abbiamo mostrato *che* il pregiudizio e la violenza anti-transgender hanno un effetto diretto e piuttosto nocivo sulla salute mentale delle persone LGBT. In questo capitolo, vogliamo mostrare *come* queste dimensioni impattano la salute mentale. Lo *Institute of Medicine* degli Stati Uniti d'America (IOM, 2011) sottolinea con forza, nell'ambito della ricerca sulla salute mentale delle persone LGBT, l'importanza di utilizzare almeno una delle seguenti prospettive teoriche e, nel caso in cui fosse possibile, di riuscire ad integrarle: 1) *Prospettiva del Minority stress* (Meyer, 1995, 2003a); 2) *Prospettiva Life-Course*²⁶ (Cohler & Hammack, 2007); 3) *Prospettiva dell'Intersezionalità*²⁷ (Brooks, Bowleg, & Quina, 2009); 4) *Prospettiva Ecologico-Sociale*²⁸ (McLeroy, Bibeau, Steckler,

²⁶ La *Prospettiva Life-Course* ha come nozione centrale l'interrelazione delle differenti esperienze che un individuo fa nel corso delle diverse fasi della vita. Gli assunti alla base di questa prospettiva sono 4: 1) Gli individui e le loro vite sono tra loro interdipendenti così che i legami sociali arrivano ad influenzare la prospettiva individuale sulla vita; 2) Gli eventi della vita sono parte di una traiettoria complessiva poiché le esperienze significative hanno un diverso impatto a seconda della fase della vita in cui ci si trova; 3) Gli individui fanno le proprie scelte influenzati dal contesto sociale in cui vivono e 4) una prospettiva storica fornisce il contesto per la comprensione di quei fattori che hanno dato forma alle esperienze individuali.

²⁷ La *Prospettiva dell'Intersezionalità* fornisce un quadro teorico che consente la comprensione delle identità sociali multiple e dei differenti effetti dello stigma. Tale prospettiva si focalizza contemporaneamente su diverse dimensioni di ineguaglianza e sulla comprensione di come esse siano tra loro interrelate e come danno forma all'individuo. Oltre alle dimensioni legate al genere e all'orientamento sessuale, tale prospettiva considera anche le dimensioni della razza, dell'etnia e della classe sociale. È chiaro che un uomo gay, di colore e con un handicap avrà più possibilità di essere discriminato, poiché lo stigma in questo caso andrebbe a colpire più dimensioni identitarie tra loro "intersezionate".

²⁸ La *Prospettiva Ecologico-Sociale* si basa sui lavori di Bronfenbrenner. Le influenze sugli individui non provengono solo dall'ambiente immediato e a loro più vicino, ma anche dal meso-, eso- e macro-sistema. Applicato alla salute LGBT, questa prospettiva è utile per analizzare le influenze

& Glanz, 1988). Senza cadere nel dettaglio di ciascuna di esse, queste teorie di riferimento si pongono come prospettive “cross-cutting”, che tagliano cioè trasversalmente ogni area di ricerca in ambito LGBT. Solo l’utilizzo di almeno una di queste prospettive teoriche può consentire di comprendere pienamente l’area della salute mentale delle persone LGBT e di apportare dei progressi scientifico-conoscitivi a questa dimensione.

In questa sede, il modello teorico di riferimento è quello del *minority stress* applicato alla salute mentale delle persone transgender. Come vedremo, nonostante da decenni si stia utilizzando questa prospettiva nell’ambito della salute delle persone LGB, le persone T sono state lasciate inspiegabilmente fuori. Nonostante alcune evidenze qualitative abbiano suggerito che il *minority stress* abbia un impatto sulla salute mentale di queste persone (Bockting, Robinson, & Rosser, 1998; Nemoto, Iwamoto, & Operario, 2003; Nemoto, Sausa, Operario, & Keatly, 2006), solo di recente ci sono stati dei tentativi di applicazione teorica (Hendricks & Testa, 2012) ed operativa (Bockting et al., 2013) di questo modello alla popolazione transgender.

Il modello del *minority stress*, di stampo socio-costruttivista²⁹, trova la sua premessa nel fatto che le minoranze sessuali, così come tutti i gruppi minoritari, esperiscono uno stress cronico causato dalla continua stigmatizzazione sociale proveniente dall’esterno e che ogni condizione sociale caratterizzata da pregiudizio, rifiuto e discriminazione rappresenta uno stressor. Il *minority stress*, dunque, è un modello teorico che descrive alcune condizioni sociali come potenziali stressor, analizzandone gli effetti sulla salute mentale dei gruppi minoritari. L’autore che ha costruito un corpus teorico unitario attorno al *minority stress* è Ilan Meyer, attualmente Senior Scholar presso il “Williams Institute for Sexual Orientation Law and Public Policy” della University of California di Los Angeles (UCLA).

reciproche dei comportamenti e le influenze derivanti dalla famiglia, dalle relazioni, dalla comunità e dalla società tutta.

²⁹ Il paradigma socio-costruttivista, nell’ambito dei *Gender Studies* ed in particolare nell’ambito degli *Lgbt Studies*, può essere letto tramite 3 assunti: 1) le categorie sessuali e di genere sono prodotti storici e sociali, espressione di una specifica cultura; 2) la sessualità e il genere non hanno altro significato stabile al di fuori dei loro significati culturali; 3) la realtà sottostante non è spesso adatta ed appropriata alle nostre costruzioni sociali.

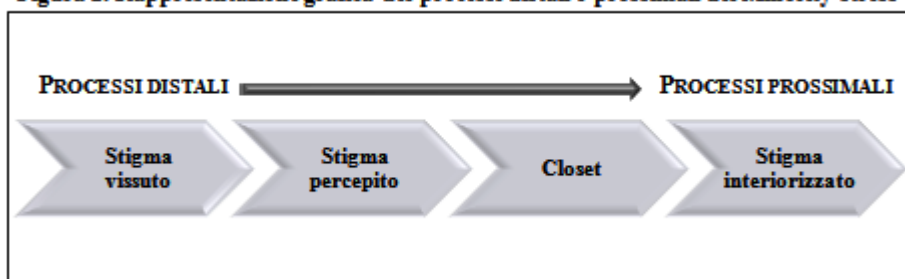
Secondo Meyer (2007), il *minority stress* ha 3 caratteristiche. Esso è: 1) *unico*, poiché rappresenta un fattore additivo ai fattori di stress generali vissuti da tutte le persone; ciò significa che le persone stigmatizzate richiedono uno sforzo di adattamento superiore a quello richiesto da coloro che non subiscono stigmatizzazioni; 2) *cronico*, poiché è collegato a delle sottostanti strutture socio-culturali relativamente stabili ed indipendenti dall'individuo (come, ad esempio, l'eterosessismo occidentale); 3) *socialmente basato*, dato che deriva da processi sociali, istituzionali e strutturali, anch'essi indipendenti dall'individuo.

All'interno del contesto delle circostanze ambientali individuali, prendendo a prestito le concettualizzazioni di Lazarus e Folkman (1984) sulla dimensione distale-prossimale delle strutture sociali, Meyer concettualizza processi di stress distali e prossimali. Lazarus e Folkman (1984) descrivono le strutture sociali come concetti distali i cui effetti sull'individuo dipendono da come esse si manifestano nel contesto immediato dei pensieri, dei sentimenti e delle azioni. Questi ultimi rappresentano, dunque, le esperienze sociali più prossimali della vita di una persona, cioè le percezioni soggettive. Tali strutture, dunque, nonostante distali, hanno ricadute su una sfera più personale. Allo stesso modo Meyer descrive i processi distali come degli stressor oggettivi che sono indipendenti dall'individuo poiché agenti al di là della sua esistenza. I processi prossimali, invece, sono dipendenti dall'individuo poiché hanno a che fare con i suoi sentimenti, i suoi pensieri e le sue azioni, ovvero con le percezioni soggettive e le personali valutazioni.

I processi distali e prossimali del *minority stress* sono posti su un *continuum* ambientale, al cui interno differenti stressor agiscono (Figura 2). Dai processi distali a quelli prossimali, gli stressor sono: 1) eventi e condizioni stressanti esterni ed oggettivi, cronici ed acuti (discriminazioni e violenze e effettivamente subite); 2) aspettative che questi eventi accadano e conseguente vigilanza (stigma percepito); 3) occultamento del proprio orientamento sessuale e/o della propria identità di genere (tecnicamente, "closet") e 4) interiorizzazione degli atteggiamenti negativi della società (omofobia o transfobia interiorizzata).

Lo *stigma vissuto* si riferisce alle discriminazioni e alle violenze subite. In accordo con Herek (2009), che lo definisce “enacted stigma”, questo tipo di stigma indica, nello specifico, quei comportamenti che assumono apertamente le vesti della violenza, quali abusi verbali, fisici e sessuali. Si tratta, dunque, di barriere che si trovano ad un livello personale (IOM, 2011), non strutturale e che trovano la propria causa nella non conformità sessuale e/o di genere. Le barriere strutturali, al contrario, si riferiscono allo stigma agito all’interno delle istituzioni sociali e sono indipendenti dal singolo soggetto appartenente ad una specifica istituzione (Herek, 2009). L’esempio più chiaro di stigma strutturale è l’assenza di leggi statali a favore delle partnership o delle aggravanti omofobiche o transfobiche per i reati commessi.

Figura 2. Rappresentazione grafica dei processi distali e prossimali del Minority stress



Lo *stigma percepito*, invece, ha a che fare con le aspettative di rifiuto e discriminazione. Meyer (2007) sostiene che le persone LGB, a causa delle continue stigmatizzazioni sociali, imparano ad anticipare cognitivamente le considerazioni negative della cultura dominante e, per evitare discriminazioni, mantengono alta la vigilanza. Quest’ultima, ovvero il mantenersi costantemente in guardia, in allerta, finisce per diventare cronica poiché evocata di continuo nella vita quotidiana. Lo stigma percepito, dunque, spinge a mettere in atto una serie di strategie finalizzate a difendersi dall’“enacted stigma”, quali ad esempio nascondere l’orientamento sessuale e/o l’identità di genere agli altri. È chiaro che il prezzo da pagare per questa strategia – senza dubbio funzionale nel suo obiettivo – è molto alto. È qui che il *closet*, ovvero la rivelazione del proprio orientamento sessuale e/o della propria identità di genere, agisce. Come già accennato, tale occultamento, nonostante utilizzato come strategia di coping per evitare le conseguenze negative dello

stigma, può ritorcersi contro e diventare stressante (Meyer, 2007). Le persone LGBT, infatti, possono utilizzare questa strategia per difendersi dallo stigma reale, ma anche dalla vergogna e dalla colpa (Meyer, 2007). Questa strategia non consente alle persone di beneficiare del supporto sociale della comunità LGBT. Infine, sul versante più prossimale, c'è l'*omofobia interiorizzata*, ovvero quel processo di auto-stigmatizzazione strettamente legato alla salute mentale (Meyer, 2007). L'omofobia interiorizzata, in sostanza, è l'insieme di atteggiamenti e sentimenti che una persona omosessuale può arrivare a provare nei confronti della propria e dell'altrui omosessualità, avendo interiorizzato tutti quei pregiudizi negativi, valori opprimenti ed atteggiamenti discriminatori facenti parte di una società eterosessista e della formazione dell'identità maschile, omosessuale e non.

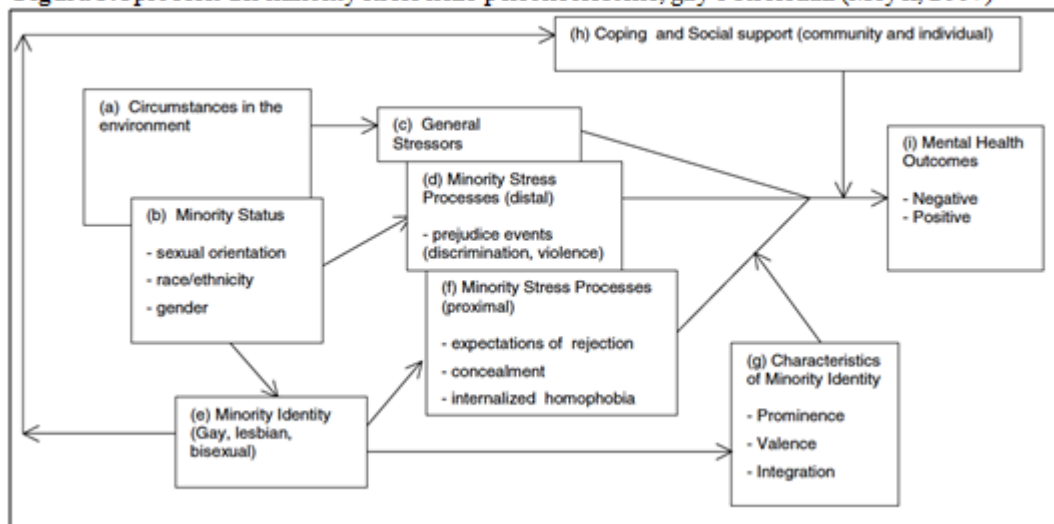
Oltre agli stressor, Meyer identifica anche alcuni fattori che possono alleviare gli effetti del *minority stress*. Quest'ultimo, infatti, è anche associato a delle dimensioni positive – quali la solidarietà o la coesione di gruppo – che hanno una funzione di protezione dai suoi effetti disastrosi sulla salute mentale. In questo caso, dunque, stress, resilienza e strategie di coping funzionali interagiscono e, insieme, sarebbero in grado di predire lo sviluppo di disturbi mentali. Meyer differenzia tra risorse che operano a livello individuale – come la personalità – e quelle che operano, invece, a livello gruppale. A livello individuale, le persone LGB possono utilizzare una serie di strategie di coping o avere buone capacità di resilienza. A livello gruppale, sociale e strutturale, invece, le strategie di coping possono espletarsi tramite 3 modalità: 1) consentire alle persone stigmatizzate di esperire un ambiente sociale in cui essi non sono stigmatizzati dagli altri; 2) fornire supporto al gruppo minoritario stigmatizzato e 3) sviluppare un senso di comunità che, piuttosto che confrontarsi con i membri del gruppo della cultura dominante, consenta di confrontarsi con gli altri membri del proprio stesso gruppo sociale ma che, diversamente da chi utilizza questa strategia, mancano dello stesso senso di comunità. In ragione di queste peculiari strategie di coping, Meyer (2007) sviluppa il concetto di *minority coping* inteso quale risorsa gruppale consistente nell'abilità di migliorare ed incrementare l'auto-valorizzazione e contrastare lo stigma.

Ritornando agli stressor, i processi di stress più prossimali – differentemente da quelli più distali, definiti *oggettivi* – sono *stressor soggettivi* che dipendono dalla propria identità. Poiché gli stressor soggettivi sono più collegati all'identità e poiché essa varia a seconda dei significati sociali e personali, la variabilità nell'identità può portare variabilità negli esiti della salute mentale a fronte dello stress (Meyer, 2007). Meyer (2007) sostiene che alcune caratteristiche identitarie che hanno a che fare con l'appartenenza ad una categoria minoritaria (*minority identity*), possono associarsi al *minority stress* e, di conseguenza, al suo impatto sulla salute mentale. Il legame con la salute mentale può essere di due tipi: 1) “diretto”, quando sono le stesse caratteristiche identitarie a causare disagi psicologici o 2) “interattivo-indiretto”, quando invece sono le caratteristiche identitarie a modificare l'effetto che lo stress ha sulla salute mentale. La prima caratteristica identitaria presa in considerazione da Meyer è la *Prominence*. Gli esseri umani, essendo attori sociali, hanno più caratteristiche identitarie. A seconda del contesto sociale di azione, una certa caratteristica identitaria o un certo ruolo sociale prende il sopravvento. Ma esiste comunque una predominanza di una caratteristica su tutte le altre. Tale predominanza viene definita “saliency”. Solitamente, le persone che appartengono a qualche minoranza (etnica, sessuale, ecc.) sono percepite dagli altri proprio a partire dalla caratteristica precipua di quella minoranza. Spesso, però, accade che quella caratteristica identitaria percepita dagli altri non sia riconosciuta dalla persona stessa come la sua caratteristica predominante. Se pensiamo, infatti, al costrutto dell'intersezionalità (Crenshaw, 1993), ad un uomo gay di colore quale caratteristica identitaria predominante gli verrebbe attribuita? Il colore della pelle o l'orientamento sessuale? La seconda dimensione considerata è, invece, la *Valenza*. Essa si riferisce agli aspetti più auto-valutativi dell'identità. Ad esempio, la valenza negativa, ovvero l'auto-percezione negativa della propria identità, è maggiormente legata a problemi di salute mentale poiché connessa a minori risorse interne per affrontare lo stress. Infine, l'*Integrazione* si riferisce all'integrazione dell'identità minoritaria con le altre identità della persona. Ad esempio, dopo il processo di *coming out*, l'identità gay può diventare una tra le tante altre identità possedute.

Il modello del *minority stress* (Figura 3), dunque, descrive i processi di stress e del suo fronteggiamento, ponendoli in relazione alla salute mentale delle persone LGB. Seguendo il lavoro di Meyer (2007), il *minority stress* si colloca nell'ambiente generale (a), ovvero nel contesto sociale le cui circostanze possono essere vantaggiose o meno. Se pensiamo, ad es., al fattore dello status socio-economico, buone condizioni rappresentano dei vantaggi e, al contrario, cattive condizioni degli svantaggi. Un aspetto importante di queste circostanze ambientali è lo status minoritario della persona (b). Ad es., quello dovuto all'orientamento sessuale gay o lesbico. Nella figura proposta da Meyer, i punti *a* e *b* sono raffigurati come sovrapposti per indicare la stretta interrelazione dello status minoritario con le circostanze ambientali. Le situazioni ambientali portano per natura all'esposizione a stressor psico-sociali. Tra essi si annoverano gli stressor generali (come, ad esempio, la perdita del lavoro o la morte di una persona cara) (c) e i *minority stressor* che, come precedentemente riportato, sono unici, cronici e socialmente basati (ad esempio, le discriminazioni sul lavoro) (d). Anche qui, gli stressor sono sovrapposti per rappresentarne l'interdipendenza. Dunque, il modello teorico ipotizza che le esperienze di violenza basate sul genere o sull'orientamento sessuale (d) aumentino la vigilanza, l'aspettativa di rifiuto e di stigma e l'omofobia interiorizzata (f). Spesso questo status di minoranza porta a sviluppare un'identità fortemente basata sulla minoranza di appartenenza (e). A sua volta, questa identità minoritaria porta a degli stressor aggiuntivi che sono strettamente collegati alla percezione soggettiva di sé come minoranza stigmatizzata e svalutata. Poiché i processi di stress qui descritti hanno a che fare con l'auto-valutazione e con le percezioni soggettive, essi sono più prossimali all'individuo ed includono le aspettative di rifiuto, l'occultamento del proprio orientamento sessuale e della propria identità di genere e l'omofobia interiorizzata (f). L'identità minoritaria, però, non è l'unica e sola fonte di stress quanto piuttosto un mediatore di questo processo. Le caratteristiche identitarie della Prominence, della Valenza e dell'Integrazione possono aumentare o indebolire l'impatto dello stress (g). Meyer (2007), ad esempio, sostiene che i *minority stressor* possono avere un grosso impatto sugli esiti della salute quando l'identità LGB è predominante, ovvero quan-

do predomina l'identificazione con un orientamento sessuale minoritario. Ma l'identità LGB può anche essere una fonte di resilienza (h): pensiamo, ad es., all'importante ruolo dell'affiliazione comunitaria, del supporto sociale ricevuto e percepito e delle strategie di coping funzionali. Queste ultime dimensioni svolgerebbero, dunque, la funzione di moderatori della relazione tra il *minority stress* e gli esiti negativi della salute mentale.

Figura 3. I processi del minority stress nelle persone lesbiche, gay e bisessuali (Meyer, 2007)



3.2 Le teorie psicosociali alla base del *minority stress*

Meyer (1995; 2003a) ha costruito il modello teorico del *minority stress* basandosi non su una teoria unitaria, ma su più orientamenti teoretici di stampo psicologico e sociologico. Il *minority stress* si basa principalmente su 5 prospettive teoriche.

La prima di esse è il *Modello Transazionale dello Stress e del Coping* (Lazarus & Folkman, 1984). Lazarus e Folkman definiscono lo stress come una transazione tra la persona e l'ambiente nella quale la persona valuta la situazione come eccedente le proprie risorse. Lo stress, dunque, è una condizione derivante dall'interazione di variabili ambientali ed individuali la cui relazione è mediata da variabili cognitive individuali. Il Modello Transazionale dello Stress e del Coping

sostiene, allora, che gli individui valutano il potenziale danno/beneficio degli eventi nelle loro vicinanze e che reagiscono in accordo ad essi. Questa reazione è il *coping*, ovvero l'insieme degli sforzi cognitivo-comportamentali attuati per controllare specifiche richieste interne e/o esterne che vengono valutate come eccedenti le risorse della persona. Si tratta, in sostanza, di una modalità che definisce il processo di adattamento di una persona ad una situazione stressante. A seconda dei modi con i quali gli individui affrontano gli eventi di vita stressanti, gli esiti possono essere sia adattivi che non. Le condizioni che persistono nonostante il coping sono definite *stressor cronici*. Gli *stressor acuti*, invece, si incontrano solo per un periodo di tempo limitato. Il termine "stress sociale" estende il concetto dello stress agli elementi dell'ambiente sociale che agiscono come stressor e forzano gli individui ad adattarsi alle nuove condizioni. Ad esempio, stressor sociali possono essere la povertà e il pregiudizio.

La seconda teoria alla base del *minority stress* è quella dell'*interazionismo simbolico* secondo la quale le persone assegnano un particolare significato agli elementi del loro ambiente in modo che questo significato guidi i loro comportamenti (Glanz & Schwartz, 2008). Tale teoria sostiene anche che le persone, in interazione reciproca, assumano questi significati dalle interazioni sociali. I teorici del *minority stress* applicano questa teoria per spiegare le interazioni tra i gruppi minoritari stigmatizzati ed il loro ambiente sociale. Gli individui che appartengono a delle minoranze imparano, tramite le loro interazioni con l'ambiente sociale, che le minoranze sono da stigmatizzare. Ciò include la scoperta e l'interiorizzazione di stereotipi e pregiudizi (Allport, 1954). Considerando l'esempio delle persone LGBT, se i valori della cultura dominante privilegiano l'eterosessualità rispetto all'omosessualità, le persone LGBT interiorizzeranno questa pervasiva omonegatività percependo se stessi come inferiori. Tale inferiorità crea conflitti psichici che, a loro volta, porteranno al *minority stress*.

La terza teoria ripresa dal *minority stress* è quella di *anomia* di Durkheim (1951). Per anomia si intende l'assenza di norme che fa emergere isolamento e alienazione culturale. La stigmatizzazione e la discriminazione hanno proprio

l'effetto di isolare gli individui minoritari dalla cultura dominante, incluse le risorse ed i sistemi di supporto sociale che da essa derivano. Questo, a sua volta, porta all'anomia che contribuisce allo sviluppo del *minority stress*. Quest'ultimo, inoltre, incorpora anche la *Teoria dell'Identità Sociale* di Tajfel (1981), che offre un'ampia comprensione dell'impatto dei gruppi sociali sugli individui. Tajfel considera il gruppo come l'origine dell'identità sociale: gli individui, infatti, ancorano le proprie identità ai gruppi sociali di cui fanno parte e da cui possono così ricavare stabilità e supporto. Il processo di formazione dell'identità sociale porta alla competizione intergruppi e, di conseguenza, alla discriminazione. L'appartenenza ad un gruppo, infatti, spinge alla distinzione tra *ingroup* ed *outgroup*, grazie ai meccanismi di categorizzazione, identificazione e confronto sociale. A causa della categorizzazione, l'individuo – quale gruppo – costruisce delle categorie discriminanti di appartenenza basate, ad esempio, sul genere, sull'etnia o sull'orientamento sessuale, massimizzando le somiglianze dei soggetti appartenenti all'*ingroup* e le differenze delle persone che fanno parte dell'*outgroup* e delle loro categorie. Grazie all'identificazione, viene a costituirsi un'identità di gruppo molto forte basata sulle categorie costruite insieme. Il confronto sociale, infine, spinge a continui confronti tra *ingroup* ed *outgroup*, considerando 'migliore' il proprio gruppo di appartenenza: ciò consentirebbe l'aumento della propria autostima. Questi meccanismi creano dei *bias* (intergruppi) cognitivi e comportamentali che, in base alla supposta superiorità dell'*ingroup*, potrebbero essere a fondamento dei comportamenti e degli atteggiamenti discriminatori verso le minoranze: si verrebbe a creare così una situazione sociale definita da Borrillo (2001) come un'*opposizione dialettica 'noi-civilizzati' e 'loro-selvaggi'*.

Infine, il *minority stress* incorpora anche le teorizzazioni di Dohrenwend, Levav, ShROUT, & Schwartz (1992) sulla *distribuzione epidemiologica della malattia mentale*. Gli autori valutano due spiegazioni predominanti relative alla maggior incidenza della malattia mentale in certi segmenti della popolazione, particolarmente in quelli con status socio-economico basso: 1) il "nesso di causalità sociale" (*social causation*) è la convinzione che le barriere (socialmente derivate) al raggiungimento dei propri obiettivi – quali quelle della povertà, della discrimina-

zione e del pregiudizio – creano stress e, dunque, tendenza alla malattia mentale; 2) la “selezione sociale” sostiene, invece, che i fattori genetici intrinseci agli individui (malattia mentale, etnia, orientamento sessuale, ecc.) predispongono alla “mobilità verso il basso”, verso cioè condizioni sociali meno desiderabili (ad es., status socioeconomico basso) e aumentano il tasso di comportamenti a rischio. La teoria del *minority stress* richiama fortemente Dohrenwend secondo cui il nesso di causalità sociale meglio spiegherebbe gli elevati tassi di depressione e di altre forme di malattia mentale nelle minoranze sociali.

Come mostrato, il modello teorico del *minority stress* rappresenta una sintesi di differenti teorie sociologiche e psicologiche. Il Modello Transazionale dello Stress e del Coping aiuta a comprendere come lo stress si sviluppa e come viene affrontato dagli individui. La teoria dell’interazionismo simbolico descrive le modalità di costruzione dei significati individuali e sociali e della formazione dell’identità. Il concetto di anomia di Durkheim, insieme alla teoria dell’Identità Sociale di Tajfel, mostrano come l’individuo sia legato ai gruppi sociali e, di conseguenza, implicato in dinamiche di conflitto intergruppi. Infine, il riferimento a Dohrenwend ha importanti ricadute teoriche sugli aspetti della salute mentale. Questa forte base teoretica, in sostanza, consente alla teoria del *minority stress* di essere effettivamente applicata a differenti esiti di salute mentale e a differenti popolazioni minoritarie.

3.3 Applicazioni del *minority stress* alla popolazione transgender

È stato più volte ribadito che, nonostante il *minority stress* sia un modello teorico molto valido per studiare gli effetti dello stigma sulla salute mentale, ricerche il cui obiettivo è stato l’applicazione di questo modello alla popolazione transgender sono ancora molto scarse. Allo stato attuale, non è quindi possibile porre in essere dei paragoni teorici sul *minority stress* vissuto dalle differenti identità transgender. Nonostante questa mancanza teorica, autorevoli ricercatori ed associazioni internazionali hanno ribadito la necessità di approfondire i fenomeni legati al *minority*

stress nella popolazione transgender distaccandosi, dunque, da una prospettiva patologizzante.

Nelle “Raccomandazioni di ricerca” del *Report of the APA Task Force on Gender Identity and Gender Variance* (pp.70–71), si riportano, oltre a molti altri, i seguenti vuoti di ricerca nell’ambito dei transgenderismi:

Stigma sociale, gestione dello stigma e suo impatto sulla salute mentale delle persone transgender. Ciò include studi sugli atteggiamenti pubblici (molestie, discriminazioni e violenze), sullo stigma multiplo (genere e razza/etnia), sulla transfobia interiorizzata (un’accentuata vulnerabilità a sviluppare problemi di salute mentale come risultato dello stigma sociale), sulla comorbidità e sui fattori associati alla resilienza nell’affrontare lo stigma.

Studi quantitativi che testino i modelli del coming out delle persone transgender, focalizzandosi soprattutto sui fattori, tra cui le strategie di coping, che sono associati allo sviluppo della resilienza nel far fronte allo stigma e alla discriminazione.

Determinazione dell’incidenza attuale dei disturbi mentali e dei loro correlati (per es., il minority stress) nella popolazione transgender.

Inoltre, in uno studio teorico molto recente di Hendricks e Testa (2012) relativo all’applicazione teorica del modello del *minority stress* alla popolazione transgender, gli autori scrivono: “è imperativo che i clinici, quando lavorano con clienti trans, valutino in profondità i fattori del modello del minority stress, tra cui discriminazioni e vittimizzazioni, aspettative relative alla vittimizzazione e al rifiuto, transfobia interiorizzata e resilienza” (p.6). Come questi, anche Lombardi (2010), autorevole studiosa internazionale di questioni transgender, relativamente all’ambito delle problematiche psicosociali, sottolinea la necessità di approfondire le strategie utilizzate dalle persone transgender e *gender variant* per affrontare lo stress e lo stigma.

Sono in particolare Hendricks e Testa (2012) ad aver sviluppato un quadro teorico unitario di applicazione del *minority stress* alla popolazione transgender, pre-

sentando “una prospettiva nella quale gli psicologi possono concettualizzare gli stressor unici spesso vissuti dai clienti trans e le modalità tramite cui queste esperienze sono associate sia alla vulnerabilità che alla resilienza nella salute mentale delle persone trans” (p. 1). Rispetto allo stressor più distale, ovvero allo *stigma vissuto*, gli autori sostengono che sia ormai un’evidenza la sua azione nella popolazione transgender. Effettivamente, come riportato nel paragrafo 2.2. del presente lavoro, sono tantissime le ricerche che hanno dimostrato l’esistenza di traumi, violenze e discriminazioni nei più disparati ambiti, sia individuali che istituzionali (ad es., Lombardi et al., 2001; Xavier, 2000; Kenagy, 2005; Clement-Nolle et al., 2006; Mizock & Lewis, 2008). Allo stesso modo, ci sono anche molte evidenze sulla presenza di problematiche psicologiche legate alle condizioni di vita stressanti che molte persone transgender vivono (ad es., Lombardi 2009; Nuttbrock et al., 2010; Shipherd et al., 2011; Bockting et al., 2013). Considerando, ora, gli *stressor prossimali*, sfortunatamente sono davvero poche le ricerche finalizzate alla loro misurazione. A tal proposito Hendricks e Testa (2012) citano uno studio di Beemyn e Rankin (2011) i quali riportano che, in una survey da loro effettuata, più della metà del campione ha dichiarato di nascondere la propria identità di genere per evitare intimidazioni, chiaro segnale del *closet*. Inoltre, in uno studio di Testa et al. (2012), gli autori riportano che le persone transgender non denunciano violenze alla polizia perché temono ulteriori discriminazioni e che non accedono ai servizi di cura per lo stesso motivo. Bockting et al. (2013), nell’unico studio finalizzato a misurare il *minority stress* nella popolazione transgender, hanno riscontrato livelli più elevati di *stigma percepito* nelle persone transgender FtM. Gli autori hanno ipotizzato che questo risultato sia dovuto al fatto che per le persone FtM è più facile “passare per” uomini – rispetto a quanto non lo sia per le MtF “passare per” donne – e che, dunque, non possono vivere i benefici dell’essere visibili. La visibilità, infatti, fornisce molte opportunità per mettere in discussione e fronteggiare le valutazioni negative dell’esterno. Ma, come in un rovescio della medaglia, pone in essere anche molti rischi. Infatti, gli autori hanno riscontrato livelli più elevati di stigma vissuto nelle persone MtF dovuti proprio all’effetto negativo dell’essere visibili. Bockting et al. (2013) non hanno valutato la transfobia

interiorizzata. Questa, dunque, rimane ancora un'area piuttosto oscura della ricerca sulla popolazione transgender. Abbiamo già detto, inoltre, che supporto familiare e dei pari ed orgoglio identitario sono risultati essere fattori protettivi capaci di indebolire l'effetto dello stigma sulla salute mentale (Bockting et al. 2013).

Tra tutte le *negative mental health outcomes* causate dal *minority stress*, Hendricks e Testa (2012) sostengono che, quando si discute di *minority stress* delle persone transgender, bisogna prestare particolare attenzione alla sfera del suicidio. Come mostrato nel paragrafo 2.2. del presente lavoro, i dati presenti in letteratura sui tentativi di suicidio effettuati dalle persone transgender risultano davvero allarmanti (Clement-Nolle et al., 2006; Kenagy, 2005). Come già teorizzato da Mizock e Lewis (2008), anche Hendricks e Testa (2012) sostengono la necessità di approfondire il legame tra tentativi di suicidio e transfobia interiorizzata, derivando quest'ultima dall'odio provato nei confronti della propria identità di genere.

Il modello del *minority stress* ha, dunque, delle importanti implicazioni cliniche. Esso è stato infatti sviluppato per poter meglio comprendere le variabili legate alla salute mentale delle persone LGBT che, in un'ottica lontana dalla patologizzazione, risultano dipendenti dal contesto sociale discriminante e dall'interiorizzazione delle ideologie che in esso hanno origine. Il risvolto clinico di questo modello è estremamente pratico dato che può rappresentare uno strumento orientativo che il clinico può utilizzare sia per comprendere l'origine della sintomatologia lamentata che per consentire lo sviluppo di strategie di fronteggiamento efficaci. In questa ottica, Hendricks e Testa (2012) hanno elaborato due raccomandazioni fondamentali indirizzate ai clinici che si occupano di transgenderismi:

- 1) *Accrescere la conoscenze delle identità trans e delle loro esperienze.* I clinici devono poter rielaborare il proprio paradigma normativo di genere per consentire una piena espressione delle identità transgender. È di fondamentale importanza che il clinico metta in discussione i propri assunti relativi al genere allo scopo di identificare e scardinare i propri pregiudizi e bias nei confronti di questa popolazione. Oltre a quest'esame soggettivo, tutti i cli-

nici devono essere certi di possedere i giusti strumenti di intervento da mettere a disposizione delle persone transgender per fornir loro un adeguato servizio.

- 2) *Fornire una valutazione ed un trattamento culturalmente competenti.* È indispensabile che i clinici, quando lavorano con le persone transgender, si impegnino a valutare i fattori del *minority stress*. È quindi di fondamentale importanza che tutti i clinici che lavorano con le persone transgender abbiano anche una conoscenza approfondita di tutte le dimensioni di questo particolare stress e che non considerino la presenza di sintomatologia come un indicatore in sé di un'identità patologica. Piuttosto, spesso, la sintomatologia delle persone transgender deriva proprio dal *minority stress*. Poiché esso include nel suo modello anche dei fattori che facilitano la resilienza (supporto sociale, dei pari e della comunità), gli autori raccomandano che i clinici supportino ed incoraggino i propri clienti a sviluppare questi fattori. L'appartenenza ad una comunità rientra in ciò che Meyer (2007) ha definito "group-level coping": far parte di una comunità o sentirsi in qualche modo ad essa associati potrebbe tamponare l'effetto dello stigma sulla salute mentale. È, dunque, importante che il clinico valuti anche questa dimensione. Inoltre, le aspettative di rifiuto sviluppate e gli alti livelli di transfobia interiorizzata che spesso sono esperiti dalle persone transgender, potrebbero portare queste persone a nascondere la propria storia traumatica, consapevolmente o meno. Il compito del clinico, allora, è quello di rendere il proprio cliente cosciente della sua conoscenza sulle identità trans e di quanto queste identità siano oggetto di stigma e violenze. Questo è ancora più vero se pensiamo che molte persone transgender giungono all'interno del setting clinico aspettandosi di essere percepite come patologiche, soprattutto alla luce dell'esistenza della diagnosi psichiatrica. O anche, avendo in mente l'obiettivo di ottenere il certificato che consenta loro di sottoporsi agli interventi chirurgici di cui hanno bisogno. Questo punto rappresenta una questione molto delicata poiché va ad intaccare fortemente la relazione psicologo/cliente, la quale viene allora ad essere caratterizzata dall'uso del-

lo psicologo a fini puramente strumentali. La paura di non ottenere il certificato può spingere le persone transgender a nascondere la propria storia di traumi e violenze. Il clinico, allora, dovrebbe utilizzare parte dello spazio per chiarire la propria posizione sia nei riguardi della psicopatologia che della transizione.

Parte seconda

Minority stress, salute mentale e ruolo della
transfobia interiorizzata nelle persone transgender

CAPITOLO 4

EFFETTI DELLO STIGMA SULLA SALUTE MENTALE DI UN CAMPIONE DI PERSONE TRANSGENDER ITALIANE

4.1 Introduzione

Le persone transgender rappresentano una popolazione piuttosto diversificata che attraversa o trascende le categorie socio-culturalmente definite di mascolinità e femminilità, mettendo in crisi il dispositivo del binarismo di genere (Bockting, 1999). Seguendo le definizioni di Bockting (1999), questo gruppo include le persone transessuali *male-to-female* (MtF) e *female-to-male* (FtM) che solitamente si sottopongono ad interventi chirurgici e/o ormonali per femminilizzare o mascolinizzare il proprio corpo a seconda del genere percepito; i *travestiti* o *cross-dresser* che desiderano indossare abiti tipicamente e stereotipicamente associati al genere opposto a quello loro assegnato alla nascita; le persone *transgender*³⁰ che vivono a tempo pieno nel genere di identificazione, assumendo o meno ormoni, ma che non avvertono il bisogno di sottoporsi ad interventi chirurgici finalizzati a modificare irreversibilmente le proprie caratteristiche sessuali ed anatomiche; le persone *genderqueer* che sentono di non appartenere né al genere maschile né a quello femminile, avvertendosi come a metà tra i due generi o rifiutando esplicitamente il binarismo di genere; infine le *drag queen* o i *drag king* che indossano abiti tipicamente utilizzati dal genere opposto a quello loro assegnato alla nascita adottando atteggiamenti iper-femminili o iper-maschili. Più recentemente, per indicare queste identità fluide, si utilizza il termine generico *gender variance*, ovvero varianza di genere, oppure *transgender* (IOM, 2011).

³⁰ Per le problematiche relative all'utilizzo del termine "transgender" in Italia, cfr. la nota 4 del presente lavoro (p. 8). In questa sede si utilizzerà "transgender" come termine-ombrello che racchiude le differenti identità summenzionate.

Le persone transgender vivono violenze ed oppressioni continue e sistematiche a causa della propria non conformità di genere (ad es., Lombardi et al., 2001; Xavier, 2000; Kenagy, 2005), rappresentando una popolazione altamente stigmatizzata (Hill, 2003). Queste persone sono infatti a rischio di esperire grossi disagi psico-sociali quali risultato del proprio status sociale stigmatizzato (Meyer, Schwartz, & Frost, 2008). Come conseguenza dello stigma sociale persistente e pervasivo, si può ipotizzare che le persone transgender siano anche esposte al rischio aggiuntivo di auto-stigmatizzazione attraverso l'interiorizzazione di atteggiamenti negativi circa l'essere transgender. La letteratura scientifica si riferisce a questi processi di auto-stigmatizzazione utilizzando il termine "transfobia interiorizzata" (Bockting et al., 2006; Hendriks & Testa, 2012; cfr. il paragrafo 2.3 del presente lavoro). Nonostante queste stigmatizzazioni, e riferendoci al modello teorico del *minority stress* (Meyer 2003a; 2007; Hendriks & Testa, 2011; cfr. il capitolo 3 del presente lavoro), le persone transgender possono essere in grado di sviluppare resilienza, affrontando positivamente la violenza e la discriminazione e proteggendosi da problematiche legate alla salute mentale (Singh et al., 2011).

Le persone transgender, dunque, possono sviluppare atteggiamenti e sentimenti nei confronti della propria identità transgender sia in senso positivo che negativo. Seguendo il modello teorico proposto da Bockting et al. (2005), le persone transgender potrebbero sviluppare orgoglio, alienazione e vergogna nei confronti della propria identità o potrebbero nascondere quest'ultima 'passando per' il genere di identificazione, non lasciandosi percepire come transgender. Di seguito, saranno delineate più nello specifico le dimensioni del modello di Bockting summenzionate poiché esse – ed in particolare la loro relazione – possono essere lette come indicatori di transfobia interiorizzata, variabile fondamentale del presente lavoro di ricerca³¹.

³¹ Per una trattazione dettagliata delle variabili del minority stress, cfr. il paragrafo 2.2 del presente lavoro per l'*enacted stigma* ed il paragrafo 2.4 per i fattori protettivi.

4.1.1 Orgoglio e vergogna verso la propria identità transgender

L'identità transgender è stata ampiamente studiata come un processo identitario costituito da differenti fasi di sviluppo (Devor, 2004; Lev, 2004; Wright, 2011). In quasi tutti i modelli teorici, la dimensione dell'orgoglio sembra assumere un ruolo centrale. Devor (2004), per esempio, intende la dimensione dell'orgoglio come il punto più alto del suo complesso modello di sviluppo dell'identità transgender. L'orgoglio è stato definito da Devor (2004, p. 65) come segue:

L'orgoglio, così come qui viene utilizzato, implica sia un senso personale di orgoglio verso se stessi che un'istanza politica. Le persone che esibiscono orgoglio nei confronti della propria identità trans sono aperte circa il proprio transessualismo o transgenderismo in quelle situazioni in cui è pertinente esserlo e fanno sentire la propria voce a nome delle persone transessuali o transgender, nel momento in cui un'occasione si presta ad una tale difesa. Alcune persone che provano orgoglio nei confronti della propria identità trans fanno del lavoro di advocacy dei diritti politici transgender il fulcro della propria vita, mentre molti altri lavorano in maniera più silenziosa e privata verso una maggiore comprensione ed accettazione sociale.

Nonostante il modello dell'identità transgender di Devor sia stato criticato per l'assenza di una sua validazione empirica e per la sua maggiore applicabilità alla popolazione transessuale (Wright, 2011), esso sottolinea l'importanza dell'essere orgogliosi della propria identità, non solo in senso politico ma anche personale. Anche Lev (2004) pone la dimensione dell'orgoglio nell'ultimo step del suo modello di sviluppo dell'identità transgender, riconoscendo l'importanza dell'orgoglio come una dimensione che indica il senso dell'integrazione identitaria, al di là della scelta di sottoporsi ad interventi chirurgici. Seguendo Lev (2004), le persone transgender che giungono a questa fase, "si sentono a proprio agio con chi sono e con la propria posizione che occupano sul continuum transgender" (p. 268). Infatti, l'orgoglio è stato riconosciuto come una variabile in grado di moderare gli effetti negativi del *minority stress* sulla salute mentale (Bockting et al., 2013).

Sia Devor (2004) che Lev (2004) guardano l'orgoglio nei confronti della propria identità transgender come ad una dimensione che si sviluppa gradualmente

quale risposta alla vergogna provata nei confronti della propria identità. Sostanzialmente, come uno tra gli esiti che deriva dal rimaneggiamento della vergogna e dello stigma sociale agito dalle società e dalle istituzioni. Lev (2004) parla di vergogna ed odio di sé nel primo step del suo modello; specificamente, durante la *fase della consapevolezza*, ovvero durante il momento in cui le persone transgender diventano consapevoli di esperire un'incongruenza tra il genere percepito e quello loro assegnato alla nascita. I sentimenti di vergogna ed odio di sé possono essere letti come un segno di transfobia interiorizzata (Bockting et al., 2006; Cope & Dark, 1999). In un sottoparagrafo di un capitolo scritto da Carmel, Hopwood e Dickey (2014), Ami B. Kaplan, uno psicoterapeuta newyorkese che lavora con persone transgender, definisce la transfobia interiorizzata come “odio e vergogna che alcune persone avvertono dall'interno e che è indirizzata all'essere trans” (p. 311). In altre parole, la transfobia interiorizzata si riferisce alla direzione contro di Sé degli atteggiamenti sociali negativi derivanti dal binarismo di genere.

4.1.2 Passing: strategia di coping o segno di transfobia interiorizzata?

Il Passing è un concetto teorico che nasce dalle teorizzazioni di Goffman (1963), il quale fornì un quadro teorico-concettuale finalizzato a comprendere come gli individui gestiscono due differenti identità stigmatizzate: quelle *discreditate* e quelle *discredibili*. Gli individui con uno stigma discreditato sono molto visibili perché presentano dei segni riconoscibili che immediatamente consentono alle persone di includerli in una categoria stigmatizzata (per es., l'handicap fisico). Al contrario, lo stigma discredicabile non è immediatamente riconoscibile. In questo caso, se la persona utilizza la strategia del passare per “normale” eviterà di essere stigmatizzato.

In relazione alla popolazione transgender, ciò si riferisce al bisogno di passare per il genere di identificazione. In altre parole, allo sforzo e al bisogno che le altre persone non percepiscano l'identità transgender. Nonostante le diversità dei costrutti, è possibile riscontrare un parallelismo tra il passing e il coming out, ovvero lo svelamento agli altri del proprio orientamento sessuale. In fondo, il passing im-

plica lo sforzo di non essere percepiti come transgender. Dunque, il suo contrario è rappresentato dall'assenza di investimento nell'essere percepiti come uomini e donne biologici. Herek e Berril (1992) affermano che in contesti violenti come quelli occidentali, non fare coming out può rappresentare una strategia adattiva e protettiva. Pertanto, anche il passing può essere concettualizzato come una strategia di coping adattiva utilizzata in un mondo violento e genderista, come cioè una *safety strategy* (Hill, 2003).

Da un altro punto di vista, come Bockting et al. (2006, p. 46) affermano, un massiccio investimento nel passare come non transgender potrebbe essere un segno di transfobia interiorizzata:

[La transfobia interiorizzata] può manifestarsi [...] più tipicamente in un eccessivo rilievo dato al passare come uomini e donne non transgender e nel disagio vissuto nell'essere associati ad altre persone transgender su cui i propri sentimenti di colpa ed odio di sé sono proiettati.

Forse, se questa strategia fosse utilizzata in tutti i contesti sociali e di vita e se diventasse la preoccupazione principale di una persona transgender, il passing dovrebbe essere visto come una manifestazione di transfobia interiorizzata. Al contrario, in una società genderista (Hill & Willoughby, 2005) ed eterosessista (Herek, 2009), il passing non è più una scelta né un bisogno, ma l'unica possibilità di evitare stigma e violenza.

Riprendendo in considerazione la domanda riportata nel titolo del paragrafo – “strategia di coping o segno di transfobia interiorizzata?” – una possibile risposta è che dipende dall'interazione tra bisogni soggettivi e pressioni sociali e che questa interazione imprevedibile può portare a differenti esiti.

4.1.3 Supporto sociale, appartenenza alla comunità, resilienza ed alienazione

La letteratura relativa alle minoranze sessuali e di genere ha ampiamente riconosciuto che il supporto sociale e la connessione alla comunità sono fattori protettivi che facilitano la gestione del *minority stress*, sia in infanzia che in età adulta

(Frost & Meyer, 2012; Kosciw, Diaz, & Greytak, 2008; Pinto, Melendez, & Spector, 2008). Purtroppo, la famiglia come rete di supporto primario risulta spesso inaccessibile per le persone transgender adulte (Carrol & Gilroy, 2002). Infatti, così come le persone vittime di violenza possono esperire forti quote di disagio nel rivelare il trauma subito ai membri della propria famiglia per la paura di essere rifiutati (Herman, 1997), anche le persone transgender potrebbero preferire non raccontare la violenza subita alla propria famiglia. Per questa ragione, le fonti di supporto maggiore per le persone transgender sono rappresentate dai pari e dalla stessa comunità transgender (Mizock & Lewis, 2008). Questo punto è stato recentemente confermato da Bockting et al. (2013) che hanno dimostrato quanto il supporto della famiglia e dei pari sia un fattore protettivo capace di moderare la relazione tra lo stigma vissuto e la salute mentale.

Un altro fattore molto importante capace di moderare la relazione tra lo stigma vissuto e la possibilità di sviluppare problematiche di salute mentale nelle persone transgender è la *resilienza* (Bockting et al., 2013). Quest'ultima è stata definita come una caratteristica personale in grado di mitigare gli effetti dello stress e di promuovere adattamento sociale (Wagnild & Young, 1993), rinforzando le risorse individuali interiori (Harvey, 2007). A tal proposito, Singh et al. (2011), in uno studio qualitativo finalizzato ad esplorare le strategie di resilienza delle persone transgender, affermano che la resilienza implica sia tratti individuali che caratteristiche sociali, quali la connessione alle comunità transgender, e che tale dimensione è percepita come una modalità capace di ridurre gli effetti della transfobia sociale ed interiorizzata.

Sebbene molte persone transgender ricevano un grosso supporto sociale e siano capaci di attivare le proprie strategie di resilienza in maniera funzionale, molte altre possono esperire sentimenti di alienazione a causa dell'accumulazione di fattori stressanti in tutti i contesti sociali in cui vivono (Diamond et al., 2011). Come affermano Bockting et al. (2006, p. 46), l'alienazione provata nei confronti delle altre persone o comunità transgender può essere letta come una dimensione della

transfobia interiorizzata in grado di impattare negativamente con il benessere personale:

Alcune persone transgender evitano la connessione con la comunità transgender nello sforzo di normalizzare le loro vite in conformità alle norme sociali prevalenti. Mentre la paura delle reazioni degli altri può essere una forza trainante dei tentativi di vivere la propria vita lontano dalla comunità transgender, l'evitamento delle persone transgender suggerisce un certo grado di transfobia interiorizzata che può incidere negativamente sulla salute e sul benessere.

Sembra plausibile tracciare le origini dei sentimenti di alienazione all'interno del contesto sociale caratterizzato dal genderismo. Non essere, infatti, pienamente riconosciuti dal sistema legale e sociale in cui si vive può portare a sviluppare sentimenti di alienazione nei confronti delle altre persone transgender e, di rovescio, verso se stessi.

4.2 Obiettivi ed ipotesi

1. Un primo obiettivo molto generale, che si trova a monte delle specifiche ipotesi, è quello di esplorare le differenti tipologie di stigma, oltre ai livelli e alla natura delle problematiche di salute mentale che le persone transgender italiane esperiscono.
2. Il secondo obiettivo è quello di applicare quantitativamente il modello teorico del *minority stress* alle persone transgender italiane. Nello specifico, si ipotizza che i *minority stressors* (stigma percepito, stigma vissuto e transfobia interiorizzata) hanno un effetto diretto sulle *negative mental health outcomes* (ansia, depressione e suicidio) e che tale relazione è contemporaneamente moderata da specifici fattori protettivi (resilienza e supporto sociale).
3. Il terzo obiettivo, infine, è quello di proporre un avanzamento del modello teorico del *minority stress* applicato alle persone transgender italiane. Nel modello originale, schematicamente, lo stigma vissuto, percepito ed interiorizzato, insieme, rappresentano dei predittori delle problematiche di salute mentale.

Tale relazione è, a sua volta, positivamente moderata dalla resilienza e dal supporto sociale. L'ipotesi di questa parte dello studio, invece, riguarda specificamente il ruolo della transfobia interiorizzata quale variabile moderatrice della relazione tra lo stigma vissuto e le problematiche di salute mentale. Nello specifico, si ipotizza che nelle persone transgender con elevati livelli di transfobia interiorizzata, lo stigma vissuto aumenti la probabilità di sviluppare problematiche di salute mentale.

4.3 Strumenti

Stigma vissuto. Questa scala a 15 item è stata costruita da chi scrive. Essa è costituita da 4 sottoscale e misura la frequenza delle seguenti discriminazioni:

- *Discriminazioni generali* = gli item 1-2-3-4-5-6 misurano la frequenza delle seguenti discriminazioni: licenziamenti, problemi nel trovare lavoro, rifiuto di fittare un appartamento, sfratto, problemi nell'accesso ai servizi di salute medica o generale e rapina;
- *Abusi verbali* = gli item 7-8-9 misurano la frequenza degli abusi verbali nell'infanzia, in adolescenza ed in età adulta;
- *Abusi fisici* = gli item 10-11-12 misurano la frequenza degli abusi fisici nell'infanzia, in adolescenza ed in età adulta;
- *Abusi sessuali* = gli item 13-14-15 misurano la frequenza degli abusi sessuali nell'infanzia, in adolescenza ed in età adulta;

La frequenza viene misurata con una scala Likert a 5 punti, da 0 (Mai) a 4 (Quasi sempre). Le discriminazioni sono poste direttamente in relazione all'identità transgender di chi le ha subite tramite l'utilizzo della seguente consegna "Considerando come causa la tua identità o espressione di genere, ti sono mai accadute le seguenti situazioni?".

Everyday Discrimination Scale (EDS). Questa scala a 9 item rappresenta un adattamento effettuato da Meyer, Schwartz e Frost (2008) dell'originale scala di Williams et al. (1997). Misura la frequenza di 9 tipologie di esperienze quotidiane. La frequenza di questi eventi è misurata su una scala Likert a 4 punti, da 0 (Mai) a 4 (Spesso). La scala originale prevede una seconda domanda in cui viene chiesto se quella specifica esperienza è stata causata dall'orientamento sessuale, dal genere, dalla razza/etnia, dall'apparenza fisica, ecc. Poiché il campione dello studio è rappresentato da sole persone transgender, si è scelto di chiedere direttamente "Pensando alla vita di tutti i giorni, quanto spesso a causa della tua identità o espressione di genere ti accadono le seguenti situazioni?". Le situazioni si riferiscono all'essere trattati con poca cortesia e rispetto, al ricevere uno scarso servizio ai ristoranti o ai negozi, alla sensazione che gli altri agiscano come se fossero migliori, più intelligenti o come se avessero paura e all'essere appellati con nomignoli dispregiativi. I punteggi sommati vengono divisi per il numero degli item in modo da ottenere un punteggio medio totale per ogni partecipante.

Perceived stigma scale (PS; Link, 1987; Martin & Dean, 1987). Tale scala misura le aspettative di rifiuto e discriminazione basate sulla propria identità transgender. Creata da Link (1987) ed applicata alla malattia mentale, tale scala è stata adattata all'omosessualità da Martin e Dean (1987). La scala è stata poi riadattata nuovamente in modo da poter essere somministrata a tutte le minoranze stigmatizzate, indipendentemente dalla specifica condizione. La consegna, infatti, è la seguente: "Queste prossime affermazioni si riferiscono ad una persona come te. Con *persona come te*, intendiamo una persona che ha il tuo stesso genere, la tua stessa etnia, il tuo stesso orientamento sessuale, la tua stessa nazionalità, e la tua stessa classe socio-economica. Nel considerare le risposte, vorremmo che tu rispondessi sulla base di come secondo te le persone (IN GENERALE) ti penserebbero rispetto a quelle categorie". La scala è costituita da 6 item con risposta a scala Likert da 1 (Fortemente d'accordo) a 4 (Fortemente in disaccordo). Ad es., "La maggior parte dei datori dei lavoro non assumerebbe una persona come me" oppure "La maggior

parte della gente crede che una persona come non può essere affidabile”. La codificazione viene effettuata in modo tale che alti punteggi corrispondano ad una percezione maggiore di stigma. I punteggi sommati sono divisi per il numero degli item ottenendo così un punteggio medio totale per ogni partecipante. Questa scala ha mostrato buone proprietà psicometriche nella popolazione LGB ($\alpha = .88$) (Martin & Dean, 1987; Herek & Glunt, 1995).

Transgender Identity Survey (TIS; Bockting et al., 2005). La TIS è una scala di 26 item finalizzata alla misurazione dei livelli di transfobia interiorizzata valutati su una scala Likert a 7 punti, da 1 (Completamente in disaccordo) a 7 (Completamente d'accordo) e costituita da 4 fattori: 1) *Shame* indica la vergogna provata verso la propria identità transgender (es., “A volte non riesco a tollerare la mia identità trans”, “Quando penso di essere trans, mi sento depresso/a”); 2) *Pride*, al contrario, indica l'orgoglio verso la propria condizione identitaria transgender e, in quanto tale, è l'unica dimensione positiva che lo strumento rileva, mettendo in moto il coming out, processo protettivo dallo stigma sociale (es., “Essere trans mi fa sentire speciale e unico/a”, “Essere percepito/a come trans dagli altri non è un problema per me”); 3) *Passing* indica, invece, l'investimento che una persona transgender può avere nel “passare per” il genere di identificazione (femminile nel caso delle persone MtF e maschile in quello delle persone FtM), provando disagio nell'essere percepiti come transgender e desiderando, dunque, di essere visti come donne o uomini biologici (es. ““Passare per' uomo è la mia più grande preoccupazione (FtM) o 'Passare per' donna è la mia più grande preoccupazione (MtF)); 4) *Alienation*, infine, va compreso quale fattore indicante il bisogno di evitamento delle altre persone transgender e il sentimento di imbarazzo nell'essere associati alla comunità transgender (es., “Mi sento isolato/a e diverso/a dalle altre persone trans”, “Quando interagisco con i membri della comunità trans, spesso non mi sento integrato/a”).

Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D; Radlof, 1977; adattamento italiano di Fava, 1981). È uno degli strumenti più utilizzati per la valutazione della depressione, costituito da 20 item che valutano la sintomatologia depressiva su scala di tipo Likert il cui punteggio varia da 0 (Raramente o mai) a 3 (La maggior parte dei giorni o tutti i giorni). È in grado di identificare la depressione clinica e di differenziare i soggetti depressi da quelli che richiedono supporto per problemi emozionali. I 20 item di cui è composto il test esaminano pensieri e comportamenti collegabili a disagi sia di natura organica che psicologica, e si riferiscono alle seguenti aree: umore depresso, sentimenti di colpa e inutilità, senso di disperazione (hopelessness) e senso di impotenza (helplessness). Dei 20 item di cui è composto il test, 16 si riferiscono a sintomi ed i restanti 4 a sentimenti positivi. Il punteggio complessivo si ottiene sommando i valori attribuiti alle risposte date dal soggetto. La soglia di allarme clinico è individuata nel punteggio cut-off di 16 (Weissman et al., 1977), così come utilizzato anche da Clements-Nolle, Marx, Guzman, & Katz (2001) su un campione di persone transgender.

Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988; adattamento italiano di Sica, Coradeschi, Ghisi, & Sanavio, 1990). È una scala self-report costituita da 21 item che misurano la gravità della sintomatologia ansiosa. Il BAI misura quei sintomi che solo in parte si sovrappongono a quelli depressivi, con i quali solitamente sussiste una fortissima correlazione. Si tratta, in particolare, di sintomi di ansia somatica, soggettiva o correlata a fobie, valutati su una scala Likert a 4 punti, da 0 (Per niente) a 3 (Molto. Poteva appena sopportarlo). Gli item vengono poi sommati tra loro, indicando ansia minimale (tra 0 e 7), ansia lieve (tra 8 e 15), ansia moderata (tra 16 e 25) e grave sintomatologia ansiosa (tra 26 e 63).

Perceived Stress Scale (PSS; Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983). È lo strumento psicologico più utilizzato per misurare la percezione dello stress. È una misura del grado in cui le situazioni nella vita di una persona vengono valutate come

stressanti. I punteggi della PSS vengono ottenuti invertendo le risposte (0 = 4, 1 = 3, 2 = 2, 3 = 1 e 4 = 0) date ai quattro item formulati in modo positivo (item 4, 5, 7 e 8) e quindi sommando tutti gli item della scala (es., “Nell’ultimo mese, con che frequenza ti sei sentito/a fuori di te poiché è avvenuto qualcosa di inaspettato?”, “Nell’ultimo mese, con che frequenza hai avuto la sensazione di non essere in grado di avere controllo sulle cose importanti della tua vita?”).

Sfera del suicidio. La sfera dell’ideazione e del tentativo suicidari sono state create ad hoc e messe in relazione diretta con l’identità transgender. La consegna, infatti, chiedeva se a causa dell’identità di genere la persona aveva mai: a) pensato seriamente al suicidio?, b) organizzato un piano per commettere un suicidio?, c) tentato un suicidio? e d) commesso un serio tentativo di suicidio? Le alternative di risposte erano di tipo dicotomico (Si/No).

Resilience Scale (RS; Wagnild & Young, 1993; adattamento italiano Peveri, 2012). La resilienza è definita dagli autori come “una caratteristica personale che modera gli effetti negativi dello stress e promuove l’adattamento”. Si tratta di una scala a 10 item con 7 punti Likert, da 1 (Fortemente in disaccordo) a 7 (Fortemente in accordo). L’originale scala a 25 item era composta da 2 sottoscale: Competenza personale e Accettazione di sé. La scala qui utilizzata, invece, ha una struttura monofattoriale (es. “Di solito, in un modo o nell’altro, riesco a cavarmela”, “L’aver portato a termine qualcosa nella mia vita mi rende orgoglioso/a”).

Scala multidimensionale del supporto sociale percepito (MPSS; Zimet et al., 1998; adattamento italiano di Prezza & Principato, 2002) è composta da 12 item che misurano, su una scala Likert a 7 punti (da 1 “Fortemente in disaccordo” a 7 “Fortemente d’accordo”), il livello di supporto sociale percepito grazie a 3 sottoscale: 1) Famiglia (item 3-4-8-11; es. “La mia famiglia si dà molto da fare per aiu-

tarmi”, “Ho l’aiuto e il supporto emotivo di cui ho bisogno dalla mia famiglia”); 2) Amici (item 6-7-9-12; es. “I miei amici si danno da fare per aiutarmi”, “Posso contare sui miei amici quando le cose vanno male”) e 3) Altri significativi (item 1-2-5-10; es. “C’è una persona in particolare che mi è vicina quando ho bisogno”, “C’è una persona in particolare con cui posso condividere gioie e dolori”). Prezza e Principato (2002), in uno studio su campione italiano di 782 soggetti, riportano una media di 5.28 (DS = 1.06) e un’ α di Cronbach di .88.

4.4 Metodo

I dati analizzati nella presente ricerca sono parte di un’ampia batteria di strumenti intitolata “Trans Life Survey”³². La batteria di strumenti è stata inserita su Qualtrics (<https://qualtrics.com/>), una piattaforma americana dedicata esclusivamente alle survey online. Qualtrics è un sistema computerizzato estremamente intuitivo e di facile utilizzo che consente di implementare una serie di funzioni che snelliscono la modalità di compilazione online degli strumenti.

Lo studio è stato pubblicizzato da Novembre 2013 fino a Maggio 2014 su una serie di canali informatici. In particolare, trattandosi di un campione di convenienza, il canale d’eccellenza è stato Facebook, utilizzando pagine specifiche già costruite in passato per altri lavori di pubblicizzazione (*Mai più odio di genere*, *Benessere Trans: identità, salute, sessualità e relazione* e *bullismoomofobico.it*). Chi scrive, si è inoltre iscritto a numerosi gruppi Facebook a tematica transgender, pubblicizzando lo studio a più riprese. A titolo d’esempio, si riporta uno slogan pubblicitario:

Al via uno studio intitolato "Trans Life Survey" finalizzato a comprendere meglio, in un'ottica depatologizzante, gli effetti dei pregiudizi e delle discriminazioni sulla salute delle persone trans. Per dare un riconoscimento al contributo dei partecipanti, abbiamo messo a disposizione di 10 persone che risponderanno al questionario un simbolico contributo in danaro. Per saperne di più consulta il seguente link:*

³² Tutti gli strumenti utilizzati sono stati inseriti in Appendice al presente lavoro.

https://qtrial.qualtrics.com/SE/?SID=SV_eaHeDoBBOumlRul

Aiutaci a diffondere lo studio tra i tuoi contatti.

Come si può evincere dallo slogan pubblicitario, il progetto di ricerca ha ricevuto un finanziamento di 1000€ da parte dell'Ordine degli Psicologi della Regione Campania. Per offrire, dunque, un riconoscimento ai partecipanti, a fine reclutamento è stata effettuata una sorta di "lotteria" con estrazione di 10 nominativi ai quali sono stati disposti 100€ procapite. Come strategia di disseminazione, si è inoltre deciso di scrivere una lettera di presentazione dello studio indirizzata ai servizi pubblici italiani³³ che si occupano di seguire il percorso di transizione degli utenti transgender, chiedendo ai responsabili di consegnare a mano la suddetta lettera agli utenti. Tutte le informazioni raccolte sono state protette da un gateway sicuro accessibile esclusivamente al Principal Investigator che ha rimosso gli indirizzi IP di ciascun partecipante per garantire l'anonimità e poter condividere i dati con altri ricercatori.

4.5 Pianificazione delle analisi

In questo studio sono state utilizzate le seguenti metodologie statistiche: regressioni multiple e logistiche (di tipo gerarchico), Analisi Fattoriali Confermative (AFC), Analisi delle Classi Latenti (ACL) e Path-Analysis per gruppi multipli, anche detta Multiple Group Path-Analysis (MGPA).

Brevemente, le regressioni multiple consentono di verificare la causalità e la predittività di determinate variabili indipendenti su variabili dipendenti continue, mentre le regressioni logistiche consentono di verificare le stesse dimensioni su variabili dipendenti dicotomiche. Queste analisi statistiche sono state utilizzate prevalentemente nella parte relativa all'applicazione del modello del *minority stress* alla popolazione transgender italiana. Poiché le dimensioni legate all'ansia e alla depressione sono misurate tramite variabili continue, sono state utilizzate

³³ Nello specifico, sono stati contattati il Servizio di adeguamento di genere dell'Ospedale Niguarda Cà Granda di Milano e il S.A.I.F.I.P. (Servizio per l'Adeguamento tra l'Identità Fisica e Identità Psicica) dell'Azienda Ospedaliera S. Camillo- Forlanini di Roma.

regressioni multiple. Poiché, al contrario, le dimensioni legate alla sfera della suicidiarietà sono misurate attraverso variabili dicotomiche, sono state utilizzate regressioni logistiche. Più nello specifico, in tutti i modelli di analisi di regressione gerarchica, nello step 1 sono state inserite le variabili relative allo stigma vissuto e percepito, nello step 2 quelle relative alla transfobia interiorizzata, nello step 3 i fattori protettivi che fungono da moderatori e nello step 4 gli *interaction terms* tra lo stigma vissuto ed i moderatori. Per evitare i problemi di collinearità tra gli *interaction terms*, ognuno di essi è stato inserito in modelli di regressione separati. Nel presente lavoro, si riportano solo i modelli che sono risultati significativi.

La AFC è stata, invece, utilizzata per verificare la bontà di adattamento di tutti gli strumenti psicometrici non ancora validati in Italia. In aggiunta, anche gli strumenti già validati in Italia sono stati sottoposti ad AFC per verificarne l'adattamento ai dati raccolti (Tabella 4). Tali scale sono state dapprima sottoposte ad un processo di Back-Translation (Behling & Law, 2000). A tal fine, le seguenti fasi sono state implementate:

1. Traduzione dall'inglese all'italiano ad opera di due ricercatori indipendenti esperti nei campi della psicologia e degli studi di genere.
2. Confronto delle due versioni tradotte ed accordi su un'unica versione finale.
3. Traduzione dall'italiano all'inglese ad opera di una madrelingua inglese con eccellenti livelli di italiano.
4. Confronto della nuova versione inglese dello strumento con l'originale ed accordo su un'unica versione finale.
5. Valutazione della comprensibilità dei contenuti di ciascun item ad opera di 3 giudici indipendenti esperti nei campi della psicologia e degli studi di genere. La domanda indirizzata ai giudici era la seguente: "Quanto sono chiari i seguenti item a livello contenutistico?" e la scala Likert è stata costruita a 4 punti (da "Per niente chiaro" a "Del tutto chiaro").

TABELLA 4. Indici di bontà di adattamento derivanti dalle ACF effettuate sugli strumenti psicometrici utilizzati per le analisi

	χ^2	gl	p	χ^2/df	RMSEA	SRMR	CFI/TLI
STIGMA VISSUTO							
Discriminazioni generali							
Modello originale	30.141	9	<.001	3.35	.126	.065	.931/.884
Modello originale + MI	6.980	4	.137	1.74	.071	.029	.989/.972
Abusi verbali							
Modello originale	210.176	3	<.001	70.06	<.001	.000	1.00/1.00
Abusi fisici							
Modello originale	207.071	3	<.001	69.02	<.001	.000	1.00/1.00
Abusi sessuali							
Modello originale	131.283	3	<.001	43.76	<.001	.000	1.00/1.00
EDS							
Modello originale	88.497	27	<.001	3.27	.124	.052	.914/.885
Modello originale + MI	35.230	24	>.05	1.47	.056	.036	.984/.976
PS							
Modello originale	50.963	9	<.001	5.66	.177	.054	.913/.855
Modello originale + MI	35.230	24	>.05	1.47	.056	.036	.984/.976
TIS							
Modello originale	636.76	293	<.001	2.17	.086	.097	.823/.802
Modello originale senza item 26	569.169	269	<.001	2.11	.086	.096	.841/.824
Modello originale senza item 26 + MI	427.20	265	<.001	1.61	.066	.087	.912/.902
CES-D							
Modello originale	394.022	170	<.001	2.32	.094	.070	.863/.847
Modello originale + MI	296.795	165	>.05	1.78	.063	.053	.919/.907
BAI							
Modello originale	613.534	189	<.001	3.25	.083	.074	.808/.787
Modello originale + MI	451.483	181	>.05	2.49	.053	.051	.923/.942
PSS							
Modello originale	258.486	35	<.001	7.38	.207	.144	.709/.625
Modello originale + MI	53.258	28	>.05	1.90	.078	.046	.967/.947
RS							
Modello originale	134.375	35	<.001	3.84	.138	.064	.885/.852
Modello originale + MI	43.701	24	>.05	1.82	.074	.036	.977/.965
MPSS							
Modello originale	106.392	40	<.001	2.66	.062	.045	.955/.938

χ^2 = Chi square; df = freedom degrees; RMSEA = Root Mean Square of Approximation; SRMR = Standardized Root Mean Square Residual; CFI = Comparative Fit Index; TLI = Tucker-Lewis Index.
 EDS = Everyday Discrimination Scale; PS = Perceived Stigma Scale; TIS = Transgender Identity Scale; CES-D = Center for Epidemiologic Studies Depression; BAI = Beck Anxiety Inventory; PSS = Perceived Stress Scale; RS = Resilience Scale; MPSS = Scala Multidimensionale del Supporto Sociale Percepito; MI = Indici di Modifica

Di seguito si riportano le medie e le deviazioni standard ottenute per ciascuno strumento sottoposto a Back-Translation (Tabella 5):

TABELLA 5. Medie e deviazioni standard dei punteggi ottenuti ai singoli strumenti dalla fase di back-translation costituita dal confronto tra i giudici

	M	DS
Everyday Discrimination Scale	3.70	.23
Transgender Identity Survey	3.59	.13
Perceived Stigma Scale	3.72	.48

Il range dei punteggi di tutte le scale considerate varia da 1 (Per niente chiaro) a 4 (Del tutto chiaro)

La ACL è stata utilizzata per identificare i profili basati sui 4 fattori della scala sulla transfobia interiorizzata. Tale analisi consente di ricavare dai dati dei cluster rappresentativi dell'intera dimensione analizzata. La MGPA è stata, infine, condotta per testare le associazioni tra lo stigma quotidiano e vissuto e la salute mentale. Nello specifico, queste associazioni sono state stimate per ogni cluster individuato.

4.5.1 Analisi Fattoriale Confermativa (AFC)

L'AFC è una procedura statistica deduttiva di verifica di ipotesi aprioristicamente create. A differenza dell'Analisi Fattoriale Esplorativa (AFE) – procedura statistica che consente, senza ipotesi a priori e partendo da un numero anche molto elevato di variabili, di giungere ad un numero ridotto di fattori latenti – l'AFC necessita di un'ipotesi ben definita sul numero di fattori latenti, sulla relazione tra i diversi fattori e sulla relazione tra i fattori e le singole variabili osservate. In sostanza, come sostenuto da Pedrabissi e Santinello (1997), l'AFC è una procedura che parte da un modello fattoriale già definito che viene poi confrontato con la struttura che emerge dai dati reali, ovvero dai dati raccolti. L'AFC, dunque, ci consente di dire se e come i nostri dati si adattano al modello teorico utilizzato grazie all'utilizzo di una serie di “indici di bontà dell'adattamento”, ovvero di indici in grado di rilevare l'accuratezza con cui un modello riproduce i dati osservati. Lo scopo di una AFC è quello di individuare e specificare il modello di misura, ovvero quello di dimostrare che specifici fattori latenti rappresentino le cause delle correlazioni tra le variabili osservate, ossia tra gli indicatori.

Matematicamente, queste relazioni vengono così visualizzate:

$$X = \Lambda\xi + \delta^{34}$$

³⁴ Il modello matematico è stato ripreso da un lavoro di Carlo Chiorri reperibile al seguente indirizzo internet http://www.ateneonline.it/chiorri/docenti2/approfondimenti/isbn6404-5_Approfondimento_5-4.pdf.

dove X è il vettore delle variabili osservate, Λ la matrice dei coefficienti che lega le variabili latenti alle variabili osservate, ξ il vettore dei fattori latenti e δ l'errore di misurazione o unicità che agisce solo su un indicatore.

Una volta individuato il modello, si può procedere a valutare la bontà di adattamento delle stime dei parametri tra il modello ipotizzato e i dati osservati. Esistono una serie di “indici di bontà dell'adattamento”. Tra essi si annovera il χ^2 che valuta il livello di discrepanza tra la matrice di covarianza del campione e quella stimata (Hu & Bentler, 1999). Questo indice non dovrebbe risultare significativo (> 0.05) se vogliamo scartare l'ipotesi nulla che il modello non si adatta ai dati. Si tratta, però, di un indice estremamente sensibile alla numerosità del campione. Si è, infatti, riscontrato che con un campione di numerosità elevata tale indice risulta spesso significativo anche quando il modello risulta ben adattato ai dati osservati. Per tali ragioni, si è soliti utilizzare anche altri indici di adattamento generale del modello, distinguibili in indici assoluti ed indici relativi o incrementali. Se i primi valutano con quale accuratezza un modello teorico riproduce i dati osservati, i secondi calcolano la proporzione di miglioramento del modello confrontandolo con uno più ristretto dove l'ipotesi nulla è che le variabili osservate non sono correlate tra di loro. Tra gli indici assoluti si annoverano: 1) il *Root Mean Square of Approximation* (RMSEA, Browne & Cudeck, 1992) che valuta quanto il modello si adatterebbe alla matrice di covarianza, calcolando la stima dell'errore di approssimazione alla popolazione della covarianza attesa. Il RMSEA predilige la parsimonia in quanto sceglie il modello con numero minore di parametri. Il fit è considerato accettabile se RMSEA è inferiore a .08 ed eccellente se è inferiore a .05 (Marsh et al., 2004); 2) lo *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR) (Steiger, 1990) che indica la radice quadrata della differenza tra i residui della matrice di covarianza osservata e della covarianza attesa. I valori dello SRMR variano da 0 a 1. Un buon fit deve mostrare valori inferiori a .05, ma un fit accettabile può anche essere inferiore a .08. Tra gli indici incrementali, invece, si annoverano: 1) il *Comparative Fit Index* (CFI) (Bentler, 1990) che esamina la discrepanza tra i dati ed il modello ipotizzato. I suoi valori possono variare da 0 ad 1, e quanto più il valore si avvicina ad 1 tanto più il fit è buono. Un valore di CFI $> .90$ è con-

siderato accettabile (Bentler, 1990); 2) il *Tucker-Lewis Index* (TLI) che, similmente al CFI, valuta il modello tramite il confronto del valore del χ^2 del modello con il χ^2 del modello nullo. Un buon fit si ha con valori superiori a .90³⁵.

4.5.2 *Analisi delle Classi Latenti (ACL)*

L'idea alla base della ACL è che alcuni tra i parametri dei modelli statistici ipotizzati possano differire tra dei sottogruppi non osservati. Tali sottogruppi vanno a formare le categorie di una variabile latente consentendo, tra le altre cose, la clusterizzazione del campione (Vermunt & Magidson, 2004). Un'applicazione molto interessante della ACL riguarda l'analisi dei cluster probabilistici per le variabili continue osservate, un approccio che offre molti vantaggi in più rispetto ai metodi tradizionali delle tecniche di cluster, come ad es. l'utilizzo del K-means.

Il numero di cluster da formare viene stabilito grazie alla comparazione di più indici. Gli indici fondamentali sono: il *Bayesian Information Criteria* (BIC) e la sua forma "adjusted" che devono mostrare un valore basso; il test *Bootstrapped Lo-Mendell-Rubin* (LRT) che non deve mostrare significatività statistica ($p > .05$); l'*Entropia* che rappresenta una valutazione della definizione dei cluster e dei gruppi e che, quanto più si avvicina ad 1, tanto più suggerisce una buona definizione dei cluster. In ultimo, viene anche utilizzato come criterio la *Cluster size*, per cui ogni grandezza del cluster dovrebbe essere almeno l'1% dell'intera grandezza del campione (Jung & Wickrama, 2008; Muthén & Muthén, 1998-2012).

4.5.3 *Multiple Group Path-Analysis (MGPA)*

La Path-Analysis è una variante dei Modelli di Equazione Strutturale (MES) consistente in un approccio confermativo applicato alle analisi multivariate di una teoria strutturale (Byrne, 1998). In questo approccio, le associazioni causali che si intende valutare vengono rappresentate, anche graficamente (*path diagram*), da

³⁵ Per un approfondimento più dettagliato sugli indici di fit si rimanda al lavoro di Hooper, Coughlan e Mullen (2008).

una serie di equazioni strutturali, o meglio di regressioni multiple. La Path-Analysis è, sostanzialmente, una tecnica che viene utilizzata per stimare l'importanza delle relazioni tra variabili. In senso stretto, le covarianze o le correlazioni tra due variabili sono trattate come la somma di tutti i percorsi che mettono in relazione le due variabili tramite dei coefficienti detti *path coefficients*.

La MGPA consente di effettuare una serie di regressioni multiple, contemporaneamente, considerando gruppi diversi scelti a seconda di una variabile di riferimento. È così possibile verificare l'esistenza di differenze statisticamente significative nelle relazioni tra due o più variabili a seconda del gruppo specifico di riferimento. In altre parole, la MGPA consente di stimare simultaneamente differenti gruppi appartenenti al campione e selezionati in base ad una variabile specifica (Hayduk, 1987). Come sostenuto da Kline (1998), la MGPA viene effettuata per verificare se uno specifico sottogruppo del campione modera le relazioni specificate nel modello. Nella MGPA vengono imposti dei vincoli di eguaglianza sui *path coefficients* e successivamente vengono comparati tra loro i modelli con e senza vincoli (Kline, 1988). Se il fit del modello vincolato risulta peggiore di quello non vincolato, si può concludere che gli effetti diretti differiscono tra i gruppi.

4.6 Soggetti

I criteri di eleggibilità dei partecipanti sono stati i seguenti: 1) l'auto-identificazione come persona transgender; 2) la maggiore età e 3) il vivere in Italia. Seguendo le definizioni delle identità transgender date da Bockting (1999), nessun cross-dresser o bigender ha partecipato allo studio. Si è deciso di non riportare le descrittive socio-demografiche suddividendo il campione in base al genere – MtF ed FtM – poiché, seguendo gli obiettivi e le ipotesi del presente studio, tale variabile non è stata ripresa dalle analisi successive. Al contrario, nelle analisi del presente studio non sono mai stati considerati i sottocampioni, quanto piuttosto un unico campione costituito da persone transgender, termine ombrello che contempla differenti identità. Inoltre, vivere in Italia non significava necessaria-

mente essere italiano. Infatti, nel campione sono presenti una persona Afro-Americana ed una Latina.

Il campione (Tabella 6) è costituito da 149 persone transgender, tra cui 73 MtF (49%), 74 FtM (49.7%) e 2 genderqueer (1.3%). L'età media è di 33.18 anni (DS = 10.96, range = 18-63). La maggior parte si dichiara eterosessuale (n = 80, 53.7%), mentre il 4.7% gay, il 14.1% lesbica, il 14.1% bisessuale e il 13.4% "altro". Quasi la totalità del campione ha origini etniche caucasiche (n = 146, 98%), mentre 2 soli soggetti hanno origini non caucasiche, ma afro-americane e latine. Il 71.1% del campione ha un livello di scolarità medio-basso, di contro al 28.9% che ha almeno un titolo di laurea. Il 39.6% non ha reddito mensile, il 16.1% ha un reddito mensile inferiore a 600 euro, il 20.8% ha un reddito che varia dai 600 ai 999 euro, il 13.4% che varia invece dai 1000 ai 1999 euro e, infine, il 10.1% ha un reddito che supera i 2000 euro. Relativamente allo status civile, l'84.6% del campione è single, il 6% è sposato, l'1.3% vedovo, il 2% divorziato e il 5.4% separato. Relativamente, invece, alla zona geografica di residenza, il 47.3% vive al Nord, il 15.5% al Centro ed il 37.2% al Sud; 1 solo soggetto non ha risposto alla domanda. La maggioranza del campione, ovvero il 74.5%, vive in un contesto urbano, di contro al 25.6% che, equamente diviso, vive in un contesto suburbano (12.8%) o rurale (12.8%). Considerando, poi, la variabile dell'associazionismo, la maggioranza del campione, ovvero il 61.1%, non è iscritta ad alcuna associazione LGBT territoriale, di contro al 38.9% che risulta, invece, iscritta. Questo dato non sembra essere perfettamente legato all'attivismo politico, poiché la percentuale di attivisti per diritti trans è più alta degli iscritti a qualche associazione. Il 45.6% del campione, infatti, dichiara di fare attivismo politico, a differenza del 54.4% che dichiara il contrario. Infine, considerando la variabile "religione", la maggior parte del campione (n = 109, 73.2%) ha ricevuto in passato un'educazione religiosa. Attualmente, però, la maggioranza (n = 90, 60.8%) si dichiara né credente né praticante. 1 solo soggetto non ha risposto al quesito.

Per quanto riguarda, invece, le informazioni relative all'assunzione di ormoni e agli interventi di Riassegnazione Chirurgica del Genere (RCG), al momento del-

lo studio l'86.6% del campione assumeva ormoni sotto prescrizione medica, il 13.4% li assumeva senza prescrizioni mediche e il 45.6% non assumeva ormoni. Solo il 12.8% dell'intero campione si è sottoposto agli interventi di RCS. Questa bassa percentuale è dovuta alla percezione della maggioranza dei partecipanti di non aver ancora terminato il percorso di transizione (n = 135, 90.6%). Per quanto riguarda la soddisfazione legata alla sensibilità, all'estetica e alla funzionalità della RCS si rimanda alla Tabella 7.

TABELLA 6. Caratteristiche socio-demografiche del campione (N=149)

Caratteristiche	n (%) o Media ± DS	Caratteristiche	n (%)
Genere		Status civile	
Donna transgender	73 (49.0)	Single	126 (84.6)
Uomo transgender	74 (49.7)	Sposato/a	9 (6.0)
Genderqueer	2 (1.3)	Vedovo/a	2 (1.3)
Orientamento sessuale		Divorziato/a	3 (2.0)
Gay	7 (4.7)	Separato/a	8 (5.4)
Lesbica	21 (14.1)	Altro	1 (0.7)
Eterosessuale	80 (53.7)	Zona geografica di residenza	
Bisessuale	21 (14.1)	Nord Italia	70 (47.3)
Altro	20 (13.4)	Centro Italia	23 (15.5)
Razza/Etnia		Sud Italia	55 (37.2)
Caucasica	147 (98.6)	Contesto territoriale	
Afro-Americana	1 (0.7)	Urbano	111 (74.4)
Latina	1 (0.7)	Suburbano	19 (12.8)
Età	33.18 ± 10.96	Rurale	19 (12.8)
Livello di educazione		Iscrizione ad associazioni LGBT	
≤ Scuola media superiore	106 (71.1)	Si	58 (38.9)
≥ Università	43 (28.9)	No	91 (61.1)
Reddito mensile (2013) €		Attivismo per i diritti LGBT	
Nessun reddito	59 (39.6)	Si	68 (45.6)
< 600	24 (16.1)	No	81 (54.4)
600 – 999	31 (20.8)	Educazione religiosa	
1000 – 1999	20 (13.4)	Si	109 (73.2)
2000 >	15 (10.1)	No	40 (26.8)
		Rapporto attuale con la religione	
		Credente/Praticante	16 (10.8)
		Credente/Non praticante	42 (28.4)
		Non credente/Non praticante	90 (60.8)

TABELLA 7. Caratteristiche del campione relative all'assunzione di ormoni e agli interventi di RCS (Riassegnazione Chirurgica del Sesso) (N=149)

Caratteristiche	n (%)
Assunzione attuale di ormoni	
Si, sotto prescrizione medica	70 (47.0)
Si, senza prescrizione medica	11 (7.4)
No	68 (45.6)
Ablazione al seno (FtM) / Aumento mammario (MtF)	
Si	34 (22.8)
No	115 (77.2)
Chirurgia estetica	
Si	31 (20.8)
No	118 (79.2)
RCS	
Si	19 (12.8)
No	125 (83.8)
Missing	5 (3.4)
Soddisfazione RCS	
Sensibilità	
Molto soddisfatto/a	10 (52.6)
Piuttosto soddisfatto/a	6 (31.6)
Non molto soddisfatto/a	1 (5.3)
Per niente soddisfatto/a	2 (10.5)
Estetico	
Molto soddisfatto/a	6 (31.6)
Piuttosto soddisfatto/a	5 (26.3)
Non molto soddisfatto/a	5 (26.3)
Per niente soddisfatto/a	3 (15.8)
Funzionale	
Molto soddisfatto/a	6 (31.5)
Piuttosto soddisfatto/a	5 (26.3)
Non molto soddisfatto/a	4 (21.1)
Per niente soddisfatto/a	4 (21.1)
Percezione del percorso di transizione come terminato	
Si	14 (9.4)
No	135 (90.6)

4.7 Analisi statistiche preliminari

Le analisi sono state effettuate con i seguenti programmi: SPSS 20, R-Studio e Mplus. La distribuzione degli item è stata valutata considerando l'asimmetria (skewness) e la curtosi (kurtosis). Le Analisi Fattoriali Confermative, sviluppate grazie al programma R-Studio, sono state effettuate con il metodo della Massima Verosimiglianza (Maximum Likelihood with Robust Standard Errors, MLR; Muthén & Muthén, 1998-2012) che è robusto contro la non normalità univariata e multivariata (Tabella 4). MLR funziona bene soprattutto quando asimmetria e curtosi sono più bassi di |2| e |7| rispettivamente (cfr. Finney & DiStefano, 2006).

MPLUS 7.2 (Muthén & Muthén, 1998-2012) è stato utilizzato anche per effettuare la path-analysis (per gruppo singolo e multiplo) e la LCA. Sono state condotte delle Analisi Fattoriali Confermative (AFC) su tutte le scale non ancora validate in Italia, ed anche su quelle già validate per valutare l'effettivo adattamento ai dati. Per gli strumenti validati, invece, si è utilizzata solo l'attendibilità interna calcolata con SPSS 20 attraverso il coefficiente alpha di Cronbach. Esso è basato sulla correlazione tra gli item inclusi in ogni sottoscala e, quanto più i valori si avvicinano ad 1, tanto più la scala può essere considerata attendibile. Per l'alpha di Cronbach, le medie, le deviazioni standard, l'asimmetria e la curtosi di ogni strumento utilizzato cfr. Tabella 8. I dati sono stati, inoltre, controllati per quanto riguarda la multicollinearità. Infine, le correlazioni tra i fattori è stata valutata tramite il coefficiente di correlazione di Pearson, calcolato utilizzando SPSS 20 (Tabella 9). I *missing values* non erano presenti in quanto, nonostante la non obbligatorietà delle domande, il sistema avvisava i partecipanti di aver saltato alcuni item, reindirizzandoli lì dove c'era la risposta mancata.

TABELLA 8. Statistiche descrittive delle scale sullo stigma vissuto, EDS, PS, TIS, CES-D, BAI, PSS, RS e MPSS

Scale	Alfa	Media	DS	Simmetria	Curtosi
STIGMA VISSUTO					
Discriminazioni generali	0.774	0.72	0.76	1.532	2.127
Abusi verbali	0.834	1.59	1.14	0.442	-0.675
Abusi fisici	0.842	0.79	1.01	1.357	2.779
Abusi sessuali	0.781	0.26	0.53	2.78	5.513
EDS	0.906	0.92	0.73	0.564	-0.526
PS	0.889	2.36	0.80	0.171	-0.663
TIS					
Pride	0.843	3.94	1.42	0.035	-0.702
Shame	0.895	3.39	1.57	0.239	-0.991
Passing	0.866	3.95	1.49	-0.048	-0.697
Alienation	0.817	3.42	1.78	0.316	-0.895
CES-D	0.936	22.90	14.05	0.480	-0.707
BAI	0.955	16.36	14.89	1.298	1.144
PSS	0.877	1.93	0.81	0.408	0.064
RS	0.900	5.44	1.11	-1.088	1.433
MPSS					
Famiglia	0.934	3.86	1.78	-0.154	-1.020
Amici	0.946	4.92	1.59	-0.708	0.040
Altri significativi	0.918	5.56	1.46	-0.955	0.325

EDS = Everyday Discrimination Scale; PS = Perceived Stigma; TIS = Transgender Identity Survey; CES-D = Center for Epidemiologic Studies Depression; BAI = Beck Anxiety Inventory; PSS = Perceived Stress Scale; RS = Resilience Scale; MPSS = Scala Multidimensionale del Supporto Sociale Percapito.

I punteggi delle scale *Discriminazioni generali*, *Abusi verbali*, *Abusi fisici*, *Abusi sessuali* variano da 0 (Mai) a 4 (Quasi sempre). I punteggi di EDS variano da 0 (Mai) a 4 (Spesso). I punteggi di PS variano da 1 (Fortemente d'accordo) a 4 (Fortemente in disaccordo). I punteggi di TIS variano da 1 (Completamente in disaccordo) a 7 (Completamente d'accordo). I punteggi di CES-D variano da 0 (Raramente o mai) a 3 (La maggior parte dei giorni o tutti i giorni). I punteggi di BAI variano da 0 (Perniente) a 3 (Molto). I punteggi di PSS da 0 (Mai) a 4 (Molto spesso). I punteggi di RS variano da 1 (Fortemente in disaccordo) a 7 (Fortemente in accordo). I punteggi di MPSS variano da 1 (Fortemente in disaccordo) a 7 (Fortemente d'accordo).

TABELLA 9. Correlazioni bivariate tra stigma vissuto, EDS, PS, sottoscale di TIS, CES-D, BAI, PSS, RS e sottoscale di MSPSS

Scale	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. Discriminazioni generali	1															
2. Abusi verbali	.541***	1														
3. Abusi fisici	.486***	.730***	1													
4. Abusi sessuali	.312***	.268***	.372***	1												
5. EDS	.571***	.510***	.533***	.336***	1											
6. PS	.346***	.154*	.129	.175*	.463***	1										
7. Pride	-.159**	-.045**	-.126**	-.004**	-.036**	-.180*	1									
8. Shame	.086	.218**	.167*	.198*	.198*	.210*	-.606***	1								
9. Passing	.050	.029	.024	.014	.102	.111	-.346***	.652***	1							
10. Alienation	.249**	.312***	.317***	.166*	.332***	.284***	-.107	.374***	.111	1						
11. CES-D	.258**	.349***	.245***	.202*	.396***	.273**	-.120	.431***	.226**	.383***	1					
12. BAI	.148*	.329***	.253***	.235**	.326***	.108	-.1093	.320***	.188*	.334***	.693***	1				
13. PSS	.252**	.275***	.177*	.208*	.314***	.295***	-.273**	.453***	.169*	.431***	.790***	.555***	1			
14. RS	-.147	-.161*	-.119	-.255**	-.339***	-.250**	.287***	-.422***	-.137	-.261***	-.547***	-.288***	-.491***	1		
15. MSPSS Famiglia	-.078	-.129	-.104	-.038	-.246**	-.171*	.044	-.150	-.012	-.173*	-.285***	-.246***	-.290***	.189*	1	
16. MSPSS Amici	-.130	-.078	-.063	-.175*	-.228**	-.327***	.196*	-.224**	-.160*	-.284***	-.267***	-.106	-.298***	.418***	.236***	1
17. MSPSS Altri significativi	-.137	-.108	-.131	-.201*	-.231**	-.307***	.134	-.218**	-.081	-.246***	-.199*	-.030	-.244***	.345***	.294***	.651***

*p < .05; **p < .01; ***p < .001

EDS = Everyday Discrimination Scale; PS = Perceived Stigma; TIS = Transgender Identity Survey; CES-D = Center for Epidemiologic Studies Depression; BAI = Beck Anxiety Inventory; PSS = Perceived Stress Scale; RS = Resilience Scale; MSPSS = Scala Multidimensionale del Supporto Sociale Percipito.

4.8 Risultati

4.8.1 Esplorazione delle tipologie e dei livelli di stigma e di problematiche di salute mentale

Tutte le variabili dello stigma sono state dicotomizzate in modo tale che 1 (Assenza) e 2 (Presenza). Le variabili collegate agli abusi verbali, fisici e sessuali che, originariamente, erano considerate come sottoscale separate, sono state qui considerate come un'unica variabile di presenza/assenza. Nello specifico, se una persona ha subito un abuso verbale durante l'infanzia, ma non durante l'adolescenza o l'età adulta, prende comunque un punteggio di 2. Dunque, le percentuali riportate in Tabella 10 si riferiscono a specifiche tipologie di stigma che, almeno una volta, sono state vissute dalle persone transgender. Per comprendere se c'è una differenza tra persone transgender MtF ed FtM, sono state condotte, singolarmente, regressioni logistiche in cui il genere è stato considerato come variabile indipendente e la singola tipologia di stigma come variabile dipendente. Le regressioni non sono state controllate per le variabili socio-demografiche poiché esse non hanno mostrato differenze statisticamente significative a seconda del genere. Per verificare se esista una differenza generale all'interno dello stigma vissuto tra persone MtF ed FtM, sono state considerate le mediane. I partecipanti hanno riportato una mediana di 12 differenti esperienze di discriminazione (range 9 – 18). Le persone transgender MtF non riportano una mediana differente da quelle FtM. Dalle analisi emerge che la tipologia di discriminazione maggiormente subita è l'abuso verbale sia durante l'infanzia che l'adolescenza che l'età adulta. Anche l'abuso fisico presenta valori medi molto elevati. Per quanto riguarda le discriminazioni quotidiane (ad es., essere trattati con poca cortesia, ecc.), dalle analisi emerge una differenza statisticamente significativa tra persone MtF ed FtM. Nello specifico, sembra che le persone transgender MtF riportino maggiori discriminazioni quotidiane. Infine, relativamente alle variabili collegate alla salute mentale, non emergono differenze statisticamente significative in base al genere. L'ansia e la depressione sono state valutate utilizzando i cut-off delle scale validate in Italia, ovvero 13 per la BAI (Sica et al., 1990) e 16 per la CES-D (Fava, 1984).

TABELLA 10. Percentuali di stigma subito e percepito a causa dell'identità di genere e livelli di salute mentale nelle persone transgender italiane Mtf ed FtM

Tipologia di stigma	Mtf (n = 74) n (%) o M±DS	FtM (n = 75) n (%) o M±DS	Tot (n = 149) n (%) o M±DS	OR (95%CI)	p
<i>Stigma vissuto</i>					
Licenziamento	13 (17.6)	23 (30.7)	36 (24.2)	0.463 (0.213, 1.007)	.049
Problemi nel trovare lavoro	53 (71.6)	46 (61.3)	99 (66.4)		
Problemi nel fittare una casa	16 (21.6)	27 (36.0)	43 (28.9)	0.457 (0.220, 0.952)	.036
Sfratto	9 (12.2)	14 (18.7)	23 (15.4)		
Problemi nell'accesso ai servizi di salute	36 (48.6)	22 (29.3)	58 (38.9)	2.067 (1.047, 4.080)	.036
Rapina	7 (9.5)	25 (33.3)	32 (21.5)	0.196 (0.078, 0.492)	.001
Abuso verbale	68 (91.9)	61 (81.3)	129 (86.6)	2.415 (0.865, 6.747)	.048
Abuso fisico	39 (52.7)	46 (61.3)	85 (57.0)		
Abuso sessuale	22 (29.7)	25 (33.3)	47 (31.5)		
Esperienze di stigma vissuto (mediana)	12	12	12		
EDS (media)	0.85	0.74	0.79	1.645 (1.40)	.046
<i>Stigma percepito</i>					
<i>Salute mentale</i>					
Ansia >13	32 (42.7)	38 (51.4)	70 (47.0)		
Depressione >16	49 (65.3)	45 (60.8)	94 (63.1)		
Ideazione suicidaria	37 (50.0)	40 (53.3)	77 (51.7)		
Tentativi suicidari	13 (17.6)	16 (21.3)	29 (19.5)		

M = Media; DS = Deviazione Standard; OR = Odds Ratio; t = T di Student; EDS = Everyday Discrimination Scale; p = p-value.

Le differenze tra persone Mtf ed FtM sono state calcolate attraverso la regressione logistica.

Nonostante non emergano differenze, le percentuali di problematiche d'ansia e/o depressive sono molto elevate. Il 42.7% delle persone MtF ed il 51.4% di quelle FtM sembra avere problematiche di natura ansiosa, mentre il 65.3% delle persone MtF ed il 60.8% di quelle FtM di natura depressiva. Anche le percentuali relative alla sfera del suicidio sono molto elevate. Il 50% delle persone MtF ed il 53.3% di quelle FtM hanno pensato al suicidio nel corso della propria vita, così come il 17.6% delle persone MtF ed il 21.3% di quelle FtM hanno messo in atto dei tentativi suicidari.

4.8.2 *Minority stress e problematiche d'ansia*

Nel primo step della regressione gerarchica in cui BAI è la variabile dipendente, sono state inserite le variabili che misurano lo stigma vissuto e percepito (Tabella 11). Solo le discriminazioni quotidiane ($B = 14.902$; $p < .05$) sono risultate essere associate significativamente e positivamente all'ansia. Nel secondo step, sono state inserite le dimensioni collegate alla transfobia interiorizzata. Solo la vergogna ($B = 2.585$; $p < .05$) e l'alienazione ($B = 1.787$; $p < .05$) sono associate significativamente e positivamente all'ansia. Nel terzo step, sono state inserite le variabili collegate ai fattori protettivi, considerate come variabili moderatrici. La resilienza ($B = -2.913$; $p < .05$) ed il supporto percepito da parte della famiglia ($B = -1.627$; $p < .05$) sono risultate essere significativamente e negativamente associate all'ansia. Infine, nell'ultimo step, sono stati inseriti, singolarmente, gli *interaction terms* tra lo stigma vissuto ed i moderatori. Solo l'*interaction term* tra le discriminazioni quotidiane ed il sostegno percepito da parte della famiglia è risultato significativo ($B = -.164$; $p < .05$). Le statistiche del modello finale sono $R^2 = .288$; R^2 adjusted = .222; $F(1) = 3.447$; $p < .05$; $SE = 13.17$.

4.8.3 *Minority stress e problematiche depressive*

Nel primo step della regressione gerarchica in cui CES-D è la variabile dipendente, sono state inserite le variabili che misurano lo stigma vissuto e percepito (Tabella 12). Le discriminazioni quotidiane ($B = 11.387$; $p < .05$) e lo stigma percepito

to ($B = 3.009$; $p < .05$) sono risultate essere associate significativamente e positivamente alla depressione. Nel secondo step, sono state inserite le dimensioni collegate alla transfobia interiorizzata. Solo la vergogna ($B = 4.322$; $p < .001$) e l'alienazione ($B = 1.179$; $p < .05$) sono risultate essere significativamente e positivamente associate alla depressione. Nel terzo step, sono state inserite le variabili collegate ai fattori protettivi. La resilienza ($B = -5.759$; $p < .001$) ed il supporto percepito da parte della famiglia ($B = -1.165$; $p < .05$) sono risultate essere significativamente e negativamente associate alla depressione. Infine, nell'ultimo step, sono stati inseriti, singolarmente, gli *interaction terms* tra lo stigma vissuto e i moderatori. Solo l'interazione tra la discriminazione quotidiana ed il sostegno percepito dagli amici ($B = -2.916$, $p < .05$) è risultato essere statisticamente significativo. Le statistiche del modello finale sono $R^2 = .483$; R^2 adjusted = .435; $F(1) = 4.091$; $p < .05$; $SE = 10.59$.

4.8.4 *Minority stress e ideazione suicidaria*

È stata effettuato un modello di regressione logistica a 4 step per verificare gli effetti dei *minority stressors* (stigma subito, stigma percepito e transfobia interiorizzata) e dei fattori protettivi (resilienza e supporto sociale percepito) sulla probabilità dei partecipanti di sviluppare ideazione suicidaria (Tabella 13). Il modello di regressione logistica è risultato statisticamente significativo, $\chi^2(12) = 39.714$, $p < .001$. Esso spiega il 32% (Nagelkerke R^2) della varianza dell'ideazione suicidaria e classifica correttamente il 78.3% dei casi. Nello specifico, il rischio di ideazione suicidaria è superiore di 10.18 volte per chi vive alti livelli di discriminazione quotidiana legata all'identità transgender e di 1.93 volte per chi ha livelli più elevati di vergogna verso la propria identità transgender. Al contrario, il rischio di ideazione suicidaria diminuisce di 1.82 volte in coloro che hanno alti livelli di orgoglio identitario e di 2.70 volte in chi ha livelli più elevati di resilienza. Infine, è risultato significativo solo l'*interaction term* tra le discriminazioni quotidiane e la resilienza ($B = -1.580$, $OR = .206$, $p < .01$): il rischio di ideare il suicidio, quindi, diminuisce di 0.21 volte quando la resilienza modera l'effetto negativo delle discriminazioni quotidiane.

TABELLA 11. Regressioni dell'ansia (outcome) sui processi di minority stress (sigma vissuto e percepito, transfobia interiorizzata, fattori protettivi)

Variabile	Step 1			Step 2			Step 3			Step 4		
	b(SE)	B	t	b(SE)	B	t	b(SE)	B	t	b(SE)	B	t
Stigma vissuto	0.220 (0.235)	12.872	1.394	0.216 (8.822)	12.642	1.433	0.126 (9.089)	7.381	0.812	0.179 (10.978)	10.474	0.954
EDS	0.396 (6.216)	14.901	2.397*	0.312 (5.930)	11.754	1.982*	0.202 (5.996)	7.603	1.268	0.185 (6.141)	6.973	1.135
Stigma percepito	0.006 (1.749)	0.111	0.063	0.091 (1.688)	1.690	1.001	0.099 (1.702)	1.845	1.084	0.100 (1.707)	1.866	1.093
Pride				-0.002 (1.103)	-0.024	-0.021	-0.001 (1.082)	-0.013	-0.012	-0.002 (1.085)	-0.017	-0.016
Shame				0.277 (1.303)	2.585	1.983*	0.160 (1.330)	1.497	1.125	0.172 (1.353)	1.609	1.190
Passing				-0.035 (1.060)	-0.351	-0.331	0.029 (1.065)	0.293	0.275	0.019 (1.089)	0.186	0.171
Alienation				0.217 (0.747)	1.787	2.392*	0.217 (0.734)	1.782	2.428*	0.215 (0.736)	1.770	2.404*
Resilienza							-0.216 (1.252)	-2.913	-2.326*	-0.222 (1.265)	-2.992	-2.364*
MSPSS famiglia							-0.195 (0.689)	-1.627	-2.362*	-0.353 (2.692)	-2.942	-1.093
MSPSS amici							-0.016 (1.009)	-0.154	-0.153	-0.029 (1.039)	-0.272	-0.262
MSPSS altri significativi												
EDS X MSPSS famiglia							-0.171 (1.077)	1.778	1.651	0.179 (1.090)	1.853	1.700
										0.172 (0.325)	0.164	0.505*

EDS = Everyday Discrimination Scale; MSPSS = Scala Multidimensionale del Supporto Sociale Percepito.

Le statistiche per il modello finale sono R² = .288; R² adjusted = .222; F (1) = 3.447; p <.05; SE = 13.17

*p <.05; **p <.01; ***p <.001

TABELLA 12. Regressioni della depressione (outcome) sui processi di minority stress (stigma vissuto e percepito, transfobia interiorizzata, fattori protettivi)

Variabile	Step 1			Step 2			Step 3			Step 4		
	b(SE)	B	t	b(SE)	B	t	b(SE)	B	t	b(SE)	B	t
Stigma vissuto	0.124 (8.440)	6.835	0.810	0.153	8.466	1.090	0.137 (7.307)	7.543	1.032	0.150 (7.231)	8.294	1.147
EDS	0.321 (5.680)	11.387	2.005*	0.240	8.516	1.631	0.157 (4.820)	5.594	1.160	0.207 (7.978)	7.351	0.921
Stigma percepito	0.171 (1.598)	3.009	1.883*	0.090	1.575	1.060	0.038 (1.368)	0.664	0.485	0.030 (1.354)	0.522	0.385
Pride				-0.113	-1.119	-1.153	-0.150 (0.870)	-1.496	-1.720	-0.145 (0.860)	-1.443	-1.678
Shame				0.490	4.322	3.767***	0.285 (1.070)	2.513	2.349**	0.281 (1.057)	2.479	2.345*
Passing				-0.112	-1.051	-1.127	-0.003 (0.856)	-0.030	-0.036	0.002 (0.847)	0.020	0.024
Alienation				0.152	1.179	1.793*	0.140 (0.590)	1.088	1.843	0.135 (0.584)	1.045	1.790
Resilienza							-0.452 (1.007)	-5.759	-5.720***	-0.470 (1.001)	-5.984	-5.977***
MPSS famiglia							-0.148 (0.554)	-1.165	-2.105*	-0.156 (0.548)	-1.227	-2.240*
MPSS amici							-0.016 (0.811)	-0.141	-0.174	-0.280 (1.415)	-2.501	-1.767*
MPSS altri significativi							0.112 (0.866)	1.092	1.262	0.107 (0.856)	1.052	1.229
EDS X MSPSS amici										0.431 (1.442)	2.916	2.023*

EDS = Everyday Discrimination Scale; MSPSS = Scala Multidimensionale del Supporto Sociale Percepito.

Le statistiche per il modello finale sono $R^2 = .483$; R^2 adjusted = .435; $F(1) = 4.091$; $p < .05$; $SE = 10.59$.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

TABELLA 14. Regressioni logistica del tentativo suicidario (outcome) sui processi di minority stress (stigma vissuto e percepito, transobia interiorizzata, fattori protettivi)

Variabile	Step 1				Step 2				Step 3				Step 4							
	B	SE	Wald	OR	95%CI	B	SE	Wald	OR	95%CI	B	SE	Wald	OR	95%CI	B	SE	Wald	OR	95%CI
Stigma vissuto	0.090	0.239	0.142	0.914	0.572-1.461	0.107	0.263	0.167	0.898	0.536-1.505	0.041	0.268	0.024	1.042	0.616-1.764	0.823	0.442	3.466	2.278	0.957-5.420
EDS	1.719	1.085	2.511	5.580	0.666-46.781	1.455	1.184	1.509	4.284	0.430-43.648	0.862	1.203	0.513	2.367	0.224-25.011	0.601	1.248	0.232	1.824	0.158-21.063
Stigma percepito	0.040	0.307	0.017	1.041	0.571-1.898	0.052	0.327	0.025	0.950	0.500-1.804	0.045	0.345	0.017	1.046	0.532-2.056	0.028	0.354	0.006	0.972	0.486-1.944
Pride						-0.408	0.258	2.501	1.503	0.907-2.492	-0.429	0.269	2.548	1.536	0.907-2.602	-0.562	0.288	3.813	1.753*	0.998-3.086
Shame						0.596	0.255	5.460	1.814*	1.101-2.990	0.547	0.276	3.910	1.727*	1.005-2.969	0.587	0.289	4.123	1.798*	1.021-3.168
Passing						0.449	0.215	4.375	0.638*	0.419-0.972	0.433	0.227	3.629	0.649	0.415-1.013	0.360	0.237	2.315	0.698	0.439-1.109
Alienation						0.068	0.148	0.208	0.935	0.699-1.250	0.100	0.154	0.418	0.905	0.669-1.204	0.090	0.160	0.319	0.914	0.668-1.250
Resilienza											-0.132	0.231	0.278	0.876*	0.536-1.432	-0.133	0.269	0.243	0.876*	0.515-1.485
MPSS famiglia											-0.180	0.148	1.471	0.835	.625-1.117	-1.590	0.802	3.956	4.905*	1.019-23.605
MPSS amici											-0.319	0.189	2.561	0.727	.482-1.104	-0.273	0.212	1.639	0.761	0.502-1.133
MPSS altri sign.											-0.299	0.228	1.721	1.348	.863-2.106	-0.290	0.236	1.519	1.337	0.843-2.121
Stigma vissuto X MPSS famiglia																-0.220	0.099	4.918	0.803*	0.661-0.975

EDS = Everyday Discrimination Scale; MPSS = Scala Multidimensionale dal Supporto Sociale Percepito.
 Le statistiche per il modello finale sono $\chi^2=20.490$, $p = .030$, $-2Log = 112.426$, R^2 Cox and Snell = .164, R^2 Nagelkerka = .263
 * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

4.8.5 *Minority stress e tentativo suicidario*

Come con l'ideazione suicidaria, anche in questo caso è stata effettuato un modello di regressione logistica a 4 step per verificare gli effetti dei *minority stressors* (stigma subito, stigma percepito e transfobia interiorizzata) e dei fattori protettivi (resilienza e supporto sociale percepito) sulla probabilità dei partecipanti di tentare il suicidio (Tabella 14). Il modello di regressione logistica è risultato statisticamente significativo, $\chi^2(12) = 25.296, p < .01$. Esso spiega il 26% (Nagelkerke R^2) della varianza del tentativo di suicidio e classifica correttamente l'84.4% dei casi. Nello specifico, il rischio di tentare il suicidio è superiore di 1.75 volte per chi ha bassi livelli di orgoglio identitario e di 1.80 volte per chi ha livelli più elevati di vergogna verso la propria identità transgender. Al contrario, il rischio di tentare il suicidio diminuisce di 0.88 volte in coloro che hanno alti livelli di resilienza e di 4.90 volte in chi percepisce livelli più elevati di supporto familiare. Infine, è risultato significativo solo l'*interaction term* tra lo stigma vissuto e il supporto sociale percepito da parte famiglia, ($B = .220, OR = .803, p < .05$): il rischio di tentare il suicidio, dunque, diminuisce di 0.80 volte quando il supporto sociale percepito della famiglia modera lo stigma vissuto.

4.8.6 *Transfobia interiorizzata quale moderatore tra lo stigma vissuto e la salute mentale*

La ACL è stata condotta con lo scopo di formare dei gruppi caratterizzati da differenti profili basati sui 4 fattori della transfobia interiorizzata. Quattro possibili soluzioni alternative sono state poste a confronto. I risultati indicano che la soluzione a 3 cluster è la migliore poiché caratterizzata da bassi valori di BIC e di Adjusted BIC (Tabella 15). Il Grafico 1 presenta graficamente le medie standardizzate della transfobia interiorizzata per i 3 cluster identificati.

Il primo cluster è caratterizzato dai soggetti che hanno presentato delle medie più vicine alla media generale, il secondo cluster è formato dai soggetti che hanno presentato punteggi più bassi rispetto alla media generale e, infine, il terzo cluster

è caratterizzato dai partecipanti che hanno mostrato punteggi più elevati su ciascuno dei 4 fattori (Tabella 16).

GRAFICO 1. Medie standardizzate della transfobia interiorizzata per i 3 cluster

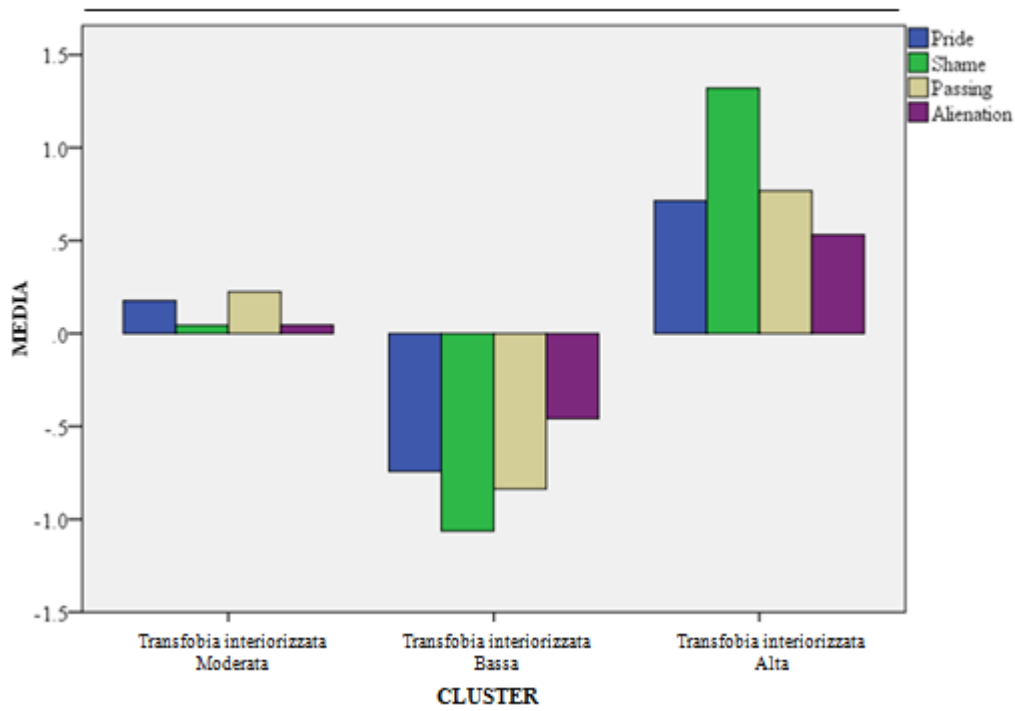


TABELLA 15. Indici di bontà della ACL sui cluster basati sui 4 fattori della transfobia interiorizzata

	BIC	Adj-BIC	LRT	Entropia
Cluster 1	2240.686	2215.368		1.00
Cluster 2	2130.318	2089.177	P<.001	.810
Cluster 3	2116.233	2059.268	P<.001	.813
Cluster 4*	2124.670	2051.882	P<.001	.852

BIC = Bayesian Information Criteria; Adj-BIC = Adjusted Bayesian Information Criteria; LRT = Bootstrapped Lo-Mendell-Rubin.

* Questo cluster è caratterizzato da soli 5 partecipanti.

TABELLA 16. Statistiche descrittive dei 3 cluster basati sui 4 fattori della transfobia interiorizzata (bassa, moderata e alta)

Cluster		N	Min	Max	M	DS
Bassa	Pride	52	1.00	5.50	2.82	1.08
	Shame	52	1.00	2.63	1.72	0.52
	Passing	52	1.00	5.43	2.70	1.12
	Alienation	52	1.00	6.67	2.60	1.42
Moderata	Pride	57	1.75	6.63	4.05	1.06
	Shame	57	2.50	4.50	3.46	0.61
	Passing	57	2.00	7.00	4.28	1.05
	Alienation	57	1.00	7.00	3.50	1.69
Alta	Pride	40	2.00	7.00	4.77	1.15
	Shame	40	4.50	7.00	5.47	0.58
	Passing	40	1.71	6.86	5.09	1.27
	Alienation	40	1.00	7.00	4.37	1.88

Min = Minimo; Max = Massimo; M = Media; DS = Deviazione Standard

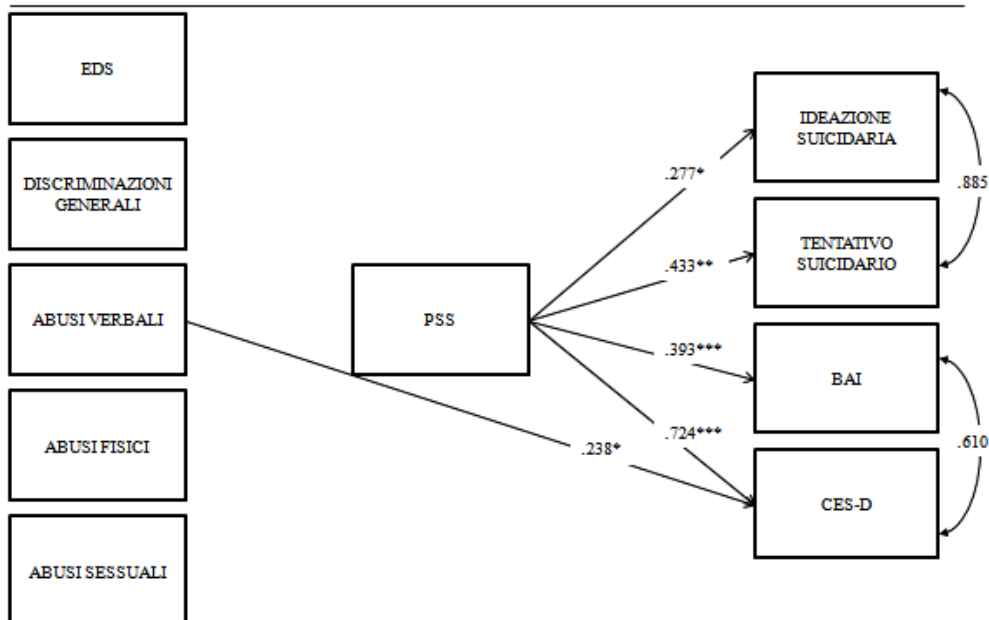
Sulla base dei risultati ottenuti alla ACL, è stata condotta una MGPA, singolarmente per ogni cluster individuato. Il Grafico 2 riporta i risultati ottenuti alla MGPA condotta con il cluster costituito da soggetti con bassi livelli di transfobia interiorizzata, il Grafico 3 riporta i risultati per i soggetti caratterizzati da moderata transfobia interiorizzata e, infine, il Grafico 4 riporta i risultati relativi ai soggetti con elevati livelli di transfobia interiorizzata. In tutte le analisi, dunque, il cluster legato al livello di transfobia interiorizzata è stato utilizzato quale moderatore tra lo stigma vissuto e la salute mentale. Tale relazione, a sua volta, è stata controllata per lo stress generale percepito. La MGPA è stata, in sintesi, condotta per verificare la relazione tra lo stigma vissuto e la salute mentale nei 3 cluster, indipendentemente. Lo stress percepito è stato utilizzato quale variabile di controllo con lo scopo di verificare se, contrariamente alle ipotesi, la relazione tra stigma vissuto e salute mentale non venga aumentata dallo stress piuttosto che dalla transfobia interiorizzata.

Come si evince dal Grafico 2, nei soggetti con bassi livelli di transfobia interiorizzata, solo gli abusi verbali aumentano la probabilità di sviluppare sintomi depressivi ($z = .238^*$). Tutti gli altri *path* non sono risultati significativi. In questo

cluster, è specificamente lo stress percepito ad aumentare la probabilità di sviluppare problematiche di salute mentale. Nel cluster composto da soggetti con moderati livelli di transfobia interiorizzata (Grafico 3), invece, solo il *path* tra gli abusi fisici ed i tentativi suicidari ($z = .520^{**}$) è risultato significativo. Anche in questo caso, lo stress percepito sembra essere il predittore più forte di problematiche di salute mentale, nello specifico dei sintomi ansiosi e depressivi. Infine, nel cluster costituito da soggetti che hanno presentato elevati livelli di transfobia interiorizzata (Grafico 4), più *path* sono risultati significativi, confermando l'ipotesi che nelle persone transgender con alti livelli di transfobia interiorizzata, subire episodi di stigma aumenta la probabilità di sviluppare problematiche di salute mentale. Nello specifico, i seguenti *path* sono risultati significativi: 1) discriminazioni quotidiane e tentativi suicidari ($z = .679^{**}$); 2) discriminazioni quotidiane e sintomi depressivi ($z = .409^{**}$); 3) discriminazioni generali e ideazione suicidaria ($z = .413^{***}$); 4) discriminazioni generali e tentativo suicidario ($z = .663^{**}$); 5) abusi verbali e sintomi ansiosi ($z = .543^{***}$); 6) abusi fisici e ideazione suicidaria ($z = .932^{***}$).

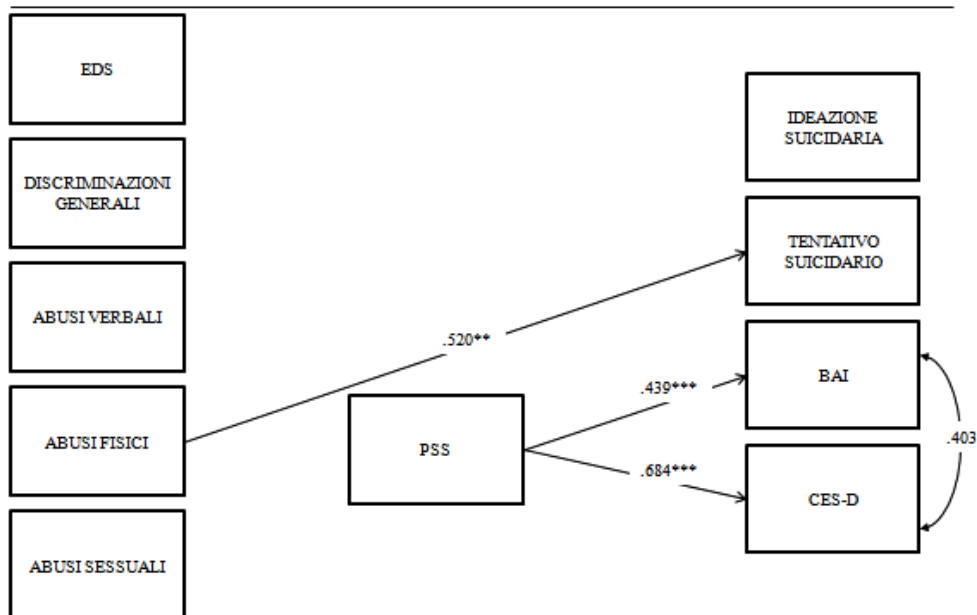
Gli indici di bontà dell'adattamento del modello finale sono risultati buoni, $\chi^2 = 235.925$ (gl = 105; sig. < 0.0001), RMSEA = <.05, CFI = 1.00, TLI = 1.00, WRMR = 0.039.

GRAFICO 2. Multiple Group Path Analysis sui partecipanti con bassi livelli di transfobia interiorizzata



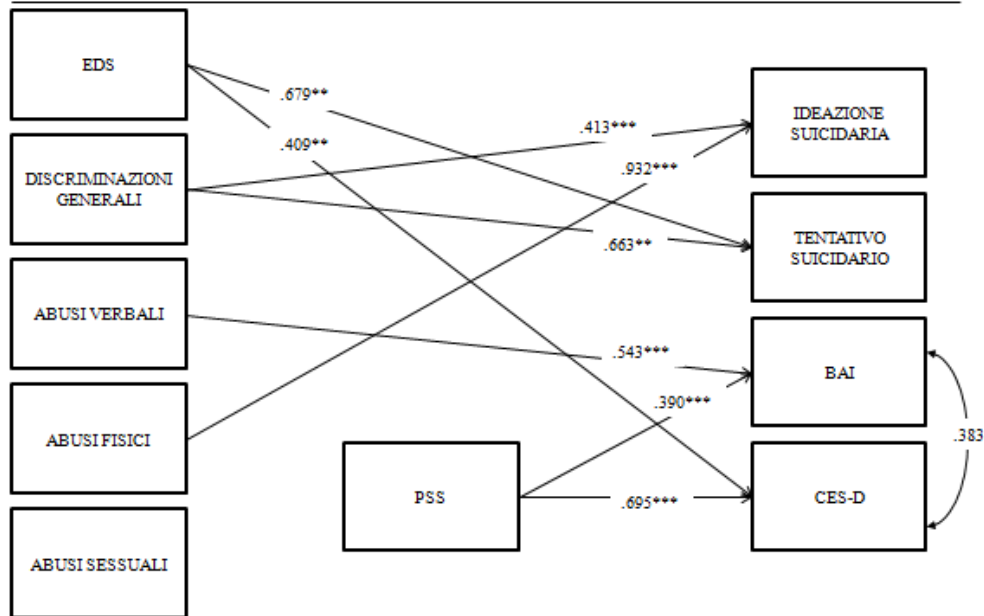
I valori riportati rappresentano i pesi standardizzati dei path coefficients, di cui sono riportati solo quelli significativi. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. EDS = Everyday Discrimination Scale; PSS = Perceived Stress Scale; BAI = Back Anxiety Inventory; CES-D = Center for Epidemiologic Studies Depression

GRAFICO 3. Multiple Group Path Analysis sui partecipanti con moderati livelli di transfobia interiorizzata



I valori riportati rappresentano i pesi standardizzati dei path coefficients, di cui sono riportati solo quelli significativi. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. EDS = Everyday Discrimination Scale; PSS = Perceived Stress Scale; BAI = Back Anxiety Inventory; CES-D = Center for Epidemiologic Studies Depression

GRAFICO 4. Multiple Group Path Analysis sui partecipanti con alti livelli di transfobia interiorizzata



I valori riportati rappresentano i pesi standardizzati dei path coefficients, di cui sono riportati solo quelli significativi. *p < .05; **p < .01; ***p < .001. EDS = Everyday Discrimination Scale; PSS = Perceived Stress Scale; BAI= Back Anxiety Inventory; CES-D = Center for Epidemiologic Studies Depression

4.9 Discussione

Le persone transgender vivono livelli sproporzionati di violenze e discriminazioni a causa della propria non conformità di genere (ad es., Gerini et al., 2009; Kenagy, 2005; Koken et al., 2009; Lombardi et al., 2001; Xavier, 2000). La maggior parte degli studi che si sono occupati di questo settore hanno approfondito il contesto americano (Kidd & Witten, 2007/08). In Italia, ad eccezione di uno studio di Gerini et al. (2009), non esistono ancora studi che consentano una comparazione con altri contesti. Mettendo a confronto persone transgender e non transgender, Gerini et al. (2009) riportano percentuali significativamente più elevate di maltrattamenti psicologici, molestie sessuali e violenze generali nel primo gruppo; in coloro in cui tali violenze sono maggiormente presenti, la probabilità di presentare sintomi di attacchi di panico, depressione e ideazione suicidaria aumenta. Lo studio citato

non ha considerato le dimensioni legate allo stigma interiorizzato, né i fattori di protezione dallo sviluppo di problematiche di salute mentale.

Il presente studio è stato, quindi, finalizzato ad esplorare le varie forme di stigma e violenza che le persone transgender italiane subiscono durante la propria vita ed i livelli di problematiche di salute mentale esperiti. Inoltre, lo studio ha avuto l'obiettivo di applicare quantitativamente il modello del *minority stress* (Meyer, 2003a; 2007; Hendricks & Testa, 2012; per una trattazione esaustiva del modello teorico del *minority stress* si rimanda al capitolo 3 del presente lavoro) ad un campione italiano di persone transgender e, contemporaneamente, di proporre un avanzamento dello stesso modello utilizzando lo stigma interiorizzato quale moderatore tra lo stigma vissuto e le problematiche di salute mentale.

Relativamente al primo obiettivo, i risultati ottenuti sembrano essere in linea con quelli prodotti dalla letteratura (Bockting et al., 2013; Kenagy, 2005; Lombardi et al., 2001; Shipherd et al., 2011; Xavier, 2000). I livelli e le tipologie di stigma vissuto sono elevati e diversificati. Le tipologie di stigma più frequenti sono risultate essere gli abusi verbali (86.6%), le problematiche nel trovare un lavoro (66.4%), gli abusi fisici (57%) e le problematiche di accesso ai servizi di salute generale (38.9%). A seguire, abusi sessuali (31.5%), problematiche nel fittare una casa (28.9%), licenziamento (24.2%), rapina (21.5%) e sfratto (15.4%). Relativamente alla media delle discriminazioni quotidiane, in accordo con quanto sostenuto da Bockting et al. (2013), essa è maggiore nelle persone MtF che non in quelle FtM. Questo dato, dunque, conferma che la non conformità di genere è maggiormente stigmatizzata tra gli uomini che non tra le donne (Wallien et al., 2010). Effettivamente, le persone FtM, a causa di questioni prettamente corporee, riescono a passare per uomini più facilmente di quanto le persone MtF riescano a passare per donne (Teich, 2012)³⁶. Questa evidenza dovrebbe poter proteggere maggiormente le persone FtM dallo stigma sociale, proprio perché più 'invisibili', ma non dallo stigma percepito. Come sostenuto da Bockting et al. (2013), infatti, la mag-

³⁶ Teich (2012, p. 112) riporta un detto americano che esplica bene quanto su riportato: "FTMs pass in the streets, MTFs pass in the sheets" che, in italiano, suona più o meno così, "Gli FtM passano in strada, gli MtF a letto".

giore visibilità pone in essere più opportunità per fronteggiare le valutazioni percepite come negative da parte della società. C'è dunque un risvolto positivo dell'essere visibili che, essendo in questo caso protettivo, crea la possibilità di esperire minori livelli di stigma percepito. Anche i dati relativi alle problematiche di salute mentale appaiono in linea con la letteratura internazionale (Bockting et al., 2013; Budge, Adelson, & Howard, 2013; Nuttbrock et al., 2010; Shipherd et al., 2011). Nel presente studio, infatti, il 47% delle persone transgender presenta problematiche di natura ansiosa e il 63.1% di natura depressiva. Bockting et al. (2013) hanno riscontrato percentuali elevate di ansia (33.2%) e di depressione (44.1%). Budge et al. (2013), riportano che il 51.4% delle persone transgender MtF ed il 48.3% di quelle FtM presenta problematiche depressive, di contro al 40.4% degli MtF e al 47.5% degli FtM che presenta problematiche di natura ansiosa. I risultati relativi alle problematiche psicologiche legate all'ansia sembrano più in linea con quelli ottenuti da Budge et al. (2013) che non con quelli riportati da Bockting et al. (2013). I risultati relativi alla depressione, invece, sembrano essere maggiormente in linea con quelli prodotti da Shipherd et al. (2011). Gli autori hanno, infatti, rilevato che tra le persone transgender che hanno subito almeno un evento traumatico nella propria vita (98%), il 64% presenta concomitanti problematiche di natura depressiva. I risultati ottenuti si avvicinano anche a quelli conseguiti da Nuttbrock et al. (2010), i quali hanno riscontrato che il 54.7% dei più giovani ed il 52.4% dei più adulti ha sofferto di un episodio depressivo. Rispetto, invece, alla sfera del suicidio, il 51.7% del campione del presente studio dichiara di aver pensato al suicidio, di contro al 19.5% che dichiara di averlo tentato. Le percentuali riscontrate in questo studio differiscono in parte da quelle riportate in letteratura ed utilizzate, generalmente, quali punti di riferimento. Clements-Nolle et al. (2006) e Kenagy (2005), infatti, riportano che, rispettivamente, il 32% ed il 30.1% del campione da loro reclutato ha tentato il suicidio. I risultati ottenuti sembrano avvicinarsi maggiormente allo studio di Nuttbrock et al. (2010), i quali hanno riscontrato che il 53.5% del campione ha ideato il suicidio, il 35% lo ha pianificato e il 27.9% lo ha tentato. Nei risultati da noi ottenuti, sembra che il tentativo suicidario sia meno elevato di quello generalmente riscontrato.

Relativamente al secondo obiettivo, i risultati ottenuti confermano l'applicazione del modello del *minority stress* al campione italiano di persone transgender reclutato. Come è noto, tale modello si occupa di studiare gli effetti dei fattori di rischio e di protezione sulla salute mentale delle minoranze sessuali e di genere, postulando l'azione di uno stress *unico, cronico e socialmente basato* (Meyer, 2007), derivante in primis dall'esterno ed agente, poi, a livelli soggettivi. L'azione degli episodi di violenza oggettiva, dello stigma percepito e dello stigma interiorizzato potrebbero portare a sviluppare delle problematiche di salute mentale, quali ansia, depressione, ideazione o tentativi suicidari, e così via (ad es., Clements-Nolle et al., 2006; Lombardi; 2009; Nuttbrock et al., 2010; Shipherd et al., 2011). I processi di stress possono essere moderati da specifici fattori protettivi, quali il supporto della famiglia e dei pari o, ad un livello maggiormente soggettivo ed intrapsichico, dalla resilienza (Bockting et al., 2013; Hendricks & Testa, 2012; Meyer, 2003, 2007). Come precedentemente accennato, l'unico studio che ha applicato quantitativamente il modello del *minority stress* alle persone transgender è quello di Bockting et al. (2013), i quali hanno dimostrato che lo stigma sociale è associato positivamente al disagio psicologico e che il supporto dei pari modera tale relazione. Il presente studio è stato in grado di confermare quanto sostenuto da Bockting et al. (2013) anche in un campione costituito da persone transgender italiane. In questo caso, la salute mentale è stata valutata considerando le variabili dell'ansia, della depressione, dell'ideazione suicidaria e del tentativo suicidario. Per ogni variabile dipendente, sono stati effettuati 4 modelli di regressione – nello specifico, 2 di regressione multipla e 2 di regressione logistica –, considerando separatamente le dimensioni di salute mentale, poiché molto diverse tra di loro. Fatta eccezione della variabile del tentativo suicidario, per la quale nessuna dimensione legata allo stigma vissuto è risultata essere un suo predittore significativo, l'ansia, la depressione e l'ideazione suicidaria sono risultati significativamente predetti dai processi del *minority stress* (cfr. Tabella 17 per una rappresentazione grafica dei risultati). Entrando più nello specifico, l'ansia è risultata predetta dalle discriminazioni quotidiane (stigma vissuto), dalla vergogna e dall'alienazione (transfobia interiorizzata) e da bassi livelli di resilienza e di sup-

porto percepito da parte della famiglia (fattori protettivi); la depressione, similmente, è stata predetta dalle discriminazioni quotidiane, (stigma vissuto), dallo stigma percepito, dalla vergogna e dall'alienazione (transfobia interiorizzata) e da bassi livelli di resilienza e di supporto percepito da parte della famiglia (fattori protettivi); l'ideazione suicidaria è stata, invece, predetta dalle discriminazioni quotidiane (stigma vissuto), dalla vergogna e da bassi livelli di orgoglio (transfobia interiorizzata) e di resilienza (fattore protettivo); infine, il tentativo suicidario è stato predetto dalla vergogna, dal passing, da bassi livelli di orgoglio identitario (transfobia interiorizzata), e da bassi livelli sia di resilienza che di supporto percepito da parte della famiglia. I moderatori principali di questi modelli sono risultati essere il sostegno percepito da parte della famiglia per le problematiche legate all'ansia e per il tentativo suicidario, il sostegno percepito da parte degli amici per le problematiche legate alla depressione e la resilienza per l'ideazione suicidaria.

TABELLA 17. Schema riassuntivo dei processi del minority stress quali predittori delle problematiche di salute mentale nelle persone transgender italiane

		Negative mental health outcomes			
		Ansia	Depressione	Ideazione suicidaria	Tentativo suicidario
Stigma vissuto	Discriminazioni generali				
	Discriminazioni quotidiane	✓	✓	✓	
Stigma percepito			✓		
Transfobia interiorizzata	Pride			✓	✓
	Shame	✓	✓	✓	✓
	Passing				
	Alienation	✓	✓		
Moderatori	Resilienza	✓	✓	✓	✓
	Supporto famiglia	✓	✓		✓
	Supporto amici		✓		
	Supporto altri significativi				

Un dato molto interessante è quello relativo alla maggiore predittività delle discriminazioni quotidiane, piuttosto che di quelle generali, entrambe rappresentanti dei fattori di stress più distali all'interno del modello del *minority stress* (Meyer, 2003a; 2007). Le discriminazioni quotidiane – note in letteratura come *everyday discriminations* – differentemente da quelle generali – definite come *major life events* – sono onnipresenti e le persone le percepiscono come inevitabili (Meyer, 2003b). Meyer (2003b), inoltre, sostiene che molti ricercatori sottostimano

l'importanza delle discriminazioni quotidiane poiché esse hanno più a che fare con le percezioni soggettive che non con la realtà oggettiva dell'evento vissuto, mettendo così in discussione l'utilizzo di tali misure quali variabili indipendenti del minority stress. Nonostante ciò, sostiene Meyer, tali discriminazioni hanno un effetto pervasivo su molti domini della vita e sottovalutare la loro importanza potrebbe porre in essere il rischio di perdere dei dati importanti relativi al pregiudizio e alla discriminazione delle minoranze sessuali e di genere, sottovalutando il peso dello stress derivante dai pregiudizi.

A tal proposito, Pascoe e Smart Richman (2009), in uno studio meta-analitico sulla discriminazione percepita, hanno rilevato che quest'ultima ha un effetto negativo e significativo sia sulla salute mentale che fisica, incrementando la produzione di risposte più legate a comportamenti malsani che non correlati a comportamenti salutari. Allo stesso modo, Nadal, Rivera e Corpus (2010), riportano molteplici forme di aggressioni e molestie quotidiane che le persone LGBT esperiscono durante la propria vita, connettendo queste con problematiche di salute mentale e fisica. Ciò significa che le discriminazioni quotidiane possono a volte assumere una valenza ancora più forte dei *major life events*, e predire maggiormente gli esiti avversi della salute mentale di quanto non facciano, ad esempio, gli abusi subiti in passato.

I risultati dai modelli di regressione sostengono anche il ruolo della transfobia interiorizzata quale predittore delle problematiche di salute mentale. La transfobia interiorizzata – lo stressor più prossimale del modello del *minority stress* – allo stato attuale rimane ancora un fattore piuttosto inesplorato nella letteratura scientifica internazionale, nonostante sia intuibile il suo effetto sulla salute mentale (Hendricks & Testa, 2012). Nel presente studio, la transfobia interiorizzata è stata capace di predire significativamente le *negative mental health outcomes*. Come precedentemente riportato³⁷, la transfobia interiorizzata è stata definita da Bockting et al. (2005) come l'interrelazione di bassi livelli di orgoglio identitario e di alti livelli di vergogna, alienazione e passing. Dai modelli di regressione, emerge

³⁷ Per una trattazione completa del costrutto della transfobia interiorizzata, cfr. il paragrafo 3 del capitolo 2 del presente lavoro e l'Introduzione alla parte di ricerca.

che la vergogna e l'alienazione sono predittori significativi delle problematiche legate all'ansia e alla depressione e che vergogna e bassi livelli di orgoglio identitario predicono sia l'ideazione suicidaria che il tentativo suicidario. Sebbene, dunque, siano eterogenee dimensioni della transfobia interiorizzata a predire differenti *negative mental health outcomes*, si può senza dubbio sostenere che la transfobia interiorizzata sia un loro predittore significativo. Dai risultati ottenuti, un dato interessante è che il passing non è stato in grado di predire gli esiti avversi della salute mentale. Questo dato è concordante con i risultati ottenuti da Bockting et al. (2013). Gli autori hanno, infatti, riscontrato un'associazione tra il passing e lo stigma sia percepito che vissuto, sottolineando – in accordo con il modello del *minority stress* – che il passing è un prodotto diretto dei processi di stress più distali e che, contemporaneamente, esso aiuta a fronteggiare la discriminazione e lo stigma. Il passing, però, non sembra predire le problematiche di salute mentale. Una possibile spiegazione di questo dato è che passare per il genere di identificazione e attuare delle strategie finalizzate a non essere percepiti come transgender ha più a che fare con aspetti socio-relazionali che non intrapsichici e prettamente soggettivi, quali in fondo sono quelli legati alla salute mentale. O, ancora, questo dato sta ad indicare, probabilmente, che il passing rappresenta un'utile strategia di coping messa in atto per proteggersi proprio dagli esiti avversi dello stigma. L'Italia – così come anche gli Stati Uniti – è senza dubbio un contesto socio-culturale (occidentalizzato) intriso di genderismo e di violenza simbolica. Basti pensare alla legge 164/1982 “Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso” che regola gli interventi di Riassegnazione Chirurgica del Sesso, vietando a coloro che non hanno intenzione di sottoporsi ad essi di modificare il proprio nome all'anagrafe. Questo “semplice” dato mostra in tutta la sua essenza il ruolo del genderismo e dell'impossibilità di pensare a generi altri, diversi da quello maschile e femminile. In una società basata su questi assunti, probabilmente, attuare strategie di passing consente di non farsi avviluppare in ideologie errate e pregiudiziali.

Differentemente dal passing, tutte le altre dimensioni che compongono la transfobia interiorizzata sono risultate essere dei predittori significativi delle proble-

matiche di salute mentale. L'indicatore maggiormente predittivo sembra essere la vergogna provata nei confronti del proprio status identitario, essendo essa risultata un predittore significativo in tutte le dimensioni legate alla salute mentale. La vergogna è quell'affetto definito come la sensazione di fallimento nel soddisfare un ideale (Morrison, 1989), che può creare delle difficoltà nello sviluppo identitario (Kaufman, 1996). Brown e Trevethan (2010), a tal proposito, in un campione costituito da uomini gay, hanno riscontrato un'associazione molto forte tra vergogna ed omofobia interiorizzata, così come tra vergogna e stili di attaccamento ansiosi ed evitanti. Gli autori legano gli elevati livelli di vergogna al coming out effettuato con i familiari e gli amici: chi non aveva effettuato il coming out presentava livelli di vergogna più bassi. Probabilmente, dunque, l'esposizione e l'auto-affermazione potrebbero incidere negativamente – sebbene siano anche fattori protettivi – sulla vergogna, generando degli affetti legati alla sensazione di essere visibili. Le persone transgender, soprattutto quelle MtF, sono molto visibili in società, il loro corpo è spesso sotto gli occhi di tutti. Questo continuo essere visti e percepiti, probabilmente, potrebbe generare sentimenti legati all'essere un errore di natura, all'essere sbagliati, non meritevoli. La vergogna esperita risulta, dunque, un chiaro segnale dell'interiorizzazione del binarismo di genere, in altre parole, della transfobia interiorizzata.

I risultati ottenuti dimostrano anche che bassi livelli di orgoglio identitario predicono problematiche di salute mentale, soprattutto relative alla sfera del suicidio. Tale risultato è in linea con una visione dell'orgoglio quale fattore fondamentale nelle identità LGBT, capace di moderare gli effetti negativi dello stigma (Devor, 2004; Kessler, Price & Wortman, 1985; Meyer, 1995). Dai risultati emerge, inoltre, che anche l'alienazione sociale è un importante predittore degli esiti avversi della salute mentale. I dati ottenuti sembrano confermare quanto sostenuto da Bockting et al. (2006), i quali riportano che, spesso, le persone transgender hanno difficoltà con gli spazi pubblici e con gli sguardi inquisitori e che queste evidenze porterebbero a sviluppare problematiche d'ansia. Le analisi condotte, infatti, sostengono il ruolo del supporto sociale, in particolare da parte della famiglia, quale moderatore della relazione tra lo stigma e la salute mentale. Il supporto

sociale e la connessione alla comunità sono entrambi fattori in grado di facilitare la gestione dello stress derivante dall'appartenenza ad una minoranza sessuale o di genere (Frost & Meyer, 2012; Kosciw, Diaz, & Greytak, 2008; Pinto, Melendez, & Spector, 2008), incrementando modalità più funzionali di fronteggiamento del disagio. Allo stesso modo, e su un versante più soggettivo ed intrapsichico, la resilienza gioca un ruolo chiave nel moderare gli effetti disastrosi dello stigma sulla salute, riducendo la possibilità di sviluppare esiti di salute mentale avversi e diminuendo l'azione della transfobia interiorizzata (Singh et al., 2011).

In sostanza, il *minority stress* si è rivelato un utile modello di comprensione delle problematiche di salute mentale delle persone transgender italiane, dimostrando che le problematiche psicopatologiche non sono una mera manifestazione della disforia di genere, quanto piuttosto effetti e prodotti di un complesso intreccio tra lo stigma vissuto, la transfobia interiorizzata e la carenza di fattori protettivi.

In ultima analisi, anche il terzo obiettivo è stato raggiunto, confermando l'ipotesi che la transfobia interiorizzata è un moderatore tra lo stigma vissuto e le *negative mental health outcomes*. In ambito psicologico, le analisi di moderazione e mediazione stanno diventando sempre più frequenti poiché consentono di individuare il ruolo di terze variabili, sganciandosi da modelli monocausali ed avvicinando a modelli multifattoriali (Pietrantonio & Prati, 2008), in modo da cogliere la maggiore complessità della realtà. Un moderatore è una variabile in grado di alterare la forza o la direzione della relazione tra una variabile indipendente ed una dipendente, specificando in quali condizione uno specifico effetto si produce (Baron & Kenny, 2006). Differentemente, un mediatore non specifica le condizioni dell'effetto (cioè il *quando*), quanto piuttosto il meccanismo (ovvero il *come* o il *perché*) di un determinato effetto (Frazier, Tix, & Barron, 2004). Nel presente lavoro, è emerso che livelli elevati di transfobia interiorizzata amplificano gli effetti dello stigma vissuto sulle *negative mental health outcomes*, confermando il ruolo della transfobia interiorizzata quale moderatore tra le due variabili prima esplicitate. Tramite un'*Analisi delle Componenti Latenti*, infatti, il campione è risultato es-

sere suddiviso in 3 cluster aventi a che fare con i diversi livelli di transfobia interiorizzata esperita: bassi, moderati ed elevati. I cluster sono stati poi utilizzati come variabili moderatrici tra lo stigma vissuto e la salute mentale e, tramite una *Multiple Group Path Analysis*, è emerso che solo il cluster costituito da soggetti con alti livelli di transfobia interiorizzata moderava la relazione tra la variabile indipendente (stigma vissuto) e quella dipendente (salute mentale). Negli altri due cluster, invece, è più lo stress percepito a moderare tale relazione che non la transfobia interiorizzata. Diversi autori si sono concentrati sul ruolo dei fattori protettivi e/o di rischio quali mediatori o moderatori tra lo stigma interiorizzato e la salute mentale. Ad esempio, considerando la *mediazione*, Szymanski e Kashubeck-West (2008), in un campione costituito da donne lesbiche, hanno riscontrato che l'autostima e il supporto sociale mediano la relazione tra l'omofobia interiorizzata e il disagio psicologico. Gold, Marx e Lexington (2007), invece, in un campione di uomini gay, hanno dimostrato che l'evitamento esperienziale media parzialmente la relazione tra l'omofobia interiorizzata e i sintomi depressivi e post-traumatici da stress. Dati simili sono stati confermati anche in un campione costituito da donne lesbiche vittime di abusi sessuali (Gold, Dickstein, Marx, & Lexington, 2009). Sulla stessa scia, anche Szymanski e Owens (2008) hanno confermato che, in donne appartenenti a minoranze sessuali, il coping evitante media parzialmente la relazione tra l'eterosessismo interiorizzato ed il disagio psicologico. Considerando il ruolo dei fattori di rischio quali mediatori tra lo stigma e la salute mentale, interessante è un modello di Hatzenbuehler (2009), che esplicita tale ruolo quale funzione del modello del *minority stress*. Il suo modello teorico, infatti, si basa sui seguenti postulati, il terzo dei quali è quello che ci interessa ai fini del discorso: 1) le minoranze sessuali si confrontano con l'esposizione ad uno stress crescente derivante dallo stigma sociale; 2) questo stress collegato allo stigma accresce la disregolazione emotiva, le problematiche sociali ed interpersonali, e quei processi cognitivi che facilitano lo sviluppo di psicopatologia; 3) questi processi, a loro volta, mediano la relazione tra lo stress collegato allo stigma e la psicopatologia. Considerando ora la *moderazione*, Szymanski (2009), in un campione di uomini gay e bisessuali, ha riscontrato che l'autostima modera significativamente

la relazione tra lo stigma e la salute mentale. Sempre Szymanski e Owens (2009), in un campione di donne lesbiche, hanno rilevato che le strategie di coping grup- pale – in particolare, prender parte a realtà legate all’attivismo politico – modera- no la relazione tra lo stigma sia vissuto che interiorizzato ed il disagio psicologico. Ancora, Fingerhut, Peplau e Gable (2010), in un campione costituito da donne le- sbiche e uomini gay, hanno riscontrato che una forte appartenenza identitaria alla propria minoranza sessuale è in grado di moderare gli effetti negativi dello stigma percepito.

Studi che hanno considerato, però, lo stigma interiorizzato quale possibile va- riabile moderatrice tra lo stigma vissuto e la salute mentale, per quanto ci risulta, sono allo stato attuale ancora inesistenti, in particolare se riferiti alle persone tran- sgender. Al contrario, altri studi (Blais, Gervais, & Hébert, 2014; Gold, Feinstein, Skidmore, & Marx, 2011) hanno dimostrato che l’omofobia interiorizzata può as- sumere la valenza di variabile mediatrice della relazione tra le due dimensioni summenzionate. Nello specifico, Blais et al. (2014), in un campione costituito da 300 giovani appartenenti a diverse minoranze sessuali, hanno riscontrato che la relazione tra bullismo omofobico – un caso specifico di stigma vissuto – ed auto- stima è parzialmente mediata dall’omofobia interiorizzata. Gold et al. (2011), in- vece, in un campione costituito da adulti gay e lesbiche, hanno riscontrato che, so- lo per gli uomini gay, l’omofobia interiorizzata media la relazione tra gli abusi fi- sici subiti in infanzia ed i sintomi depressivi e post-traumatici da stress. Nel pre- sente studio è, invece, emerso che alti livelli di stigma interiorizzato vissuto dalle persone transgender accrescono gli effetti dello stigma e della discriminazione sulla salute mentale, risultando dunque un forte fattore di rischio. Un tale risultato potrebbe gettare luce sul ruolo e sul funzionamento della transfobia interiorizzata, area ancora troppo inesplorata in letteratura (Hendricks & Testa, 2012), nell’ambito della salute mentale delle persone transgender. Come è noto, infatti, la transfobia interiorizzata limita l’utilizzo di strategie di coping idonee ad affrontare lo stress, impattando con la resilienza e con l’accesso alle risorse basilari di sup- porto sociale (Bockting et al., 2006; Hendricks & Testa, 2012; Kaplan, 2011;

Singh et al., 2011). E ciò risulta ancora più vero per quelle persone che vivono quote elevate di transfobia interiorizzata.

4.10 Implicazioni cliniche

Come già sostenuto da Hendricks e Testa (2012), è necessario – o, quanto meno, clinicamente funzionale – che i professionisti della salute mentale, all'interno di un percorso di consultazione e/o di psicoterapia, valutino in profondità le diverse sfaccettature del *minority stress*: precedenti violenze subite, percezione dello stigma, transfobia interiorizzata e resilienza. Come, infatti, i risultati del presente studio hanno dimostrato – similmente ad altri lavori precedenti (Bockting et al., 2013; Lombardi, 2009; Nuttbrock et al., 2010; Shipherd et al., 2011) – che le problematiche di salute mentale delle persone transgender sono strettamente interrelate ai *minority stressor*, e non sono mera espressione della disforia di genere esperita.

In questa sede, ci preme sottolineare l'importanza clinica da assegnare in particolare a due dimensioni associate al *minority stress*: la transfobia interiorizzata e la resilienza. Uno tra gli obiettivi principali di un intervento clinico dovrebbe essere, infatti, quello di alleviare le sofferenze psicologiche derivanti dall'immagine negativa di sé che, spesso, e a causa dello stigma sociale ed interiorizzato, le persone transgender hanno costruito. Il ruolo devastante della transfobia interiorizzata spinge a sviluppare un'immagine di sé che, spesso, si appiattisce su quella visione sociale maggioritaria che tende a percepire i transgenderismi come trasgressioni, errori di natura, malattie mentali, e così via. Sembra, dunque, di importanza fondamentale aiutare l'utente a rimaneggiare le emozioni negative che si associano a questi vissuti e a sviluppare una visione di sé più libera dallo stigma e meno incastrata in una dialettica sociale. Come è stato dimostrato, infatti, elevati livelli di transfobia interiorizzata incrementano la possibilità che una persona transgender sviluppi problematiche di salute mentale, fino a giungere a poter ideare e/o tentare il suicidio. Un lavoro clinicamente attento a questa dimensione, dunque, potrebbe rappresentare un massiccio supporto capace di evitare e/o alleviare gli

effetti dello stigma interiorizzato sulla salute mentale. Contemporaneamente, e data la complessità di lavorare clinicamente su dimensioni così profondamente incistate, il clinico dovrebbe rivolgere la sua attenzione anche agli aspetti collegati alla resilienza e al supporto sociale. A tal proposito, Meyer (2007) ha sottolineato l'efficacia della dimensione gruppale e comunitaria nel tamponare gli effetti che gli stressor hanno sulla salute mentale delle persone LGB. Questo risulta senza dubbio valido anche per le persone transgender, soprattutto alla luce del ruolo dell'alienazione sociale nel predire le problematiche di salute mentale. A tal proposito, vari autori (Singh et al., 2011; Singh, Meng, & Hansen, 2014; Testa, Jimenez, & Rankin, 2014) hanno riportato che la connessione a *peer group* costituiti da altre persone transgender può avere un ruolo fondamentale nello stabilirsi di un'identità più positiva e nel migliorare le strategie di resilienza.

4.11 Limiti

Lo studio non è esente da limitazioni che possono inficiarne la generalizzabilità all'intera popolazione transgender italiana. In primo luogo, il limite principale è da imputare alle procedure di reclutamento. Si tratta, infatti, di uno studio *cross-sectional* che ha utilizzato un campione di convenienza di persone transgender italiane. Ricerche future dovrebbero utilizzare disegni longitudinali finalizzati a valutare la relazione tra lo stigma e la salute mentale nel tempo e, in particolare, lo sviluppo temporale di fattori protettivi per fronteggiare lo stigma. Inoltre, l'ampiezza del presente campione non ha consentito di effettuare delle differenze tra le persone MtF ed FtM, limite che potrà essere superato solo con una maggiore ampiezza del campione stesso.

Il limite principale del presente studio è, però, comune agli studi che si occupano dell'ambito della salute LGBT. Questi, infatti, vengono spesso condotti con procedure di campionamento non probabilistico, le cui cause sono da rintracciare soprattutto nella limitata entità della popolazione LGBT e nella sensibilità intrinseca alle domande sulle questioni sessuali e di genere (IOM, 2011). Nonostante ciò, Rosser, Oakes, Bockting e Miner (2007) hanno sottolineato l'importanza di

utilizzare le survey online per raggiungere, all'interno di specifici contesti culturali, campioni non clinici di persone transgender o campioni di persone marginalizzate o geograficamente lontane. Essi, infatti, problematizzano l'utilizzo di campioni clinici o reclutati localmente, poiché potrebbero sovra-rappresentare specifiche e particolari sottopopolazioni (come ad es., sex worker, drag queen, ecc.) che, in quel caso, sarebbero più visibili ed accessibili ai ricercatori. In ogni caso, le survey online presentano dei limiti intrinseci. Ad esempio, la non inclusione nel campione di tutte le persone che non utilizzano internet, l'impossibilità di essere davvero sicuri che la persona sia davvero ciò che dice di essere, o la possibilità di rispondere più di una volta alla survey (IOM, 2011; Reips, 2000; Riggle, Rostovsky, & Reedy, 2005). Relativamente all'ultimo punto, nel presente studio è stata utilizzata una funzione di *Qualtrics* che prevedeva la registrazione dell'indirizzo IP e l'automatica cancellazione dopo l'inserimento dei dati. Questa procedura ha consentito sia di non intaccare la privacy dei rispondenti che di evitare la compilazione della survey più di una volta.

Un altro limite intrinseco al presente studio è l'utilizzo di strumenti self-report. È, infatti, possibile che le modalità con cui gli individui percepiscono sé stessi siano differenti da come sono in realtà, presentandosi in modo eccessivamente positivo. Per ovviare a questa problematica, futuri studi potrebbero inserire in batteria uno strumento sulla desiderabilità sociale (Risko, Quilty, & Oakman, 2006).

CONCLUSIONI

Il presente lavoro di ricerca, partendo da un'analisi approfondita della letteratura relativa alla violenza e alla salute mentale delle persone transgender, è stato finalizzato ad applicare ad un campione italiano di persone transgender il modello teorico del *minority stress*. Questo vertice di lettura è stato scelto per una serie di motivi. Innanzitutto, come sostenuto dallo IOM (2011), il modello del *minority stress* rappresenta una tra le prospettive teoriche di ricerca in grado di apportare una conoscenza approfondita delle problematiche di salute mentale vissute dalle minoranze sessuali e di genere. In secondo luogo, sebbene questa prospettiva abbia ormai una storia applicativa ventennale, è da pochissimi anni che ha cominciato ad abbracciare le differenti identità transgender (cfr. i lavori di Bockting et al. 2013 e di Hendricks & Testa, 2012). In terzo luogo, a quanto ci risulta, in Italia non esistono ancora studi focalizzati sulla complessa relazione tra lo stigma e la salute mentale delle persone transgender, così come sull'utilizzo di specifici fattori protettivi.

I risultati ottenuti sostengono la validità teorica e clinica dell'utilizzo della prospettiva del *minority stress* per meglio comprendere gli effetti diretti ed indiretti della violenza sulla salute mentale delle minoranze sessuali e di genere. Uno sguardo particolare è stato indirizzato al ruolo della transfobia interiorizzata, lo stressor più soggettivo ed insidioso la cui presenza, come riportato nella sezione relativa ai risultati di ricerca, aumenta di gran lunga la possibilità di sviluppare problematiche di salute mentale. Questo dato, oltre a poter aprire nuovi spiragli di ricerca, potrebbe gettare una nuova luce sulla necessità di rendere le identità transgender riconosciute a livello sociale e politico. Come è noto, infatti, l'attuale legge 164/1982 "Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso" (cfr. la nota nell'Introduzione generale del presente lavoro) non consente un pieno riconoscimento giuridico di tutte quelle identità che si discostano dal binarismo maschile/femminile. Il cambio del nome all'anagrafe, ad esempio, è consentito solo nel momento in cui la persona che lo richiede è intervenuta chirurgicamente ed in

maniera irreversibile sui propri genitali³⁸. Questo punto ci sembra di un'importanza fondamentale per attivare una riflessione sull'(auto)riconoscimento delle identità transgender. Sembra, infatti, di poter ravvisare dietro a questa legge una particolare forma di stigma che agisce silenziosamente, perché poco visibile se si considera come metro di paragone la violenza agita. Si tratta del cosiddetto *stigma strutturale* (Corrigan et al., 2005) che Hatzenbuehler e Link (2014) definiscono come tutte quelle “condizioni sociali, norme culturali e politiche istituzionali che limitano le opportunità, le risorse ed il benessere delle persone stigmatizzate” (p. 2). Lo stigma strutturale agisce al di là dell'individuo e trova il proprio terreno fertile all'interno delle istituzioni sociali. Pensiamo, ad esempio, a tutte quelle persone transgender che hanno effettuato degli interventi di femminilizzazione o mascolinizzazione del proprio corpo senza essersi sottoposti ad interventi di Riassegnazione Chirurgica del Sesso. I loro documenti di identità riporteranno il sesso biologico, non il genere percepito! Questa semplice situazione che, pure, è estremamente comune, potrebbe generare senza troppe difficoltà stigmatizzazioni sociali e forme di discriminazione, ad esempio durante un colloquio di lavoro. Al di là, però, delle possibilità e degli effetti giuridici di questa legge – questione che esula dal presente lavoro – ciò che ci interessa sottolineare da un punto di vista puramente psicologico è la potenziale conseguenza sul piano identitario di un mancato riconoscimento così chiaro e visibile. Per giungere ad una migliore comprensione di questo esito, è probabilmente utile riferirsi a dei lavori recenti che hanno analizzato i pericolosi effetti dell'esistenza dello stigma strutturale. Hatzenbuehler, Keyes e Hasin (2009) hanno scoperto che in tutti quegli Stati dove specifiche legislazioni sui crimini d'odio omofobici e transfobici sono assenti, gli adulti LGBT riportano una prevalenza significativamente maggiore di disturbi psichiatrici rispetto agli adulti che vivono, al contrario, in nazioni in cui tali crimini sono regolamentati. In una ricerca successiva (Duncan & Hatzenbuehler, 2014), è stato, inoltre, dimostrato che tali risultati sono veri anche per i giovani

³⁸ A onor del vero, è importante riportare l'esistenza di alcune sentenze (ad es., la 412 del 2013) che hanno consentito l'ottenimento del cambio del nome in assenza di interventi di Riassegnazione Chirurgica del Sesso. In ogni caso, sembra che queste sentenze rappresentino piuttosto delle eccezioni alla norma, rarità che dipendono dal buon senso del Giudice specifico.

LGBT che vivono in quartieri americani con elevati tassi di crimini d'odio omofobici e transfobici: questi giovani riportano, infatti, livelli significativamente più elevati di ideazione o tentativi suicidari rispetto ai coetanei LGBT che vivono in zone in cui questi crimini avvengono con frequenza minore. Sembra, dunque, che l'assenza di riconoscimento giuridico di specifiche identità di genere o orientamenti sessuali porti ad un aggravio di problematiche di salute mentale, fino ad arrivare all'aumento del rischio di mortalità (Hatzenbuehler et al., 2014). Non ci sembra errato trasporre gli esiti dello stigma strutturale summenzionati sulle persone transgender che vivono in Italia e pensare di ritrovarci di fronte ad un caso di rigetto istituzionalizzato di identità che non combaciano con il binarismo di genere. Tutto ciò, unito alla violenza quotidiana e agli abusi passati non può non avere degli effetti estremamente negativi sul benessere psicosociale di queste persone. Ma ancor di più, è davvero difficile pensare che questa violenza onnipresente non sia rimaneggiata psichicamente fino ad essere interiorizzata e fatta agire dall'interno.

A causa dei limiti della presente ricerca, non è possibile generalizzare all'intera popolazione transgender italiana i risultati ottenuti. Ciò nonostante, essi forniscono delle importanti indicazioni sia sul piano delle politiche sociali che sul piano della clinica. Ricerche future dovranno affrontare le questioni legate al *minority stress* vissuto dalle persone transgender italiane anche da un punto di vista qualitativo, tentando di approfondire le differenze significative che potrebbero derivare dall'appartenenza a generi diversi.

BIBLIOGRAFIA

- Agius, S., & Tobler, C. (2011). Trans and intersex people. Discrimination on the grounds of sex, gender identity and gender expression. European Community Programme for Employment and Social Solidarity – PROGRESS (2007-2013). Report consultabile sul sito web http://ec.europa.eu/justice/discrimination/files/trans_and_intersex_people_w eb3_en.
- Allison, R. (2010). Aligning Bodies with Minds: The Case for Medical and Surgical Treatment of Gender Dysphoria. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health, 14*, 139–144.
- Allport, G. (1954). *La natura del pregiudizio*. Firenze: La Nuova Italia, 1973.
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, First Edition (DSM-I)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Second Edition (DSM-II)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1980). *DSM III. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*. Milano: Masson, 1983.
- American Psychiatric Association (1987). *DSM III-R. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*. Milano: Masson, 1988.
- American Psychiatric Association (1994). *DSM IV. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*. Milano: Masson, 1996.
- American Psychiatric Association (2000). *DSM IV-TR. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*. Milano: Masson, 2001.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*. Milano: Raffaello Cortina, 2014.
- Ansara, Y. G., Friedman, E. J., Blumer, M. L. C., Fryer, D., Nic Giolla Easpaig, B., Richmond, K., & Samons, S. (2012). *Response to the proposed psychiat-*

ric diagnosis of 'gender dysphoria' and the Report of the American Psychiatric Association Task Force on the Treatment of 'Gender Identity Disorder'. Ansara Online, consultabile sul sito web http://ansaraonline.com/publications/apa_response_letter_2012.

Baiocco, R., D'Alessio, M., & Laghi, F. (2010). Binge drinking among gay, and lesbian youths: The role of internalized sexual stigma, self-disclosure, and individuals' sense of connectedness to the gay community. *Addictive Behaviors*, 35(10), 896–899.

Balzer, C., & Hutta, J. S. (2012). Transrespect versus transphobia Worldwide (tvt). A comparative review of the human-rights situation of Gender-variant/Trans people. Transgender Europe (TGEU). Report consultabile dal sito web http://www.transrespect-transphobia.org/uploads/downloads/Publications/TvT_research-report.pdf.

Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173–1182.

Baunibach, J., & Tumer, L. A. (1992). Female gender disorder: A new model and clinical applications. In W. O. Bockting, & E. Coleman (A cura di), *Gender dysphoria: Interdisciplinary approaches in clinical management* (pp. 107–129). Binghamton, NY: The Haworth Press.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893–897.

Beemyn, G., & Rankin, S. (2011). *The lives of transgender people*. New York, NY: Columbia University Press.

Behling, O., & Law, K. S. (2000) *Translating questionnaires and other research instruments: Problems and solutions*. Sage Publications, Inc., Thousand Oaks, CA, USA.

- Benjamin, H. (1966). *Il Fenomeno Transessuale*. Roma: Astrolabio-Ubaldini, 1968.
- Bentler, P. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, *107*(3), 38–246.
- Ben-zeev, D., Young, M. A., & Corrigan, P. W. (2010). DSM-V and the stigma of mental illness. *Journal of Mental Health*, *19*(4), 318–327.
- Birkett, M., Espelage, D. L., & Koenig, B. (2009). LGB and questioning students in schools: The moderating effects of homophobic bullying and school climate on negative outcomes. *Journal of Youth & Adolescence*, *38*(7), 989–1000.
- Blais, M., Gervais, J., & Hébert, M. (2014). Internalized homophobia as a partial mediator between homophobic bullying and self-esteem among youths of sexual minorities in Quebec (Canada). *Ciência & Saúde Coletiva*, *19*(3), 727–735.
- Bockting, W. O. (1999). From construction to context: Gender through the eyes of the transgendered. *SIECUS Report*, *28*(1), 211–224.
- Bockting, W. O. (2009). Transforming the paradigm of transgender health: A field in transition. *Sexual and Relationship Therapy*, *24*(2), 103–107.
- Bockting, W. O., & Coleman, E. (2007). Developmental stages of the transgender coming-out process: Towards an integrated identity. In A. E. Eyler, & S. Monstrey (A cura di), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 185–210). New York: Haworth Press.
- Bockting W. O., Knudson G., & Goldberg J. M. (2006). Counseling and Mental Health Care for Transgender Adults and Loved Ones. *International Journal of Transgenderism*, *9*(3-4), 35–82.
- Bockting, W. O., Miner, M., Robinson, B. E., Rosser, B. R. S., & Coleman, E. (2005). *Transgender Identity Survey*. Minneapolis, MN: University of Minnesota, Program in Human Sexuality.

- Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne Romine, R. E., Hamilton, A., & Coleman, E. (2013). 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. (1998). Transgender HIV prevention: A qualitative needs assessment. *AIDS Care, 10*(4), 505–525.
- Bockting, W. O., Robinson, B., Benner, A., & Scheltema, K. (2004). Patient Satisfaction with Transgender Health Services. *Journal of Sex & Marital Therapy, 30*(4), pp. 277–294.
- Bockting, W. O., Robinson, B. E., Forberg, J., & Scheltema, K. (2005). Evaluation of a sexual health approach to reducing HIV/STD risk in the transgender community. *AIDS Care, 17*(3), 289–303.
- Bolin, A. E. (1988). *In search of Eve: Transsexual rites of passage*. South Hadley, MA: Bergin & Garvey Publishers, Inc.
- Bornstein, K. (1994). *Gender Outlaw: On Men, Women and the Rest of Us*. New York: Routledge.
- Bornstein, K., & Bergman, S. B. (2010). *Gender Outlaws: The Next Generation*. Berkeley, California: Seal Press.
- Borrillo, D. (2009). *Omofobia. Storia e critica di un pregiudizio*. Bari, Dedalo.
- Bostwick, W. B., Boyd, C. J., Hughes, T. L., & McCabe, S. E. (2010). Dimensions of sexual orientation and the prevalence of mood and anxiety disorders in the United States. *American Journal of Public Health, 100*(3), 468–475.
- Bowen, G. (1995). *Violence and health poll*. (Available from The American Boyz, P.O. Box 1118, Elkton, MD, 21922-1118).
- Brooks, K. D., Bowleg, L., & Quina, K. (2009). Minority sexual status among minorities. In Loue, S. (A cura di). *Sexualities and identities of minority women* (pp. 41–63). New York: Springer Science.

- Brown, J., & Treverthan, R. (2010). Shame, internalized homophobia, identity formation, attachment style, and the connection to relationship status in gay men. *American Journal of Men's Health*, 4(3), 267–276.
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1992). Alternative ways of assessing model fit. *Sociological Methods & Research*, 21, 230–258.
- Bryant, K. (2006). Making gender identity disorder of childhood: Historical lessons for contemporary debates. *Sexuality Research & Social Policy*, 3, 23–39.
- Bryant, K. (2008). In defense of gay children? 'Progay' homophobia and the production of homonormativity. *Sexualities*, 11, 455–475.
- 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.
- Burgard, S.A., Cochran, S.D. & Mays, V.M. (2005). Alcohol and tobacco use patterns among heterosexually and homosexually experienced California women. *Drug & Alcohol Dependence*, 77(1), 32–49.
- Butler, J. (1990). *Scambi di genere. Identità, sesso e desiderio*, Milano, Sansoni, 2004.
- Butler, J. (2004). *La disfatta del genere*. Roma: Meltemi, 2006.
- Byrne, B. (1998). *Structural equation modeling with LISREL, PRELIS and SIMPLIS: Basic concepts, applications, and programming*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Carmel, T., Hopwood, R., Dickey, L. M. (2014). Mental health concern. In L. Erickson-Schroth (A cura di), *Trans Bodies, Trans Selves. A Resource for the Transgender Community* (pp. 305–334). New York: Oxford University Press.
- Carroll, L., & Gilroy, L. (2002). Transgender issues in counselor preparation. *Counselor Education and Supervision*, 41, 233–244.

- Carroll, L., Gilroy, P. J., & Ryan, J. (2002). Counseling transgendered, transsexual, and gender-variant clients. *Journal of Counseling & Development, 80*, 131–138.
- Cauldwell D. O. (1949). *Psychopathia Transexualis*. *Sexology, 16*, 274–280 [trad. it. in R. Vitelli & P. Valerio (A cura di) (2012), *Sesso e genere. Uno sguardo tra storia e nuove prospettive*. Napoli: Liguori].
- Chilland, C. (1997). *Changer de Sexe*. Paris: Odile Jacob.
- Clark, K., & Clark, M. (1958). Racial identification and preference in Negro children. In E. Maccoby, T. Newcomb, & E. Hartley (A cura di), *Readings in social psychology, 3rd edition* (pp. 602–609). New York: Rinehart & Winston.
- Clements-Nolle, K., Marx, R., & Katz, M. (2006). Attempted suicide among transgender persons: The Influence of gender-based discrimination and victimization. *Journal of Homosexuality, 51*(3), 53–69.
- Clements-Nolle, K., Marx, R., Guzman, R., & Katz, M. (2001). HIV prevalence, risk behaviors, health care use, and mental health status of transgender persons: Implications for public health intervention. *American Journal of Public Health, 91*(6), 915–921.
- Cochran, S. D., & Mays, V. M. (2000). Lifetime prevalence of suicide symptoms and affective disorders among men reporting same-sex sexual partners: Results from NHANES III. *American Journal of Public Health, 90*, 573–578.
- Cochran, S. D., Sullivan, J. G., & Mays, V. M. (2003). Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(1), 53–61.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24*, 386–396.

- Cohler, B. J., & Hammack, P. L. (2007). The psychological world of the gay teenager: Social change, narratives and “normality”. *Journal of Youth and Adolescence*, 36(1), 47–59.
- Coleman, E., Rosser, B. R. S., & Strapko, N. (1992). Sexual and intimacy dysfunction among homosexual men and women. *Psychiatric Magazine*, 10(2), 257–271.
- Collier, K. L., van Beusekom, G., Bos, H. M. W., & Sandfort, T. G. M. (2013). Sexual orientation and gender identity/expression related peer victimization in adolescence: A systematic review of associated psychosocial and health outcomes. *Journal of Sex Research*, 50(3–4), 299–317.
- Conron, K. J. M., Cochran, S. D., Mays, V. M., Greenland, S., & Seeman, T. E. (2009). Age of minority sexual orientation development and risk of childhood maltreatment and suicide attempts in women. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(4), 511–521.
- Cope, A., & Dark, J. (1999). *Trans accessibility project. Violence intervention and education workgroup*. Ontario: Canada. Report consultabile da <http://www.queensu.ca/humanrights/tap>.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., Heyrman, M. L., Warpinski, A., Gracia, G., Slopen, N., & Hall, L. L. (2005). Structural stigma in State legislation. *Psychiatric Services*, 56(5), 557–563.
- Crenshaw, K. (1993). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. In D. K. Weisbert (A cura di), *Feminist Legal Theory: Foundations* (pp. 383–395). Philadelphia, Temple University Press.
- Czermak, M. (1986). Precisazioni sulla clinica del transessualismo. Tr. it. in P. Valerio, M. Bottone, R. Galiani, & R. Vitelli, R. (A cura di) (2001), *Il Transessualismo. Saggi Psicoanalitici* (pp. 220-233). Milano: FrancoAngeli.

- D'Augelli, A. R. (2002). Mental health problems among lesbian, gay, and bisexual youths ages 14 to 21. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(3), 433–456.
- D'Augelli, A. R., Pilkington, N. W., & Hershberger, S. L. (2002). Incidence and mental health impact of sexual orientation victimization of lesbian, gay, and bisexual youths in high school. *School Psychology Quarterly*, 17(2), 148–167.
- Dank, M., Lachman, P., Zweig, J. M., & Yahner, J. (2014). Dating violence experiences of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 43(5), pp. 846–857.
- De Cuypere, G., Knudson, G., & Bockting, W. O. (2010). Response of the World Professional Association for Transgender Health to the proposed DSM 5 criteria for gender incongruence. *International Journal of Transgenderism*, 12, 119–123.
- Devor, A. H. (2002). Who are “we”? Where sexual orientation meets gender identity. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 6(2), 5–21.
- Devor, A. H. (2004). Witnessing and mirroring: A fourteen stage model of transsexual identity formation. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, 8(1/2), 41–67.
- Diamond, L. M., Pardo, S. T., & Butterworth, M. R. (2011). Transgender experience and identity. In S. J. Schwartz, K. Luyckx, & V. L. Vignoles, *Handbook of Identity Theory and Research* (pp. 629–647). New York: Springer.
- Dohrenwend, B. P., Levav, I., Shrout, P. E., & Schwartz, S. (1992). Socioeconomic status and psychiatric disorders: The causation-selection issue. *Science*, 255(5047), 946–952.
- Drabble, L., Midanik, L. T., & Trocki, K. (2005). Reports of alcohol consumption and alcohol-related problems among homosexual, bisexual and heterosexual respondents: Results from the 2000 National Alcohol Survey. *Journal of Studies on Alcohol*, 66(1), 111–120.

- Drescher, J. (2010). Transsexualism, Gender Identity Disorder and the DSM. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health, 14*, 109–122.
- Duncan D. T., & Hatzenbuehler M. L. (2014). LGBT hate crimes and suicidality among sexual minority youths in Boston. *American Journal of Public Health, 104*, 272–278.
- Durkheim, E. (1951). *Il suicidio. Studio di sociologia*. Milano: Rizzoli, 1987.
- Ekins, R., & King, D. (2006). *The transgender phenomenon*. London: Sage.
- Ende, A. R., Lo Re III, V., DiNubile, M. J., & Mounzer, K. (2006). Erectile dysfunction in an urban HIV-positive population. *AIDS Patient Care & STDs, 20*(2), 75–78.
- Factor, R. J., & Rothblum, E. D. (2007). A study of transgender adults and their non-transgender siblings on demographic characteristics, social support, and experiences of violence. *Journal of LGBT Health Research, 3*(3), 11–30.
- Fausto-Sterling, A. (1993). The five sexes: Why male and female are not enough. *The Sciences, 33*(2), 20–24.
- Fava, G. A. (1981). *Versione italiana del CES-D per la valutazione degli stati depressivi*. Organizzazioni Speciali, Firenze.
- Fingerhut, W. A., Peplau, A. A., & Gable, S. L. (2010). Identity, minority stress and psychological well-being among gay men and lesbians. *Psychology and Sexuality, 1*(2), 101–114.
- Finney, S. J., & DiStefano, C. (2006). Non-normal and categorical data in structural equation modeling. In G. R., Hancock, & R. O., Mueller (A cura di), *Structural equativo modeling: A second course* (pp. 269–314). Greenwich, Connecticut: Information Age Publishing.
- Foucault, M. (1976), *La volontà di sapere. Storia della sessualità I*. Milano: Feltrinelli, 2001

- Frazier, P. A., Tix, A. P., & Barron, K. E. (2004). Testing moderator and mediator effects in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology, 51*, 115–134.
- Frost, D. M., & Meyer, I. H. (2009). Internalized homophobia and relationship quality among Lesbians, Gay Men, and Bisexuals. *Journal of Counseling Psychology, 56*(1), 97–109.
- Frost, D. M., & Meyer, I. H. (2012). Measuring community connectedness among diverse sexual minority populations. *Journal of Sex Research, 48*, 36–49.
- Gagne, P., & Tewksbury, R. (1998). Conformity pressures and gender resistance among transgender individuals. *Social Problems, 45*(1), 81–101.
- Garofalo, R., Deleon, J., Osmer, E., Doll, M., & Harper, G. W. (2006). Overlooked, misunderstood and at-risk: Exploring the lives and HIV risk of ethnic minority male-to-female transgender youth. *Journal of Adolescent Health, 38*(3), 230–236.
- Gerini, G., Giaretton, F., Trombetta, C., & Romito, P. (2009). Violenza, discriminazione e salute mentale in un campione di pazienti transessuali. *Rivista di Sessuologia, 33*(4), 236–245.
- Glanz, K., & Schwartz, M. D. (2008). Stress, coping, and health behavior. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (A cura di), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (pp. 211–236). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Goffman, E. (1963). *Stigma. L'identità negate*: Verona: Ombre Corte, 2003.
- Gold, S. D., Dickstein, B. D., Marx, B. P., & Lexington, J. M. (2009). Psychological outcomes among Lesbian sexual assault survivors: An examination of the roles of internalized homophobia and experiential avoidance. *Psychology of Women Quarterly, 33*(1), 54–66.
- Gold, S. D., Feinstein, B. A., Skidmore, W. C., & Marx, B. P. (2011). Childhood physical abuse, internalized homophobia, and experiential avoidance among

- lesbians and gay men. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3(1), 50–60.
- Gold, S. D., Marx, B. P., & Lexington, J. M. (2007). Gay male sexual assault survivors: The relations among internalized homophobia, experiential avoidance, and psychological symptom severity. *Behaviour Research and Therapy*, 45(3), 549–562.
- 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.
- Hamilton, C. D., & Mahalik, J. R. (2009). Minority stress, masculinity, and social norms predicting gay men’s health risk behaviors. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 132–141.
- Harvey, M. R. (2007). Towards an ecological understanding of resilience in trauma survivors: Implications for theory, research, and practice. In M. R. Harvey & P. Tummala-Narra (A cura di), *Sources and expression of resilience in trauma survivors: Ecological theory, multicultural perspectives* (pp. 9–35). Birmingham, NY: Haworth.
- Hatzenbuehler, M. L. (2009). How does sexual minority stigma “get under the skin”? A psychological mediation framework. *Psychological Bulletin*, 135(5), 707–730.
- Hatzenbuehler M. L., Bellatorre A., Lee Y., Finch B., Muennig P., & Fiscella K. (2014). Structural stigma and all-cause mortality in sexual minority populations. *Social Science & Medicine*, 103, 33–41.
- Hatzenbuehler M. L., Keyes K. M., & Hasin D. S. (2009). State-level policies and psychiatric morbidity in lesbian, gay, and bisexual populations. *American Journal of Public Health*, 99(12), 2275–2281.
- Hatzenbuehler, M. L., & Link, B. G. (2014). Structural Stigma and the Health of Lesbian, Gay, and Bisexual Populations. *Current Directions in Psychological Science*, 23(2), 127–132,

- Hatzenbuehler, M. L., McLaughlin, K. A., Keyes, K. M., & Hasin, D. S. (2010). The impact of institutional discrimination on psychiatric disorders in lesbian, gay, and bisexual populations: A prospective study. *American Journal of Public Health, 100*(3), 452–459.
- Hayduk, L. A. (1987). *Structural Equation Modeling with Lisrel: Essentials and Advances*. Baltimore, Maryland: The John Hopkins University Press.
- 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), pp. 460–467.
- Herek, G. M. (1984). Beyond “homophobia”: A social psychological perspective on attitudes toward lesbians and gay men. *Journal of Homosexuality, 10*(1-2), 1–21.
- Herek, G. M. (1990). The context of anti-gay violence: Notes on cultural and psychological heterosexism. *Journal of Interpersonal Violence, 5*, 316–333.
- Herek, G. M. (2000). The psychology of sexual prejudice. *Current Directions in Psychological Science, 9*, 19–22.
- Herek, G. M. (2004). Beyond ‘homophobia’: Thinking about sexual stigma and prejudice in the twenty-first century. *Sexuality Research and Social Policy, 1*(2), 6–24.
- Herek, G. M. (2006). Legal recognition of same-sex relationships in the United States – a social science perspective. *American Psychologist, 61*(6), 607–621.
- Herek, G. M. (2009). Sexual Stigma and Sexual Prejudice in the United States: A Conceptual Framework. In D. A. Hope (A cura di), *Contemporary Perspectives on Lesbian, Gay, and Bisexual Identities* (pp. 65–111). New York: Springer.

- Herek, G. M., & Berril, K. (1992). *Hate crimes: confronting violence against lesbians and gay men*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Herek, G. M., & Glunt, E. K. (1995). Identity and community among gay and bisexual men in the AIDS era: Preliminary findings from the Sacramento Men's Health Study. In G. M. Herek & B. Greene (A cura di), *AIDS, identity, and community: The HIV epidemic and lesbians and gay men* (pp. 55–84). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Herman, J. (1997). *Trauma and recovery: The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror*. New York: Basic.
- Hill, D. B. (2003). Genderism, Transphobia, and Gender Bashing: A Framework for Interpreting Anti-Transgender Violence. In B. C. Wallace, & R. T. Carter (A cura di), *Understanding and Dealing with Violence: A Multicultural Approach* (pp. 113–137). California: SAGE Publications.
- Hill, D. B. & Willoughby, B. L. B. (2005). The development and validation of the Genderism and Transphobia Scale. *Sex Roles*, 53(7/8), 531–544.
- Hill, D. B., Rozanski, C., Carfagnini, J., & Willoughby, B. L. B. (2007). Gender identity disorder in children and adolescents: A critical review. *International Journal of Sexual Health*, 19, 95–122.
- Hirschfeld, M. (1910). I Transvestitisti. La pulsione erotica a travestirsi. In R. Vitelli & P. Valerio (A cura di) (2012), *Sesso e genere. Uno sguardo tra storia e nuove prospettive*. Napoli: Liguori.
- Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. R. (2008). Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. *The Electronic Journal of Business Research Methods*, 6(1), 53–60.
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1–55.

- Hudson, W. W., & Ricketts, W. A. (1980). A strategy for the measurement of homophobia. *Journal of Homosexuality*, 5, 357–372.
- IOM (Institute of Medicine) (2011). *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understand*. Washington DC: The National Academies Press.
- Jorgensen, C. (1967). *Christine Jorgensen: A personal autobiography*. New York: Paul S. Ericksson, Inc.
- Jung, T., & Wickrama, K. A. S. (2008). An introduction to Latent Class Growth Analysis and Growth Mixture Modeling. *Social and Personality Psychology Compass*, 2/1, 302–317.
- Kaplan (2011). *Internalized Trans-Phobia*. Consultabile dal sito web <http://tgmentalhealth.com/2011/03/25/internalized-trans-phobia/>.
- Kaufman, G. (1996). *The psychology of shame: Theory and treatment of shame-based syndromes*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Kenagy, G. P. (2005). Transgender health: Findings from two needs assessment studies in Philadelphia. *Health & Social Work*, 30(1), 19–26.
- Kessler, R. C, Price, R. H, & Wortman, C. B. (1985). Social factors in psychopathology: stress, social support, and coping processes. *Annual Review of Psychology*, 36, 531–572.
- Kidd, J. D., & Witten, T. M. (2007/08). Transgender and transsexual identities: The next strange fruit-hate crimes, violence and genocide against the global trans-communities. *Journal of Hate Studies*, 6, 31–63.
- Kline, R. B. (1998). *Principles and practices of structural equation modeling*. New York, NY: Guilford Press.
- Koken, J. A., Bimbi, D. S., & Parsons, J. T. (2009). Experiences of familial acceptance–rejection among transwomen of color. *Journal of Family Psychology*, 23(6), 853–860.

- Kosciw, J. G., Diaz, E. M., & Greytak, E. A. (2008). *The 2007 national school climate survey: The experiences of lesbian, gay, bisexual and transgender youth in our nation's schools*. New York, NY: Gay, Lesbian and Straight Education Network.
- von Krafft-Ebing, R. (1931). *Psychopathia Sexualis*. Milano: Carlo Manfredi, 1966.
- Lacan, J. (1958). Una questione preliminare ad ogni possibile trattamento della psicosi. In *Scritti, Vol II*. (pp. 527-579). Milano: Fabbri Editore, 2010.
- Lallemand, F., Salhi, Y., Linard, F., Giami, A., & Rozenbaum, W. (2002). Sexual dysfunction in 156 ambulatory HIV-infected men receiving highly active antiretroviral therapy combinations with and without protease inhibitors. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes: JAIDS*, 30(2), 187–190.
- Lawrence, A. A. (2005). Sexuality before and after male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 34(2), 147–166.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lev, A. I. (2004). *Transgender emergence*. London, United Kingdom: Haworth Clinical Practice Press.
- Lewins, F. (1995). *Transsexualism in society: A sociology of male-to-female transsexuals*. South Melbourne, Australia: MacMillan.
- Lingiardi, V. (2007). *Citizen Gay. Famiglie, diritti negati e salute mentale*. Milano: Il Saggiatore.
- Lingiardi, V., Baiocco, R., & Nardelli, N. (2012). Measure of Internalized Sexual Stigma for Lesbians and Gay Men: A New Scale. *Journal of Homosexuality*, 59(8), 1191–1210.

- Link, B. G. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, 52, 96–112.
- Lombardi, E. (2009). Varieties of transgender/transsexual lives and their relationship with transphobia. *Journal of Homosexuality*, 56(8), 977–992.
- Lombardi, E. (2010). Transgender Health: A review and guidance for future research - Proceedings from the Summer Institute at the Center for Research on Health and Sexual Orientation, University of Pittsburgh. *International Journal of Transgenderism*, 12(4), 211–229.
- Lombardi, E. L., Wilchins, R. A., Priesing, D., & Malouf, D. (2001). Gender Violence. *Journal of Homosexuality*, 42(1), 89–101.
- Marsh, H. W., Hau, K. T., & Wen, Z. (2004). In search of golden rules: Comment on hypothesis-testing approaches to setting cutoff values for fit indexes and dangers in overgeneralizing Hu and Bentler's (1999) findings. *Structural Equation Modeling*, 11(3), 320–341.
- Martin, J., & Dean, L. (1987). *Ego-Dystonic Homosexuality Scale*. School of Public Health, Columbia University.
- Mayer, K. H., Bradford, J. B., Makadon, H. J., Stall, R., Goldhammer, H., & Landers, S. (2008). Sexual and gender minority health: What we know and what needs to be done. *American Journal of Public Health*, 98(6), 989–995.
- 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 & Adolescence*, 39, 1175–1188.
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15(4), 351–377.

- 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. (2003a). 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. (2003b). Prejudice as stress: Conceptual and measurement problems. *American Journal of Public Health, 93*(2), 262–265.
- Meyer, I. H. (2007). Prejudice and Discrimination as Social Stressors. In I. H. Meyer, & M. E. Northridge (A cura di), *The Health of Sexual Minorities: Public Health Perspectives on Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Populations* (pp 242–267). New York: Springer.
- Meyer, I. H., & Dean, L. (1998). Internalized homophobia, intimacy, and sexual behavior among gay and bisexual men. In G. M. Herek (A cura di), *Stigma and sexual orientation: Understanding prejudice against lesbians, gay men, and bisexuals* (pp. 160–186). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Meyer, I. H., Dietrich, J., & Schwartz, S. (2008). Life time prevalence of mental disorders and suicide attempts in diverse lesbian, gay, and bisexual populations. *American Journal of Public Health, 98*(6), 1004–1006.
- Meyer, I. M., Schwartz, S., & Frost, D. M. (2008). Social patterning of stress and coping: Does disadvantaged social statuses confer excess exposure and fewer coping resources? *Social Science & Medicine, 67*, 368–379.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2010). From mental disorder to iatrogenic hypogonadism: Dilemmas in conceptualizing gender identity variants as psychiatric conditions. *Archives of Sexual Behavior, 39*, 461–476.
- Mizock, L., & Lewis, T. K. (2008). Trauma in transgender populations: Risk, resilience, and clinical care. *Journal of Emotional Abuse, 8*(3), 335–354.
- Monceri, F. (2010). *Oltre l'identità sessuale: Teorie queer e corpi transgender*. Pisa: ETS.

- Money, J. (1985). Gender: History, theory and usage of the term in sexology and its relationship with nature/nurture. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *11*, 71–79.
- Morrison, A. P. (1989). *Shame: The underside of narcissism*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Munson, M. (2006). *Practical tips for working with transgender survivors of sexual violence*, consultabile dal sito web: www.forge-forward.org.
- Murdock, T. B., & Bolch, M. B. (2005). Risk and protective factors for poor school adjustment in lesbian, gay, and bisexual (LGB) high school youth: Variable and person-centered analyses. *Psychology in the Schools*, *42*(2), 159–117.
- Muthén. L., & Muthén, B. (1998-2012). Mplus User's Guide. Version 7. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- Nadal, K. L., Rivera, D. P., & Corpus, M. J. H. (2010). Sexual orientation and transgender microaggressions. Implications for mental health and counseling. In D. W. Sue (A cura di), *Microaggressions and Marginality. Manifestations, Dynamics and Impact*. John Wiley & Sons: New Jersey.
- Narrow W. E., & Cohen-Kettenis P. T. (2010). The revision of Gender Identity Disorder: DSM-5 principles and progress. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, *14*, 123–129.
- Nemoto, T., Iwamoto, M., & Operario, D. (2003). HIV risk behaviors among Asian and Pacific Islander male-to-female transgenders. *The Community Psychologist*, *36*, 31–35.
- Nemoto, T., Operario, D., Keatley, J., & Villegas, D. (2004). Social context of HIV risk behaviours among male-to-female transgenders of color. *AIDS Care*, *16*, 724–735.

- Nemoto, T., Sausa, L. A., Operario, D., & Keatly, J. (2006). Need for HIV/AIDS education and intervention for MTF transgenders: Responding to challenge. *Journal of Homosexuality*, *51*(1), 183–202.
- Nungesser, L. (1983). *Homosexual acts, actors and identities*. New York: Praeger.
- Nuttbrock L., Hwahng, S., Bockting, W. O., 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.
- Oppenheimer, A. (1992). Il desiderio di cambiare sesso: una sfida per la psicoanalisi. In P. Valerio, M. Bottone, R. Galiani & R. Vitelli, R. (A cura di) (2001), *Il Transessualismo. Saggi Psicoanalitici* (pp. 252–267). Milano: FrancoAngeli.
- Ovesey, L., Person, E. S. (1983). Psychoanalytic theories of gender identity. *Journal of American Academy of Psychoanalysis*, *12*(2), 167–186.
- Paap, M. C., Kreukels, B. P., Cohen-Kettenis, P. T., Richter-Appelt, H., de Cuypere, G., & Haraldsen, I. R. (2011). Assessing the utility of diagnostic criteria: A multisite study on gender identity disorder. *Journal of Sexual Medicine*, *8*, 180–190.
- Pascoe, E. A., & Smart Richman, L. (2009). Perceived discrimination and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, *135*(4), 531–554.
- Pedrabissi, L. & Santinello, M. (1997). *I test psicologici*. Bologna: Il Mulino.
- Peveri, L. (2009). *Resilienza e regolazione delle emozioni. Un approccio multimodale* (Tesi di Dottorato). Università degli Studi Di Milano – Bicocca.
- Pietrantoni, L., & Prati, G. (2008). Mediatori e moderatori nella ricerca psicossociale: Una riflessione metodologica. *Psicologia Sociale*, *2*, 325–335.
- Pinto, R. M., Melendez, R. M., & Spector, A. Y. (2008). Male-to-female transgender individuals building social support and capital from within a

- gender-focused network. *Journal of Gay and Lesbian Social Services*, 20, 203–220.
- Prezza, M., & Principato, C. (2002). La rete sociale e il sostegno sociale. In M. Prezza & M. Santinello (A cura di), *Conoscere la comunità*. Bologna: Il Mulino.
- Quinodoz, D. (1998). Un/a paziente transessuale in analisi.. In P. Valerio, M. Bottono, R. Galiani & R. Vitelli, R. (A cura di) (2001), *Il Transessualismo. Saggi Psicoanalitici* (pp. 268–289). Milano: FrancoAngeli.
- Quinodoz, D. (2002). Termination of a fe/male transsexual patient's analysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 83, 783–798.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385–401.
- Raza, J., & Warne, G. L. (2012). Disorders of Sexual Development. In A. Y. Elzouki, H. A. Harfi, H. Nazer, W. Oh, F. B. Stapleton, & R. J. Whitley (A cura di), *Textbook of Clinical Pediatrics* (pp. 3649–3674). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Reece, R. (1988). Causes and treatments of sexual desire discrepancies in male couples. *Journal of Homosexuality*, 14(1-2), 157–172.
- Reilly, M. (2007). *Influential factors in the coming out process of transgender individuals* (Tesi di Dottorato). ProQuest Dissertations and Theses database.
- Reips, U. (2000). The web experiment method: Advantages, disadvantages, and solutions. *Psychological experiments on the Internet*. Birnbaum MH, San Diego, CA: Academic Press.
- Riggle, E. D, Rostosky, S. S., Reedy, C. (2005). Online surveys for BGLT research: Issues and techniques. *Journal of Homosexuality*, 49(2), 1–21.

- Risko, E. F., Quilty, L. C., & Oakman, J. M. (2006). Socially desirable responding on the web: Investigating the candor hypothesis. *Journal of Personality Assessment, 87*(3), 269–276.
- Rofes, E. E. (1983). *I thought people like that killed themselves: Lesbians, gay men and suicide*. San Francisco: Grey Fox.
- Ross, M., & Rosser, B. (1996). Measurement and correlates of internalised homophobia: a factor analytic study. *Journal of Clinical Psychology, 52*, 15–21.
- Rosser, B. R. S., Oakes, J. M., Bockting, W. O., & Miner, M. (2007). Capturing the social demographics of hidden sexual minorities: An internet study of the transgender population in the United States. *Sexuality Research and Social Policy: Journal of NSRC, 4*, 50–64.
- Russel, C. J., & Keel, P. K. (2002). Homosexuality as a specific risk factor for eating disorders in men. *International Journal of Eating Disorders, 31*(3), 300–306.
- Ryan, C., Russell, S. T., Huebner, D. M., 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.
- Safouan, M. (1974). Contributo alla psicoanalisi del transessualismo. In P. Valerio, M. Bottone, R. Galiani & R. Vitelli, R. (A cura di) (2001), *Il Transessualismo. Saggi Psicoanalitici* (pp. 179–197). Milano: FrancoAngeli.
- Santamaria, F. (2004). ‘Ex soldato diventa bella bionda’: la storia di Christine Jorgensen. In M. Bottone, P. Valerio & R. Vitelli (A cura di), *L’enigma del transessualismo: Riflessioni cliniche e teoriche* (pp. 96–112). Milano: Franco Angeli.
- Savin-Williams, R. C. (1989). Coming out to parents and self-esteem among gay and lesbian youths. *Journal of Homosexuality, 18*(1), 1–35.
- Savin-Williams R. C., Pardo S. T., Vrangalova Z., Mitchell R. S., & Cohen K. M. (2010). Sexual and gender prejudice. In J. C. Chrisler, & D. R. McCreary (A

- cura di), *Handbook of Gender Research in Psychology. Volume 2: Gender Research in Social and Applied Psychology* (pp. 359–376). New York: Springer.
- Sherry, A. (2007). Internalized homophobia and Adult Attachment: Implications for clinical practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(2), 219–225.
- Shidlo, A. (1994). Internalized homophobia: conceptual and empirical issues in measurement. In B. Greene, & G. Herek (A cura di), *Lesbian and gay psychology: Theory, research and clinical application* (pp. 176–205). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Shpherd, J. C., Maguen, S., Skidmore, W. C., & Abramovitz, S. M. (2011). Potentially traumatic events in a transgender sample: Frequency and associated symptoms. *Traumatology*, 17(2), 56–67.
- Shively, M. G., & De Cecco, J. P. (1977). Components of sexual identity. *Journal of Homosexuality*, 3(1), 41–48.
- Sica, C., Coradeschi, D., Ghisi, M., & Sanavio, E. (2006). *Beck Anxiety Inventory. Manuale*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Singh, A. A., Hays, D. G., & Watson, L. S. (2011). Strength in the face of adversity: Resilience strategies of transgender individuals. *Journal of Counseling & Development*, 89, 20–27.
- Singh, A. A., Meng, S. E., & Hansen, A. W. (2014). “I am my own gender”: Resilience strategies of trans youth. *Journal of Counseling & Development*, 92(2), pp. 208–218.
- Steiger J. (1990). Some additional thoughts on components, factors, and factor indeterminacy. *Multivariate Behavioral Research*, 25(1), 41–45.
- Stoller, R J. (1968). *Sex and Gender. The Development of Masculinity and Femininity*. New York: Science House.

- Stoller, R. J. (1972). Etiological factors in female transsexualism: A first approximation. *Archives of Sexual Behavior*, 2, 47–64.
- Stoller, R. J. (1975), *Sex and Gender, Volume II: The Transsexual Experiment*. London: The Hogarth Press and The Institute of Psycho-Analysis.
- Stoller, R. J. (1985), *Presentation of Gender*. New Haven and London: Yale University Press.
- Stryker, S. (1998). The transgender issue. An introduction. *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies*, 4(2), 145–158.
- Szymanski, D. M. (2009). Examining potential moderators of the link between heterosexist events and gay and bisexual men's psychological distress. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 142–151
- Szymanski, D. M., & Kashubeck-West, S. (2008). Mediators of the relationship between internalized oppressions and Lesbian and Bisexual women's psychological distress. *The Counseling Psychologist*, 36, 575–594.
- Szymanski, D. M., & Owens, G. P. (2008). Do coping styles moderate or mediate the relationship between internalized heterosexism and sexual minority women's psychological distress? *Psychology of Women Quarterly*, 32(1), 95–104
- Szymanski, D. M., & Owens, G. P. (2009). Group-level coping as a moderator between heterosexism and sexism and psychological distress in sexual minority women. *Psychology of Women Quarterly*, 33(2), 197–205.
- Tajfel, H. (1981). *Gruppi umani e categorie sociali*. Bologna: Il Mulino, 1999.
- Tebbe, E. N., & Moradi, B. (2012). Anti-transgender prejudice: A Structural Equation Model of associated constructs. *Journal of Counseling Psychology*, 59(2), 251–261.
- Teich, N. M. (2012). *Transgender 101. A Simple Guide to a Complex Issue*. New York: Columbia University Press.

- Testa, R. J., Jimenez, C. L., & Rankin, S. (2014). Risk and resilience during transgender identity development: The effects of awareness and engagement with other transgender people on affect. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health, 18*(1), pp. 31–46.
- Testa, R. J., Sciacca, L. M., Wang, F., Hendricks, M. L., Goldblum, P., Bradford, J., & Bongar, B. (2012). Effects of violence on transgender people. *Professional Psychology: Research and Practice, 43*(5), 452–459.
- Toomey, R., Ryan, C., Diaz, R., 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.
- Turner, L., Whittle, S., & Combs, R. (2009). *Transphobic Hate Crime in the European Union*. Brussels: International Lesbian and Gay Association Europe. Report consultabile dal sito http://www.ucu.org.uk/media/pdf/r/6/transphobic_hate_crime_in_eu.pdf.
- Tyszler, J. J. (1996). La pelle rivoltata. Note sul godimento d'involucro. In P. Valerio, M. Bottone, R. Galiani & R. Vitelli, R. (A cura di) (2001), *Il Transsessualismo. Saggi Psicoanalitici* (pp. 234–246). Milano: FrancoAngeli.
- Valera, R. J., Sawyer, R. G., & Schiraldi, G. R. (2001). Perceived health needs of inner-city street prostitutes: A preliminary study. *American Journal of Health Behavior, 25*, 50–59.
- Valerio, P., Bottone, M., Galiani, R., & Vitelli, R. (2001). *Il Transsessualismo. Saggi Psicoanalitici*. Milano: Franco Angeli.
- Vance, S., Cohen-Kettenis, P. T., Drescher, J., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Pfäfflin, F., & Zucker, K. J. (2009). Opinions about the DSM Gender Identity Disorder diagnosis: Results from an international survey administered to organizations concerned with the welfare of transgender people. *International Journal of Transgenderism, 12*, 1–14.

- Vasey, P. L., & Bartlett, N. H. (2007). What can the Samoan “Fa’afafine” teach us about the Western concept of Gender Identity Disorder in childhood? *Perspectives in Biology and Medicine*, 50(4), 481–490.
- Vermunt, J. K., & Magidson, J. (2004). *Latent Class Analysis*. Articolo scaricato da <http://www.statisticalinnovations.com/articles/Latclass.pdf>
- Vilain, E. (2000). Genetics of sexual development. *Annual Review of Sex Research*, 11, 1–25.
- Vitelli, R., & Valerio, P. (2012). *Sesso e genere. Uno sguardo tra storia e nuove prospettive*. Napoli: Liguori.
- Wagner, G., Brondolo, E., & Rabkin, J. (1994). Integration of one’s religion and homosexuality: A weapon against internalized homophobia?. *Journal of Homosexuality*, 26(4), 91–110.
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165–178.
- Wallien, M. S. C., Veenstra, R., Kreukels, B. P. C., & Cohen-Kettenis P. T. (2010). Peer group status of gender dysphoric children: a sociometric study. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 553–560.
- Weinberg, G. (1972), *Society and the healthy homosexual*. New York: St. Martin’s Press.
- Weissman, M. M, Sholomskas, D., Pottenger, M., Prusoff, B. A., Locke, B. Z. (1977). Assessing depressive symptoms in five psychiatric populations: a validation study. *American Journal of Epidemiology*, 106, pp. 203–214.
- Weyers, S., Elaut, E., De Sutter, P., Gerris, J., T’Sjoen, G., Heyelens, G., De Cuypere G., & Verstraelen, H. (2009). Long-term assessment of the physical, mental, and sexual health among transsexual women. *Journal of Sexual Medicine*, 6(3), 752–760.
- Williams, D. R., Yu, Y., Jackson, J., & Anderson, N. (1997). Racial differences in physical and mental health. *Journal of Health Psychology*, 2, 335–351.

- Williamson, I. R. (2000). Internalized homophobia and health issues affecting lesbians and gay men. *Health Education Research. Theory & Practice*, 15(1), 97–107.
- Winter, S. J. (2006). *Transphobia, a price worth paying for Gender Identity Disorder? Presentation at the ILGA World Conference in Geneva*. Scaricabile da http://transxtest.transgender.at/Lib/Soc/SWinter_Geneva06.doc.
- Winters, K., & Ehrbar R. D. (2010). Beyond conundrum: Strategies for diagnostic harm reduction. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 14, 130–138.
- Witten, T. M., & Eyler, A. E. (1999). Hate crimes and violence against the transgendered. *Peace Review*, 11(3), 461–468.
- Wright, K. A. (2011). *Transgender Identity Formation* (Tesi di Dottorato). The Chicago School of Professional Psychology – Chicago.
- Wright, E. R., & Perry, B. L. (2006). Sexual identity distress, social support, and the health of gay, lesbian, and bisexual youth. *Journal of Homosexuality*, 51(1), 81–110.
- Xavier, J. M. (2000). *The Washington transgender needs assessment survey*. Report scaricabile da <http://www.glaa.org/archive/2000/tgneedsassessment1112.shtml>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30–41.
- Zucker K. J., Cohen-Kettenis P. T., Drescher, J., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Pfäfflin, F., & Womack W. M. (2013). Memo outlining evidence for change for Gender Identity Disorder in the DSM-5. *Archives of Sexual Behavior*, 42, 901–914.

APPENDICE A

CONSENSO INFORMATO PER LO STUDIO “TRANS LIFE SURVEY”

Ricercatori principali:

Cristiano Scandurra, Paolo Valerio ed Anna Lisa Amodeo

(Università degli Studi di Napoli Federico II)

Lo studio che proponiamo ha come obiettivo la comprensione di alcune dimensioni della vita delle persone trans. Preferiamo utilizzare il termine “trans” poiché ci sembra un termine ombrello che racchiude diverse identità, come quelle transessuali, transgender, genderqueer, ecc. Siamo consapevoli delle molteplici definizioni identitarie e non è facile trovare un termine che le racchiuda. Speriamo che la scelta di questo termine non ti disturbi e che tu possa identificarti serenamente con esso. L’uso dell’asterisco (*) è stato preferito all’utilizzo del maschile o del femminile, poiché ci sembrava più adeguato per tutt* coloro che non si identificano nè con il genere maschile nè con quello femminile.

Questa ricerca, sviluppata nell’ambito del Dottorato di Ricerca in Studi di Genere dell’Università degli Studi di Napoli Federico II, è condotta da Cristiano Scandurra, Dottorando di Ricerca e Psicologo Clinico, ed Anna Lisa Amodeo, Ricercatrice di Psicologia Clinica e Responsabile del Servizio Antidiscriminazione e Cultura delle Differenze del Centro di Ateneo SInAPSi della stessa Università. La ricerca è supervisionata dal Prof. Paolo Valerio, Dirigente dell’Area Funzionale di Psicologia del Dipartimento Assistenziale di Neuroscienze e Comportamento dell’AOU Federico II di Napoli, Direttore del Centro di Ateneo SInAPSi e Presidente dell’ONIG (Osservatorio Nazionale sull’Identità Di Genere) e della Fondazione “Genere Identità Cultura”.

Lo studio consiste nel rispondere ad alcune domande a scelta multipla e durerà all’incirca 30-40 minuti. Non ci sono benefici diretti nel partecipare a questo studio. Pur consapevoli che molte associazioni e molti attivist* trans sono contrar* alle ricerche il cui obiettivo è comprendere meglio alcune dimensioni legate all’essere trans, riteniamo comunque fondamentale far conoscere alla comunità più am-

pia le difficoltà con cui le persone trans si confrontano continuamente e la necessità di ridurre il pregiudizio verso la non conformità di genere. Riteniamo quindi che la tua partecipazione possa apportare dei benefici indiretti alla ricerca e ai servizi pubblici e privati che si occupano a vario titolo di transessualismi e transgenderismi. Ci rendiamo conto anche dell'impegno che richiediamo a tutt* in termini di tempo e di coinvolgimento personale. Abbiamo quindi voluto individuare una forma di riconoscimento al contributo offerto mettendo a disposizione 1000€ per i partecipanti alla ricerca. Non potendo coprire tutti i potenziali partecipanti per l'esigua somma, saranno messi a disposizione 10 quote di 100€ ciascuna da erogare a 10 persone i cui nominativi saranno estratti a sorte a conclusione del reclutamento. Il sistema informatico utilizzato, per mantenere l'anonimato, NON consente di risalire alla tua email. Pertanto, se decidi di partecipare a questa estrazione, dopo aver compilato i questionari, ti chiederemo di scrivere a quale email vorrai essere ricontattat*. La tua email sarà automaticamente dissociata dal tuo questionario per mantenere l'anonimato. Se sarai tra i vincitori verrai ricontattat* all'indirizzo mail che hai lasciato. In caso contrario, riceverai comunque una mail in cui sarai avvisat* che il tuo nominativo non risulta tra i vincitori e a cui sarà anche allegata la lista dei nominativi dei 10 vincitori. Per partecipare alla lotteria, l'unico prerequisito è completare la compilazione di tutti i questionari, terminando lo studio.

I dati sono totalmente anonimi. Non è possibile in alcun modo risalire alla tua identità. Tutti i dati saranno trattati in osservanza dell'attuale legge sulla privacy (art. 13 del D. Lgs. 196/2003).

La decisione di prendere parte o meno a questa ricerca è libera. Se decidi di prendervi parte, puoi liberamente recidere la tua partecipazione in qualsiasi momento senza alcuna conseguenza. Nessuna domanda è obbligatoria. Puoi decidere di saltarla e di continuare lo studio. Per noi è però molto importante che ogni domanda riceva una risposta, ma siamo consapevoli della delicatezza di alcune di esse e della possibilità che possano disturbarti.

Se hai bisogno di informazioni, se ha dei dubbi o se c'è qualcosa di cui senti la necessità di parlarne, puoi contattare Cristiano Scandurra a cristiano.scandurra@unina.it, Anna Lisa Amodeo a amodeo@unina.it o Paolo Valerio a valerio@unina.it.

Grazie mille per la tua preziosa collaborazione. il tuo sforzo consentirà un progresso in campo scientifico!

ELEGGIBILITÀ

Il termine “trans” descrive quelle persone la cui identità o espressione di genere è differente dal sesso assegnato alla nascita. Una persona trans:

- ha vissuto o desidera vivere a tempo pieno nel genere differente dal sesso assegnato alla nascita;
- ha modificato o desidera modificare fisicamente il proprio corpo per adeguarlo a come davvero si sente internamente;
- o ha indossato o desidera indossare abiti del sesso opposto per esprimere la propria identità cross-gender, ovvero che attraversa i generi.

Adesso, utilizzando le definizioni che hai appena letto, rispondi ad ognuna delle seguenti domande:

(A1) Consideri te stess* trans? **Si** **No**

(A2) Hai almeno 18 anni? **Si** **No**

(A3) Vivi in Italia? **Si** **No**

Se hai risposto SI a tutte le domande precedenti, per favore continua lo studio.

Se hai risposto NO ad una o più domande precedenti, per favore non continuare lo studio

APPENDICE B

DOMANDE SOCIO-DEMOGRAFICHE

(B1) Al momento della nascita, qual era il tuo sesso biologico? *(Una sola risposta)*

- Maschio¹ Femmina² Altro³

(B2) Quali delle seguenti opzioni descrive meglio la tua identità di genere? *(Una sola risposta)*

- Transessuale¹ Uomo⁵ Altro (Specificare)⁹
 Transgender² Donna⁶ _____
 Travestit*³ Uomo Transessuale⁷ _____
 Gender Variant⁴ Donna Transessuale⁸

(B3) Rispetto al tuo orientamento sessuale, pensi a te stess* come... *(Una sola risposta)*

- Gay¹ Eterosessuale³ Altro (Specificare)⁵
 Lesbica² Bisessuale⁴ _____

(B4) Con quale etnia ti identifichi? *(Una sola risposta)*

- Nera o afro-americana¹ Ispanica o Latina³ Altro (Specificare)⁵
 Bianca (Caucasica)² Asiatica⁴ _____

(B5) Quanti anni hai? Per favore scrivi qui la tua età (_____)

(B6) Qual è il tuo titolo di studio più elevato? *(Una sola risposta)*

(Se lo stai ancora completando, segna per favore il titolo di studio più elevato)

- Nessun titolo di studio¹ Diploma di maturità tecnica professionale⁵
 Diploma di scuola elementare² Diploma di maturità liceale⁶
 Diploma di licenza media³ Diploma di istruzione superiore
(laurea, specializzazioni, ecc.)⁷
 Qualifica professionale⁴ Altro (Specificare)⁸ _____

(B7) Al momento, sul piano professionale... *(Una sola risposta)*

- Eserciti una professione dichiarata¹ (*Vai alla domanda B8*)
 Lavori a nero² (*Vai alla domanda B8*)
 Sei in cerca di lavoro³
 Sei in congedo per malattia⁴ (*Vai alla domanda B8*)
 Sei in pensione⁵ (*Vai alla domanda B8*)
 Studi⁶
 Non lavori⁷

Se lavori o hai lavorato in passato, qual è o qual era la tua ultima attività (dichiarata o a nero)? Per favore scrivi qui la tua ultima attività professionale

(B8) Nell'anno 2013, a quale cifra si avvicinava di più il reddito netto mensile?
(Una sola risposta)

- Non ho reddito ¹ 1000-1999 € ⁴
 Meno di 600 € ² 2000 > € ⁵
 600-999 € ³

(B9) Qual è il tuo stato civile? *(Una sola risposta)*

- Single ¹ Vedov* ³ Separat* ⁵
 Sposat* ² Divorziat* ⁴ Altro (Specificare) ⁶ _____

(B10) Attualmente hai un partner fisso? *(Una sola risposta)*

- Sì ¹ No ² *(Vai alla domanda B11)*

Da quanto tempo? _____ (Anni) _____ (Mesi)

(B11) Ha mai avuto dei bambini? *(Una sola risposta)*

- Sì ¹ No ² *(Vai alla domanda B12)*

Quanti? (Per favore indica qui il numero) (_____)

(B12) In quale regione vivi attualmente? *(Una sola risposta)*

- Abruzzo ¹ Friuli-Venezia-Giulia ⁶ Molise ¹¹ Toscana ¹⁶
 Basilicata ² Lazio ⁷ Piemonte ¹² Trentino ¹⁷
 Calabria ³ Liguria ⁸ Puglia ¹³ Umbria ¹⁸
 Campania ⁴ Lombardia ⁹ Sardegna ¹⁴ Valle d'Aosta ¹⁹
 Emilia-Romagna ⁵ Marche ¹⁰ Sicilia ¹⁵ Veneto ²⁰

(B13) Come descriveresti la zona in cui vivi? *(Una sola risposta)*

- Rurale ¹ Urbana ² Suburbana ³

(B14) Sei iscritt* a qualche associazione LGBT? *(Una sola risposta)*

- Sì ¹ No ²

(B15) Sei impegnat* attivamente per il riconoscimento dei diritti delle persone LGBT? *(Una sola risposta)*

- Sì ¹ No ²

(B16) Nell'infanzia, hai ricevuto un'educazione religiosa (ad esempio: osservare le prescrizioni religiose, frequentare luoghi di culto, ecc)? *(Una sola risposta)*

- Sì ¹ No ²

(B17) Attualmente, qual è il tuo rapporto con la religione? *(Una sola risposta)*

- Credente e praticante ¹
 Credente non praticante ²
 Non credente non praticante ³ *(Vai alla domanda B18)*

Quanto è importante per te la religione? (Una sola risposta)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Molto importante ¹ | <input type="checkbox"/> Per niente importante ⁴ |
| <input type="checkbox"/> Importante ² | <input type="checkbox"/> Non so ⁵ |
| <input type="checkbox"/> Non molto importante ³ | |

A quale credo religioso appartieni? (Una sola risposta)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cattolica ¹ | <input type="checkbox"/> Ebraica ⁵ |
| <input type="checkbox"/> Protestante ² | <input type="checkbox"/> Islamica ⁶ |
| <input type="checkbox"/> Ortodossa ³ | <input type="checkbox"/> Testimoni di Geova ⁷ |
| <input type="checkbox"/> Buddista ⁴ | <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) ⁸ _____ |

(B18.1) Quanti anni avevi quando hai cominciato a interrogarti sulla tua appartenenza al genere maschile o femminile?

Per favore, segna qui l'età (_____)

(B18.2) Quanti anni avevi quando sei diventat* cosciente che la tua identità di genere non corrispondeva al tuo corpo o alla tua apparenza fisica?

Per favore, segna qui l'età (_____)

(B19) Quanto è importante cambiare il tuo corpo per diventare chi realmente senti di essere?

(Una sola risposta)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Non sarà mai importante per me ¹ | <input type="checkbox"/> È abbastanza importante per me ³ |
| <input type="checkbox"/> Non è importante per me in questo momento ² | <input type="checkbox"/> È molto importante per me ⁴ |

(B20) Hai mai assunto ormoni (estrogeni o androgeni) per modificare la tua apparenza fisica? (Una sola risposta)

- Sì¹ No² *(Vai alla domanda B21)*

A che età hai cominciato ad assumere ormoni? Segna qui l'età (_____)

Venivi seguit* da un medico specializzato per le dosi di ormoni? (Una sola risposta) Sì¹ No²

(B21) Attualmente assumi ormoni per modificare la tua apparenza fisica? (Una sola risposta)

- Sì¹ No² *(Vai alla domanda B22)*

Vieni seguit* da un medico specializzato per le dosi di ormoni che assumi attualmente? Sì¹ No²

(B22) Hai mai utilizzato la chirurgia per eliminare il seno (FTM) o aumentare il seno (MTF)? (Una sola risposta)

- Sì¹ No²

(B23) Hai mai utilizzato la chirurgia estetica per modificare la tua apparenza fisica? (Una sola risposta)

- Sì¹ No²

(B24) Hai mai utilizzato la chirurgia per modificare i tuoi genitali (Riassegnazione Chirurgica del Sesso)? *(Una sola risposta)*

- Sì ¹ No ² *(Vai alla domanda B25)*

Di quali interventi si tratta? *(Più risposte possibili)*

- Orchiectomia: ablazione delle gonadi (testicoli o ovaie) ¹ Vaginoplastica ⁴
 Metoidioplastica: ingrossamento del clitoride ² Isterectomia ⁵
 Falloplastica ³ Altro (specificare) ⁶

Qual è il tuo grado di soddisfazione rispetto a tali interventi? *(Una sola risposta a riga)*

	Molto soddisfatt* ¹	Piuttosto soddisfatt* ²	Non molto soddisfatt* ³	Per niente soddisfatt* ⁴
<i>Sensibilità</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Estetico</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Funzionale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(B25) Attualmente, come vieni riconosciut* giuridicamente?

- Uomo ¹ Donna ²

(B26) Ritieni il tuo percorso di transizione terminato?

- Sì ¹ No ²

APPENDICE C

QUESTIONARI SULLO STIGMA VISSUTO

EVERYDAY DISCRIMINATION SCALE (EDS)

(adattamento da Meyer, Schwartz, & Frost, 2008)

Pensando alla vita di tutti i giorni, quanto spesso a causa della tua identità o espressione di genere ti accadono le seguenti situazioni?

Quando diciamo “a causa della tua identità o espressione di genere ti accadono le seguenti situazioni”, non intendiamo dire che la tua identità o espressione di genere causi qualcosa di negativo, ma stiamo cercando di capire se le persone ti trattano diversamente perché sei una persona trans.

** Alcune domande che seguono, potrebbero risultare un po' invadenti. Ti ricordiamo che la decisione di rispondere o meno a tutte le domande è libera. Se decidi di non rispondere, il sistema informatico ti ricorderà che non hai risposto a tutte le domande. Seleziona "Continua senza rispondere" e vai avanti nello studio.*

Nel rispondere a ciascuna domanda, fai riferimento alla seguente scala, mettendo una X sul numero che corrisponde alle volte che ti sono accadute le seguenti situazioni a causa della tua identità o espressione di genere:

0	1	2	3
Mai	Raramente	Qualche volta	Spesso

1. Vieni trattat* con meno cortesia rispetto alle altre persone	0	1	2	3
2. Vieni trattat* con meno rispetto di altre persone	0	1	2	3
3. Ricevi un servizio più scadente ai ristoranti o ai negozi rispetto alle altre persone	0	1	2	3
4. Le persone agiscono come se pensassero che tu non sia intelligente	0	1	2	3
5. Le persone agiscono come se fossero migliori di te	0	1	2	3
6. Le persone agiscono come se avessero paura di te	0	1	2	3
7. Le persone agiscono come se pensassero che tu sia disonest*	0	1	2	3
8. Vieni chiamat* con nomignoli dispregiativi o insultat*	0	1	2	3
9. Vieni minacciat* o molestat*	0	1	2	3

SCALA SULLO STIGMA VISSUTO

(costruita da chi scrive)

Considerando come causa la tua identità o espressione di genere, ti sono mai accadute le seguenti situazioni?

Nel rispondere fai riferimento alla seguente scala:

	0	1	2	3	4
	Mai	Almeno una volta	Qualche volta	Spesso	Quasi sempre
1. Essere licenziat*	0	1	2	3	4
2. Aver problemi nel trovare lavoro	0	1	2	3	4
3. Non essere accettat* quando hai tentato di fittare una casa	0	1	2	3	4
4. Essere sfrattat* dalla tua abitazione	0	1	2	3	4
5. Avere problemi nell'accedere a servizi di salute medica o generale	0	1	2	3	4
6. Essere rapinat*	0	1	2	3	4
7. <u>Da bambin*</u> , essere maltrattat* <u>verbalmente</u>	0	1	2	3	4
8. <u>Da adolescente</u> , essere maltrattat* <u>verbalmente</u>	0	1	2	3	4
9. <u>Da adult*</u> , essere maltrattat* <u>verbalmente</u>	0	1	2	3	4
10. <u>Da bambin*</u> , essere maltrattat* o aggredit* <u>fisicamente</u>	0	1	2	3	4
11. <u>Da adolescente</u> , essere maltrattat* o aggredit* <u>fisicamente</u>	0	1	2	3	4
12. <u>Da adult*</u> , essere maltrattat* o aggredit* <u>fisicamente</u>	0	1	2	3	4
13. <u>Da bambin*</u> , essere abusat* <u>sessualmente</u>	0	1	2	3	4
14. <u>Da adolescente</u> , essere abusat* <u>sessualmente</u>	0	1	2	3	4
15. <u>Da adult*</u> , essere abusat* <u>sessualmente</u>	0	1	2	3	4

APPENDICE D

QUESTIONARI SULLO STIGMA PERCEPITO ED INTERIORIZZATO

PERCEIVED STIGMA SCALE (PS)

(Link, 1987; Martin & Dean, 1987)

Queste prossime affermazioni si riferiscono ad una persona come te. Con “persona come te”, intendiamo una persona che ha il tuo stesso genere, la tua stessa etnia, il tuo stesso orientamento sessuale, la tua stessa nazionalità, e la tua stessa classe socio-economica. Nel considerare le risposte, vorremmo che tu rispondessi sulla base di come secondo te le persone (IN GENERALE) ti penserebbero rispetto a quelle categorie. Rispondi segnando quanto sei in accordo/disaccordo con queste affermazioni, usando la seguente scala:

1	2	3	4
Fortemente d'accordo	Abbastanza d'accordo	Abbastanza in disaccordo	Fortemente in disaccordo

1. La maggior parte dei datori di lavoro non assumerebbe una persona come me	1	2	3	4
2. La maggior parte della gente crede che una persona come non può essere affidabile	1	2	3	4
3. La maggior parte della gente pensa che una persona come è pericolosa e imprevedibile	1	2	3	4
4. La maggior parte della gente ha una bassa opinione di una persona come me	1	2	3	4
5. La maggior parte della gente guarda dall'alto in basso persone come me	1	2	3	4
6. La maggior parte della gente pensa alle persone come me come meno intelligenti della media.	1	2	3	4

TRANSGENDER IDENTITY SURVEY (TIS)

(Bockting et al., 2005)

Le domande che seguono riguardano come attualmente ti senti circa la tua identità trans. Ti preghiamo di indicare quanto sei in accordo/disaccordo. Nel rispondere alle domande, fai riferimento alla seguente scala, tenendo conto che 1 equivale a “Completamente in disaccordo”, 4 a “Né d’accordo né in disaccordo” e 7 a “Completamente d’accordo”.

1	2	3	4	5	6	7
Completamente in disaccordo	In disaccordo	Abbastanza in disaccordo	Né d'accordo né in disaccordo	Abbastanza d'accordo	D'accordo	Completamente d'accordo
1. Essere trans mi fa sentire speciale e unic*					1	2 3 4 5 6 7
2. Essere percepit* come trans dagli altri non è un problema per me					1	2 3 4 5 6 7
3. A volte non riesco a tollerare la mia identità trans					1	2 3 4 5 6 7
4. Essere trans mi fa sentire come uno scherzo della natura					1	2 3 4 5 6 7
5. Mi sento isolat*e divers* dalle altre persone trans					1	2 3 4 5 6 7
6. Non ho problemi quasi con nessuno a parlare della mia identità trans					1	2 3 4 5 6 7
7. Essere trans è un dono					1	2 3 4 5 6 7
8. Quando penso di essere trans, mi sento depress*					1	2 3 4 5 6 7
9. (MtF) Per me, “passare per” donna è la cosa più importante / (FtM) Per me, “passare per” uomo è la cosa più importante					1	2 3 4 5 6 7
10. (MtF) Non posso essere felice a meno che non venga percepit* come donna / (FtM) Non posso essere felice a meno che non venga percepit* come uomo					1	2 3 4 5 6 7
11. Quando gli altri capiscono che sono trans, ce la metto tutta per non essere percepit* come tale					1	2 3 4 5 6 7
12. Non sono divers* da tutti gli altri, ma il fatto che sono trans mi rende anche speciale					1	2 3 4 5 6 7
13. (MtF) “Passare per” donna è il mio più grande bisogno / (FtM) “Passare per” uomo è il mio più grande bisogno					1	2 3 4 5 6 7
14. Quando penso al fatto di essere trans, mi sento infelice					1	2 3 4 5 6 7
15. Spesso mi sento fuori dal comune, come se fossi un reietto					1	2 3 4 5 6 7
16. Spesso mi domando: “perché non posso essere semplicemente normale?”					1	2 3 4 5 6 7
17. (MtF) È molto meglio “passare per” donna piuttosto che essere riconosciut* come trans / (FtM) È molto meglio “passare per” uomo piuttosto che essere riconosciut* come trans					1	2 3 4 5 6 7
18. A volte sento che essere trans è imbarazzante					1	2 3 4 5 6 7
19. Sono fier* di essere trans					1	2 3 4 5 6 7
20. (MtF) Se assumessi a pieno le parti di una donna, gli altri mi accetterebbero maggiormente / (FtM) Se assumessi a pieno le parti di un uomo, gli altri mi accetterebbero maggiormente					1	2 3 4 5 6 7
21. (MtF) “Passare per” donna è il criterio per misurare il mio					1	2 3 4 5 6 7

successo / (FtM) “Passare per” uomo è il criterio per misurare il mio successo							
22. Quando interagisco con i membri della comunità trans, spesso non mi sento integrat*	1	2	3	4	5	6	7
23. Invidio le persone che non sono trans	1	2	3	4	5	6	7
24. Non sono come le altre persone trans	1	2	3	4	5	6	7
25. Mi sento a mio agio nel dichiarare agli altri che sono trans	1	2	3	4	5	6	7
26. Preferisco avere intorno persone che sappiano tutto di me e che mi accettino come trans	1	2	3	4	5	6	7

APPENDICE E

QUESTIONARI SULLA SALUTE MENTALE

BECK ANXIETY INVENTORY (BAI)

(Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988; adattamento italiano di Sica, Coradeschi, Ghisi, & Sanavio, 1990).

Di seguito troverai una lista dei più comuni sintomi legati all'ansia. Per favore, leggi attentamente ogni frase ed indica quanto fastidio ciascun sintomo ti ha causato nella scorsa settimana (incluso oggi). Per rispondere fai un segno nello spazio corrispondente a ciascun sintomo, considerando la seguente scala:

0	1	2	3
Per niente	Un po' (Non mi ha infastidito molto)	Abbastanza (Era spiacevole ma potevo sopportarlo)	Molto (Potevo appena sopportarlo)

1. Intorpidimento o formicolio	0	1	2	3
2. Vampate di calore	0	1	2	3
3. Gambe vacillanti	0	1	2	3
4. Incapacità a rilassarsi	0	1	2	3
5. Paura che qualcosa di molto brutto possa accadere	0	1	2	3
6. Vertigini o sensazioni di stordimento	0	1	2	3
7. Batticuore	0	1	2	3
8. Barcollare	0	1	2	3
9. Sensazione di terrore	0	1	2	3
10. Sentirsi tesi/inquieti	0	1	2	3
11. Sensazione di soffocamento	0	1	2	3
12. Mani che tremano	0	1	2	3
13. Agitarsi nervosamente	0	1	2	3
14. Paura di perdere il controllo	0	1	2	3
15. Respiro affannoso	0	1	2	3
16. Paura di morire	0	1	2	3
17. Sentirsi impauriti	0	1	2	3
18. Disturbi digestivi o di stomaco	0	1	2	3
19. Sentirsi svenire	0	1	2	3
20. Sentirsi arrossire	0	1	2	3
21. Sentirsi sudati (non per il caldo)	0	1	2	3

CENTER FOR EPIDEMIOLOGIC STUDIES DEPRESSION (CES-D)

(Radlof, 1977; adattamento italiano di Fava, 1981)

Per ogni domanda scegli la risposta che corrisponde maggiormente alla tua realtà facendo riferimento alla scala sottostante:

0	1	2	3
Raramente o mai	Per un po' o poco	Occasionalmente o moderatamente	La maggior parte dei giorni o tutti i giorni
1. Nell'ultima settimana ti sei turbat* per cose che abitualmente non ti turbano?	0	1	2 3
2. Nell'ultima settimana non hai avuto appetito?	0	1	2 3
3. Nell'ultima settimana sei stat* malinconic* anche con il sostegno di amici e familiari?	0	1	2 3
4. Nell'ultima settimana hai pensato di stare bene come la maggior parte delle persone?	0	1	2 3
5. Nell'ultima settimana hai avuto difficoltà a concentrarti sulle cose che stavi facendo?	0	1	2 3
6. Nell'ultima settimana, ti sei sentit* depress*, «giù di corda»?	0	1	2 3
7. Nell'ultima settimana ogni cosa che hai fatto è stato uno sforzo?	0	1	2 3
8. Nell'ultima settimana hai avuto speranza e fiducia nell'avvenire?	0	1	2 3
9. Hai pensato che la vita sia un fallimento?	0	1	2 3
10. Nell'ultima settimana ti sei sentit* ansios*, impaurit*?	0	1	2 3
11. Nell'ultima settimana ti sei alzat* poco riposat* o non hai dormito?	0	1	2 3
12. Nell'ultima settimana sei stat* allegr*?	0	1	2 3
13. Nell'ultima settimana hai parlato meno del solito?	0	1	2 3
14. Nell'ultima settimana ti sei sentit* sol*?	0	1	2 3
15. Nell'ultima settimana hai pensato che le persone siano state ostili nei tuoi confronti?	0	1	2 3
16. Nell'ultima settimana la vita è stata interessante, hai provato piacere dalle occupazione e dagli svaghi?	0	1	2 3
17. Nell'ultima settimana hai pianto senza motivo?	0	1	2 3
18. Nell'ultima settimana ti sei sentit* triste?	0	1	2 3
19. Nell'ultima settimana hai pensato di non piacere alle altre persone?	0	1	2 3
20. Nell'ultima settimana non riuscivi ad «ingranare»?	0	1	2 3

PERCEIVED STRESS SCALE (PSS)

(Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983)

Le domande contenute in questa scala riguardano i tuoi sentimenti e pensieri durante l'ultimo mese. Per ogni domanda, ti viene chiesto di indicare la tua risposta mettendo una crocetta sulla *frequenza* con cui si è sentito o ha pensato in un certo modo. Nel rispondere, fai riferimento alla seguente scala:

0	1	2	3	4
Mai	Quasi mai	A volte	Abbastanza spesso	Molto spesso

1. Nell'ultimo mese, con che frequenza ti sei sentit* fuori di te poiché è avvenuto qualcosa di inaspettato?	0	1	2	3	4
2. Nell'ultimo mese, con che frequenza hai avuto la sensazione di non essere in grado di avere controllo sulle cose importanti della tua vita?	0	1	2	3	4
3. Nell'ultimo mese, con che frequenza ti sei sentit* nervos* o "stressat*"??	0	1	2	3	4
4. Nell'ultimo mese, con che frequenza ti sei sentit* fiducios* sulla tua capacità di gestire i tuoi problemi personali?	0	1	2	3	4
5. Nell'ultimo mese, con che frequenza hai avuto la sensazione che le cose andassero come dicevi tu?	0	1	2	3	4
6. Nell'ultimo mese, con che frequenza hai avuto la sensazione di non riuscire a star dietro a tutte le cose che dovevi fare?	0	1	2	3	4
7. Nell'ultimo mese, con che frequenza hai avvertito di essere in grado di controllare ciò che ti irrita nella tua vita?	0	1	2	3	4
8. Nell'ultimo mese, con che frequenza hai sentito di padroneggiare la situazione?	0	1	2	3	4
9. Nell'ultimo mese, con che frequenza sei stat* arrabbiat* per cose che erano fuori dal tuo controllo?	0	1	2	3	4
10. Nell'ultimo mese, con che frequenza hai avuto la sensazione che le difficoltà si stavano accumulando a un punto tale per cui non potevi superarle?	0	1	2	3	4

DOMANDE SULLA SFERA DEL SUICIDIO

Create da chi scrive

Le domande che seguono riguardano un'area molto delicata e personale, quella del suicidio. Consapevoli di ciò, ti ricordiamo che sei liber* di rispondere o meno alle domande seguenti. Molte persone hanno raccontato di aver pensato al suicidio in alcuni momenti della loro vita. Considerando come causa la tua identità di genere, ti è mai capitato di...

1. Pensare seriamente al suicidio?	Si	No
2. Organizzare un piano per commettere un suicidio?	Si	No
3. Tentare un suicidio?	Si	No
4. Commettere un serio tentativo di suicidio?	Si	No

APPENDICE F

QUESTIONARI SULLA RESILIENZA E SUL SUPPORTO SOCIALE

RESILIENCE SCALE (RS)

(Wagnild & Young, 1993; adattamento italiano di Peveri, 2012)

Pensando a te stesso barra la casella che meglio rappresenta il tuo grado d'accordo con le affermazioni che seguono, usando la scala sotto riportata. Ricorda che non ci sono risposte giuste o sbagliate. Scegli la risposta che meglio descrive il TUO modo di essere e di comportarti.

1	2	3	4	5	6	7
Fortemente in disaccordo	In disaccordo	Abbastanza in disaccordo	Né in accordo né in disaccordo	Abbastanza d'accordo	D'accordo	Fortemente d'accordo

1. Di solito, in un modo o nell'altro, riesco a cavarmela	1	2	3	4	5	6	7
2. L'aver portato a termine qualcosa nella mia vita mi rende orgoglioso*	1	2	3	4	5	6	7
3. Normalmente accetto quanto mi riserva il destino	1	2	3	4	5	6	7
4. Sono amico* di me stesso*	1	2	3	4	5	6	7
5. Sono determinato*	1	2	3	4	5	6	7
6. Mantengo vivo il mio interesse per quanto mi circonda	1	2	3	4	5	6	7
7. Credere in me stesso* mi aiuta a superare i tempi duri	1	2	3	4	5	6	7
8. La mia vita ha un senso	1	2	3	4	5	6	7
9. Quando sono in una situazione difficile di solito riesco a trovare una soluzione	1	2	3	4	5	6	7
10. Ho sufficienti energie per fare ciò che devo fare	1	2	3	4	5	6	7

SCALA MULTIDIMENSIONALE DEL SUPPORTO

SOCIALE PERCEPITO (MPSS)

(Zimet et al., 1998; adattamento italiano di Prezza & Principato, 2002)

Siamo interessati a come ti senti rispetto alle seguenti affermazioni. Leggi con attenzione ogni affermazione ed indica come ti senti a riguardo considerando la seguente scala:

	1	2	3	4	5	6	7
	Fortemente in disaccordo	Molto in disaccordo	In disaccordo	Neutro	D'accordo	Molto d'accordo	Fortemente d'accordo
1. C'è una persona in particolare che mi è vicina quando ho bisogno	1	2	3	4	5	6	7
2. C'è una persona in particolare con cui posso condividere gioie e dolori	1	2	3	4	5	6	7
3. La mia famiglia si dà molto da fare per aiutarmi	1	2	3	4	5	6	7
4. Ho l'aiuto e il supporto emotivo di cui ho bisogno dalla mia famiglia	1	2	3	4	5	6	7
5. Ho una persona in particolare che è fonte reale di conforto per me	1	2	3	4	5	6	7
6. I miei amici si danno da fare per aiutarmi	1	2	3	4	5	6	7
7. Posso contare sui miei amici quando le cose vanno male	1	2	3	4	5	6	7
8. Posso parlare dei miei problemi con la mia famiglia	1	2	3	4	5	6	7
9. Ho amici con cui posso condividere le mie gioie e i miei dolori	1	2	3	4	5	6	7
10. C'è una persona in particolare nella mia vita cui importa di come mi sento	1	2	3	4	5	6	7
11. La mia famiglia mi aiuta a prendere decisioni	1	2	3	4	5	6	7
12. Posso parlare dei miei problemi con i miei amici	1	2	3	4	5	6	7