

La pratica psicologica con le persone transgender e gender nonconforming (TGNC) comporta particolari sfide di natura clinica. Come interpretare e gestire le domande poste dalle persone TGNC? Quali obiettivi dare ai propri interventi? A cosa porre attenzione nell'interazione clinica? Ecco alcuni quesiti cui queste linee-guida intendono fornire una risposta. Questo volume costituisce l'adattamento italiano delle Guidelines for Psychological Practice With Transgender and Gender Nonconforming People redatte a fine 2015 dall'American Psychological Association e costituiscono uno strumento indispensabile per una cura adeguata, competente e scientificamente informata.

ISBN 978-88-9856-106-3

Collana Contesti Innovativi dell'Intervento Psicologico - Volume 3



Ordine degli Psicologi
della Campania

Adattamento italiano delle

LINEE-GUIDA PER LA PRATICA PSICOLOGICA CON PERSONE TRANSGENDER E GENDER NONCONFORMING

dell'American Psychological Association

a cura di

Paolo Valerio, Vincenzo Bochicchio, Fabrizio Mezza,
Anna Lisa Amodeo, Roberto Vitelli e Cristiano Scandurra



ADATTAMENTO ITALIANO DELLE
“LINEE-GUIDA PER LA PRATICA PSICOLOGICA
CON PERSONE TRANSGENDER E GENDER
NONCONFORMING”
DELL’ *AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION*

A cura di:

Paolo Valerio, Vincenzo Bochicchio, Fabrizio Mezza, Anna Lisa Amodeo,
Roberto Vitelli e Cristiano Scandurra



UNIVERSITÀ DELLA CALABRIA
DIPARTIMENTO DI
STUDI UMANISTICI
DISU



AMERICAN
PSYCHOLOGICAL
ASSOCIATION

This material originally appeared in English as American Psychological Association.

(2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychologist*, 70(9), 832-864.
<http://dx.doi.org/10.1037/a0039906>.

Copyright © 2015 American Psychological Association. Translated and reproduced with permission. The American Psychological Association is not responsible for the accuracy of this translation. This translation cannot be reproduced or distributed further without prior written permission from the APA.

Questo lavoro è stato prodotto con il supporto della Fondazione Genere Identità Cultura, dell'Osservatorio Universitario sulle Differenze della Sezione Anti-Discriminazione e Cultura delle Differenze del Centro di Ateneo SInAPSi della Federico II di Napoli, dell'Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere, del Dipartimento di Studi Umanistici dell'Università della Calabria e dell'Ordine degli Psicologi della Campania.

Si ringrazia la dott.ssa Deborah De Rosa per l'elaborazione del progetto grafico.

5

Prefazione

Alla comunità delle psicologhe e degli psicologi campani La premessa sottesa alla pubblicazione di questo volume riguarda l'idea che l'Ordine debba assicurare alle psicologhe e agli psicologi strumenti adeguati a fornire prestazioni appropriate e conformi alla legislazione corrente.

Negli ultimi due decenni, la ricerca sulle persone TGNC ha visto un notevole incremento.

In questa direzione, si iscrive la pubblicazione delle Linee Guida tradotte e commentate dal gruppo coordinato da Paolo Valerio, gruppo di lavoro all'avanguardia internazionale nell'intervento con la popolazione

transgender e gender nonconforming.

La nostra professione è da sempre incentrata sulla formazione continua affinché il nostro lavoro possa permettere alle persone di vivere bene ogni cambiamento in tutte le fasi del loro ciclo di vita.

Infine, credo che il libro del gruppo di Valerio rappresenti un prezioso servizio per la nostra comunità professionale.

ANTONELLA BOZZAOTRA

Presidente Consiglio dell'Ordine

degli Psicologi della Campania

7

Presentazione

al lettore italiano

Lavorare con le persone transgender e gender nonconforming (TGNC) richiede specifiche competenze psicologico-cliniche che, spesso, gli istituti formativi a cui gli psicologi si rivolgono non forniscono. Questa carenza rappresenta una grande lacuna per tutti quegli psicologi che potrebbero trovarsi ad avere a che fare nel proprio lavoro con tale popolazione. Questa è la ragione fondamentale che ci ha spinti a tradurre in italiano le *Guidelines for Psychological Practice With Transgender and Gender Nonconforming People* redatte a fine 2015 dall' *American Psychological Association*.

Si tratta di linee-guida imprescindibili per il lavoro psicologico-clinico con le persone TGNC, i cui bisogni specifici di salute sono troppo spesso oscurati e non riconosciuti.

Il lettore italiano avrà modo di riconoscere le differenze culturali e legali che intercorrono tra il contesto americano e quello italiano. Molti dei riferimenti utilizzati nelle presenti linee-guida, infatti, si rifanno esplicitamente alla legislazione americana, così come la maggior parte delle ricerche citate sono state condotte con campioni costituiti da persone TGNC americane. Gli

psicologi italiani potranno riferirsi all' *Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere* (ONIG) (<http://www.onig.it/drupal/>) per avere una visione d'insieme sull'attuale legge che regola il percorso di transizione delle persone TGNC e dei centri italiani che si occupano specificamente di questa popolazione. Nonostante queste cruciali

8

Adattamento italiano delle “Linee-guida per la pratica psicologica ...

differenze, relativamente alle prestazioni sanitarie collegate al percorso di transizione, tutti i centri italiani raggruppati attorno all'ONIG si rifanno alle attuali linee-guida della *World Professional Association for Transgender Health*. Ciò rende le presenti linee-guida facilmente adattabili al contesto italiano.

Ci auguriamo che tutti gli psicologi italiani possano attingere a queste linee-guida per il proprio lavoro indirizzato alle persone TGNC, nell'auspicio che queste ultime si possano sentire sempre più riconosciute e che, soprattutto, ricevano cure adeguate, competenti e scientificamente informate.

9

Introduzione

La popolazione transgender e gender nonconforming (TGNC) include tutte quelle persone la cui identità di genere non è del tutto allineata al sesso assegnato alla nascita. L'esistenza delle persone TGNC è stata documentata in numerosi contesti storico-culturali (Coleman, Colgan, & Gooren, 1992; Feinberg, 1996; Miller & Nichols, 2012; Schmidt, 2003). Secondo stime recenti, l'attuale popolazione TGNC spazia da 0,17 a 1,333 ogni 100.000 individui (Meier

& Labuski, 2013). La *Massachusetts Behavioral Risk Factor Surveillance Survey* ha rilevato che tra il 2009 e il 2011 lo 0,5% della popolazione adulta di età compresa tra i 18 e i 64 anni si identificava come TGNC (Conron, Scott, Stowell, & Landers, 2012). È comunque pre-somibile che questi dati non rappresentino l'effettiva numerosità della popolazione TGNC,

considerate le difficoltà insite nel processo di raccolta delle informazioni demografiche esaurienti su questa popolazione (Meier & Labuski, 2013). Negli ultimi due decenni, la ricerca sulle persone TGNC ha visto un notevole incremento. Quest'aumento di conoscenze, cui ha contribuito la stessa comunità TGNC, ha avuto come effetto lo sviluppo di una pratica sempre più orientata ad un approccio affermativo all'interno delle molteplici discipline sanitarie coinvolte nell'assistenza delle persone TGNC (Bockting, Knudson, & Goldberg, 2006; Coleman et al., 2012). La ricerca ha ampiamente documentato le esperienze di stigma e discriminazione riportate dalle persone TGNC (Grant et

10

Adattamento italiano delle “Linee-guida per la pratica psicologica ...

al., 2011) e le conseguenze che queste hanno sulla salute mentale lungo l'intero arco di vita (Bockting, Miner, Swinburne Romine, Hamilton, & Coleman, 2013), tra cui elevati tassi di depressione (Fredriksen-Goldsen et al., 2014) e suicidalità (Clements-Nolle, Marx, & Katz, 2006). La mancanza di un approccio affermativo nell'ambito dell'assistenza alla salute mentale e fisica rappresenta tradizionalmente una barriera per le persone TGNC (Fredriksen-Goldsen et al., 2014; Garofalo, Deleon, Osmer, Doll, & Harper, 2006; Grossman & D'Augelli, 2006), a cui talvolta l'assistenza stessa è negata a causa della loro identità di genere (Xavier et al., 2012).

Nel 2009, una survey condotta dalla *Task Force on Gender Identity and Gender Variance* dell'*American Psychological Association* (APA) ha rilevato che meno del 30% degli psicologi e degli studenti laureati reclutati riferiva di avere familiarità con le questioni relative alle persone TGNC (APA TFGIGV, 2009). Psicologi ed altri professionisti della salute mentale che hanno scarsa formazione ed esperienza nella cura affermativa possono danneggiare queste persone (Mikalson, Pardo, & Green, 2012; Xavier et al., 2012). Gli alti tassi di stigma sociale e discriminazione che colpiscono le persone TGNC, le conseguenze nell'ambito della salute mentale e la scarsa familiarità degli psicologi con l'approccio affermativo hanno spinto la *Task Force* dell'APA ad elaborare linee guida per la pratica psicologica, con l'obiettivo di massimizzare l'efficacia dei servizi, evitando danni nel lavoro con gli utenti TGNC e con le loro famiglie.

Obiettivo

L'obiettivo delle “Linee-Guida per la Pratica Psicologica con Persone Transgender e Gender Nonconforming” (da ora Linee-Guida) è quello di assistere gli psicologi nell'offerta di una pratica psicologica rivolta alle persone TGNC culturalmente

Introduzione

11

competente, appropriata e di tipo affermativo. Una pratica affermativa equivale ad un'offerta di cura rispettosa, consapevole e supportiva delle identità e delle esperienze di vita delle persone TGNC (Korell & Lorah, 2007). Le Linee-Guida rappresentano una prima risorsa per gli psicologi che incontrano utenti TGNC nella propria pratica, ma possono essere utili anche per gli psicologi già esperti in quest'area per perfezionare i servizi offerti alle persone TGNC. Le Linee-Guida includono anche una serie di definizioni per i lettori che hanno scarsa familiarità con il lessico relativo all'identità di genere e alla popolazione TGNC

(vedi Appendice A). Il termine “cisgender”, in qualche modo opposto a “TGNC”, è usato in riferimento alle persone il cui sesso biologico è allineato all'identità di genere (E. R. Green, 2006; Serano, 2006).

Date le ulteriori complessità che si pongono nel lavoro con i giovani TGNC o che ancora si interrogano a riguardo (*gender-questioning*) e considerati i limiti della ricerca disponibile, le Linee-Guida si focalizzano principalmente, ma non esclusivamente, sugli adulti TGNC. Future revisioni approfondiranno il focus sui bambini e sugli adolescenti TGNC e *gender-questioning*. Le Linee-Guida analizzano i punti di forza delle persone TGNC, le sfide a cui esse fanno fronte, questioni etiche e legali, considerazioni sul ciclo di vita, ricerca, educazione, formazione e questioni sanitarie.

Poiché le questioni relative all'identità di genere vengono spesso confuse con quelle che concernono l'espressione di genere o l'orientamento sessuale, la

pratica psicologica con la popolazione TGNC necessita l'acquisizione di conoscenze specifiche; tali questioni non sono disciplinate da altre linee guida (APA, 2012). Non rientra nello scopo di queste Linee-Guida la trattazione di altre questioni, come i possibili conflitti vissuti dalle persone cisgender a causa delle aspettative sociali legate ai ruoli di genere (Butler, 1990) o le persone intersessuali (Dreger, 1999; Preves, 2003).

12

Adattamento italiano delle “Linee-guida per la pratica psicologica ...

Analisi dei bisogni

Nel 2005, il Consiglio dei Rappresentanti dell'APA ha auto-rizzato la formazione della *Task Force on Gender Identity and Gender Variance* (TFGIGV) con lo scopo di esaminare le politiche che interessano le persone TGNC e di fornire all'APA delle raccomandazioni volte a garantire la massima responsività rispetto ai bisogni degli utenti TGNC (APA TFGIGV, 2009). Nel 2009, il Consiglio dei Rappresentanti APA ha adottato la *Resolution on Transgender, Gender Identity, & Gender Expression Non-Discrimination*, che fa appello agli psicologi affinché assicurino nella loro pratica professionale un trattamento appropriato e non discriminatorio: li esorta ad assumere la leadership nella lotta alla discriminazione; incoraggia un'offerta adeguata di servizi di cura rivolti alla salute fisica e mentale; riconosce l'efficacia, i benefici e la necessità medica del processo di transizione di genere; supporta l'accesso ad un trattamento adeguato in ambienti istituzionali; e supporta lo sviluppo di risorse educative per la professione psicologica (Anton, 2009). Nel 2009, in un approfondito report sullo stato attuale della pratica psicologica con le persone TGNC, il TFGIGV ha ritenuto che in questo campo ci fossero conoscenze e competenze sufficienti per lo sviluppo di linee guida per la popolazione TGNC (APA TFGIGV, 2009). Il report ha riconosciuto la popolazione TGNC come portatrice di bisogni peculiari, valutando l'elaborazione di linee guida per la pratica come una preziosa risorsa (APA TFGIGV, 2009). La relativa mancanza di conoscenze psicologiche circa le persone TGNC e le cure affermative, il livello di stigmatizzazione sociale e di discriminazione con cui esse si scontrano, con le notevoli ricadute sulla salute mentale, concorrono al delinearsi del bisogno urgente di una guida per la pratica psicologica rivolta a questa popolazione.

Introduzione

Utenza

La presente guida si rivolge agli psicologi che operano in ambito clinico, di ricerca, educativo e formativo. Poiché una persona TGNC

si imbatte in questioni identitarie relative al genere in ogni momento della sua vita (Lev, 2004), i clinici potrebbero incontrare dei clienti che presentano una problematica che solo successivamente potrebbe evolvere in una questione che riguarda l'identità e l'espressione di genere. Ricercatori, educatori e formatori potranno ricorrere a queste Linee-Guida per il loro lavoro anche quando esso non è specificamente incentrato sulla popolazione TGNC. Gli psicologi che si concentrano sulle popolazioni TGNC nella propria pratica clinica e di ricerca o in attività educative e formative potranno di certo trarre beneficio dall'impiego di queste Linee-Guida.

Distinzione tra Standard e Linee-Guida

È opportuno che, nell'utilizzo di queste Linee-Guida, gli psicologi siano al corrente dell'importante distinzione proposta dall'APA tra *Standard* e *Linee-Guida* (Reed, McLaughlin, & Newman, 2002). Gli standard rappresentano dei mandati a cui tutti gli psicologi devono attenersi (ad esempio, gli *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*; APA, 2010), mentre le linee guida rappresentano dei propositi. Gli psicologi sono invitati ad utilizzare queste Linee-Guida facendo riferimento congiuntamente agli *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct* e devono essere consapevoli che le leggi statali e federali potrebbero ignorare queste Linee-Guida (APA, 2010).

Inoltre, queste Linee-Guida si riferiscono alla pratica psicologica (ad esempio, al lavoro clinico, alla consultazione, all'educazione, alla ricerca e alla formazione) piuttosto che al trattamento.

Esse sono indirizzate specificamente agli operatori e forniscono

Adattamento italiano delle “Linee-guida per la pratica psicologica ...

una guida per i professionisti in merito “alla condotta e alle questioni rilevanti in particolari aree della pratica clinica” (Reed et al., 2002, p. 1044). Le Linee-Guida per il trattamento sono centrate sul cliente e forniscono specifiche indicazioni in merito all’intervento rivolto ad una determinata popolazione o condizione clinica (Reed et al., 2002). Il presente lavoro è, invece, destinato ad integrare le linee guida al trattamento per le persone TGNC che si rivolgono a servizi di salute mentale, come quelli preposti dalla *World Association Professional for Transgender Health Standards of Care* (Coleman et al., 2012) e dall’ *Endocrine Society* (Hembree et al., 2009).

Conformità

Le Linee-Guida presentate in questo lavoro sono conformi agli *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct* dell’APA (2010), agli *Standards of Accreditation for Health Service Psychology* (APA, 2015), al report dell’APA TFGIGV (2009) e, infine, all’APA *Council of Representatives Resolution on Transgender, Gender Identity,*

& Gender Expression Non-Discrimination (Anton, 2009).

Processo di sviluppo delle Linee-Guida

Accogliendo una delle raccomandazioni formulate dall’APA TFGIGV (2009), l’APA *Committee on Sexual Orientation and Gender Diversity* (CSOGD; chiamata poi *Committee on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Concerns*) e la Divisione 44 (la *Society for the Psychological Study of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Issues*) hanno dato avvio, nel 2011, alla *Task Force on Psychological Practice Guidelines with Transgender and Gender Nonconforming People*. I membri della *Task Force* sono stati selezionati attraverso una richiesta personale ed un processo di revisione condotto dalla

Introduzione

CSOGD e dalla Divisione 44. La *Task Force* comprendeva dieci membri esperti nella pratica psicologica con le persone TGNC, di cui cinque TGNC e cinque cisgender; inoltre, sei membri erano caucasici e quattro non caucasici (uno indo-americano, uno sino-americano, uno latino-americano, ed uno meticcio).

La *Task Force* ha realizzato una rassegna globale degli studi esistenti sull'argomento, selezionando i contenuti più pertinenti alla pratica psicologica con le persone TGNC e valutandone il livello di evidenza scientifica. Per garantire la precisione e l'esaustività di queste Linee-Guida, i membri della *Task Force* hanno incontrato i gruppi della comunità TGNC, consultando gli esperti in materia psicologica e non. Di fronte ad eventuali disaccordi che potevano emergere tra i professionisti, la *Task Force* ha descritto i vari approcci documentati in letteratura. In aggiunta, queste Linee-Guida sono anche state influenzate dagli interventi occorsi nell'ambito di convegni professionali, nonché dalle osservazioni raccolte in due cicli di dibattiti pubblici in cui sono state discusse versioni abbozzate delle Linee-Guida.

Questo documento contiene sedici linee guida per la pratica psicologica con le persone TGNC. Ciascuna di esse è costituita da una premessa teorica (Fondamento logico) che prende in esame gli studi che la supportano e da una sezione applicativa (Applicazione) che ne descrive le possibili applicazioni nella pratica psicologica. Le Linee-Guida sono organizzate in cinque raggruppamenti: (a) conoscenze e cautele fondamentali; (b) stigma, discriminazione e barriere alle cure; (c) sviluppo nel ciclo di vita; (d) valutazione, terapia, intervento; (e) ricerca, educazione, formazione.

Il progetto è stato finanziato da: Divisione 44 (*Society for the Psychological Study of LGBT Issues*), *APA Office on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Concerns*, un contributo offerto dalla *Committee on Division/APA Relations (CODAPAR)*, e alcune donazioni giunte da parte di Randall Ehrbar e Pamela St. Amand.

Vanno menzionati infine i compensi per le presentazioni (per esempio, onorari) o diritti (contratti editoriali) basati, in parte, sui contenuti di queste Linee-Guida.

Selezione dell'evidenza

Nonostante l'incremento di pubblicazioni sull'argomento, l'area della pratica affermativa TGNC resta ampiamente inesplorata dalla letteratura e dalla ricerca. La Task Force, dove possibile, ha selezionato articoli peer-reviewed, ma ha anche considerato libri, capitoli e report che in genere non sono sottoposti ad un alto livello di peer review. Tali fonti provengono da vari campi professionali che si occupano di salute mentale, tra i quali la psicologia, il counseling, l'assistenza sociale e la psichiatria. Molti studi sulle persone TGNC utilizzano campioni di piccole dimensioni e ciò limita la generalizzabilità dei risultati. Pochi studi sulle persone TGNC utilizzano campioni probabilistici o gruppi di controllo randomizzati (per es., Conron et al., 2012; Dhejne et al., 2011). La *Task Force* si è basata perlopiù su studi che hanno utilizzato campioni di convenienza che, se da un lato non sono estendibili alla popolazione nel suo complesso, pongono però in evidenza questioni e condizioni importanti.

17

Conoscenza di base
e consapevolezza

Linea-guida 1

“Lo psicologo comprende che il genere è un costrutto non binario che ammette un'ampia gamma di possibilità delle identità di genere e che l'identità di genere di una persona può essere o meno congruente con sesso assegnato alla nascita”

Fondamento logico

L'identità di genere è definita come il senso intimo, profondo e soggettivo di essere una ragazza, una donna, una femmina; un ragazzo, un uomo, un maschio; una combinazione tra maschile o femminile; o un genere alternativo (Bethea & McCollum, 2013; Institute of Medicine [IOM], 2011). In molte culture e tradizioni religiose, il genere è stato concepito come un costrutto binario, definibile tramite le categorie mutuamente esclusive di maschio o femmina, ragazzo o ragazza, uomo o donna (Benjamin, 1966; Mollenkott, 2001; Tanis, 2003). Questa dicotomia comporta l'idea che l'identità di genere si allinei sempre al sesso assegnato alla nascita (Bethea & McCollum, 2013). Nelle persone TGNC, tutta-via, l'identità di genere non corrisponde al sesso assegnato alla nascita a vari livelli e può essere vissuta ed espressa al di fuori

18

Adattamento italiano delle “Linee-guida per la pratica psicologica ...

del binarismo di genere (Harrison, Grant, & Herman, 2012; Kuper, Nussbaum, & Mustanski, 2012).

Il genere come costrutto non dicotomico è stato studiato per decenni (Benjamin, 1966; Herdt, 1994; Kulick, 1998). Nel corso della storia e in varie culture si hanno testimonianze di riconoscimento, accettazione sociale e, talora, riverenza della diversità nell'identità e nell'espressione di genere (Coleman et al., 1992; Feinberg, 1996; Miller & Nichols, 2012; Schmidt, 2003). In molte culture, la visibilità di individui e gruppi *gender nonconforming* è diminuita per effetto del processo di occidentalizzazione, del colonialismo e della disuguaglianza sistemica (Nanda, 1999).

Nel ventesimo secolo, l'espressione TGNC entra in campo medico (Hirschfeld, 1910/1991), con i primi interventi chirurgici mirati al riallineamento del sesso assegnato alla nascita e dei caratteri sessuali secondari con l'identità di genere (Meyerowitz, 2002).

Già nei primi anni '50, la ricerca ha evidenziato la variabilità con cui un

individuo può descrivere il proprio genere: alcuni soggetti riportavano un'identità di genere che trascendeva le categorie culturalmente definite e mutuamente esclusive di uomo o donna (Benjamin, 1966). In ampie survey online realizzate recentemente negli Stati Uniti con soggetti TGNC, un range che varia dal 30 al 40% dei partecipanti non riconosce la propria identità di genere come maschile o femminile (Harrison et al., 2012; Kuper et al., 2012). Sebbene alcuni studi abbiano in-teso il genere in senso più ampio (Conron, Scout, & Austin, 2008), la maggior parte delle ricerche ha richiesto una scelta forzata tra uomo e donna, impedendo in tal modo una rappresen-tazione della varianza di genere (IOM, 2011). Negli ultimi vent'anni, la ricerca ha dimostrato l'esistenza di un ampio spettro di identità ed espressioni di genere (Bockting, 2008; Harrison et al., 2012; Kuper et al., 2012) che include persone che si

Conoscenza di base e consapevolezza 19

identificano sia come uomo che come donna, né come uomo né come donna, una mescolanza di uomo e donna, o con una personale ed unica identità di genere. L'identificazione di una persona come TGNC, lungi dall'essere in sé patologica, può costituire un processo sano ed auto-affermativo (Coleman et al., 2012). Tuttavia, queste persone possono vivere uno stress associato da un lato alla discordanza tra l'identità di genere e il loro corpo o sesso biologico, dall'altro allo stigma sociale e alla discriminazione (Coleman et al., 2012).

Tra la fine degli anni '60 e i primi anni '90, i trattamenti sanitari finalizzati ad alleviare la disforia di genere hanno perlopiù rinforzato la concezione dicotomica del genere (APATFGIGV, 2009; Bolin, 1994; Hastings, 1974). Si era così portati a ritenere che la cosa ottimale da fare, per le persone TGNC, fosse confor-mare la propria identità di genere al sesso assegnato alla nascita o, laddove ciò non fosse stato possibile, conformarsi al sesso opposto. Tali persone erano, dunque, in un modo o nell'altro, spinte ad adeguarsi il più possibile alla popolazione cisgender, cercando di passare per cisgender (APA TFGIGV, 2009; Bolin, 1994; Hastings, 1974). La possibilità che una persona TGNC potesse effettuare la transizione con successo poteva generare un certo scetticismo nei professionisti della salute. Queste perples-sità potevano costituire un ostacolo all'accesso alla chirurgia o alla terapia ormonale, data la necessità di un'autorizzazione medica e psicologica preliminare ad un

intervento di tipo chirurgico o ormonale (Berger et al., 1979). Grazie soprattutto ai movimenti di *self-advocacy* delle persone e delle comunità TGNC

negli anni '90, ai progressi nel campo della ricerca e allo sviluppo di modelli di cura affermativi, lo spettro delle varianze di genere ha visto un maggiore riconoscimento ed accettazione (Bockting et al, 2006; Coleman et al., 2012).

20

Adattamento italiano delle “Linee-guida per la pratica psicologica ...

Applicazione

Avere una visione non dicotomica del genere è fondamentale ai fini di un'assistenza affermativa per le persone TGNC. Gli psicologi sono chiamati ad adattare o rielaborare il proprio modo d'intendere il genere, percependo le variazioni identitarie come sane e normative. In virtù di questa concezione dell'identità e dell'espressione di genere, insieme alla consapevolezza che l'identità di genere può non essere allineata al sesso assegnato alla nascita, gli psicologi possono migliorare la propria capacità di assistere le persone TGNC, la loro famiglia e la loro comunità (Lev, 2004). È

possibile migliorare la salute, il benessere e la qualità della vita delle persone TGNC, nella misura in cui il loro processo di definizione identitaria e le loro esperienze di vita incontrano rispetto e supporto (Witten, 2003).

La mancanza di modelli identitari di riferimento visibili e positivi può portare molte persone TGNC ad isolarsi e ad affrontare lo stigma sociale senza guida e supporto, aggravandone così l'effetto nocivo sulla salute mentale (Fredriksen-Goldsen et al., 2014; Singh, Hays, & Watson, 2011). Gli psicologi possono offrire sostegno alle persone TGNC nel far fronte ai modelli normativi e agli stereotipi di genere e nell'esplorare la propria identità ed espressione di genere nella loro peculiarità. Le persone TGNC, i loro partner, le famiglie, gli amici e la comunità possono beneficiarsi di un'azione educativa che sia in grado di promuovere una visione sana delle variazioni nell'identità e dell'espressione di genere, così come di scardinare l'errato presupposto dell'automatica coincidenza dell'identità di genere con il sesso biologico.

Gli psicologi possono lavorare sull'accettazione dell'ambiguità così da consentire alle persone TGNC di sviluppare ed esplorare gli aspetti del proprio genere, soprattutto nel periodo infantile ed adolescenziale. L'assunzione di un atteggiamento non giudicante verso la non conformità di genere può agevolare il contrasto allo

Conoscenza di base e consapevolezza 21

stigma che grava in modo pervasivo su molte persone TGNC e fornire un ambiente sicuro che consenta l'esplorazione dell'identità di genere e le decisioni circa l'espressione di genere.

Linea-guida 2

“Lo psicologo comprende che l'identità di genere e

l'orientamento sessuale sono costrutti tra loro

distinti ma interrelati”

Fondamento logico

I costrutti dell'identità di genere e dell'orientamento sessuale, spesso tra loro confusi anche dagli stessi professionisti, si distinguono sia sul piano teorico che clinico. Alcune ricerche suggeriscono un possibile legame nei processi di sviluppo di questi differenti aspetti identitari, ma i meccanismi di questa relazione rimangono ancora sconosciuti (Adelson & *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry [AACAP] Committee on Quality Issues [CQI]*, 2012; APA TFGIGV, 2009; A. H. Devor, 2004; Drescher

& Byne, 2013).

L'orientamento sessuale si riferisce all'attrazione sessuale e/o emotiva di una persona verso un'altra (Shively & De Cecco, 1977), mentre l'identità di genere è definita come il sentimento individuale di appartenere ad un genere. Generalmente, lo sviluppo dell'identità di genere precede quello dell'orientamento sessuale.

L'identità di genere viene a definirsi tendenzialmente nella prima infanzia (Adelson & AACAP CQI, 2012; Kohlberg, 1966), mentre la consapevolezza dell'attrazione per lo stesso sesso emerge nella prima adolescenza (Adelson & AACAP CQI, 2012; D'Augelli & Hershberger, 1993; Herdt & Boxer, 1993; Ryan, 2009; Savin-Williams & Diamond, 2000). Sebbene l'identità di genere venga soli-

22

Adattamento italiano delle "Linee-guida per la pratica psicologica ...

tamente a strutturarsi molto precocemente nel periodo infantile, è possibile che la consapevolezza della non coincidenza della propria identità di genere con il sesso stabilito alla nascita venga a definirsi solo più tardi, in adolescenza o in età adulta. La traiettoria evolutiva dell'identità di genere si dispiega tipicamente attraverso una progressione multifasica che include processi di consapevolezza, esplorazione, espressione e integrazione dell'identità (Bockting & Coleman, 2007; A. H. Devor, 2004; Vanderburgh,

2007).

Analogamente, l'orientamento sessuale di una persona può progredire attraverso più fasi di consapevolezza, esplorazione e identità a partire dall'adolescenza fino all'età adulta (Bilodeau & Renn, 2005). Così come alcune persone vivono il proprio orientamento sessuale in modo fluido o variabile (L. M. Diamond, 2013), altre vivono la propria identità di genere come fluida (Lev, 2004).

Mettere in discussione il proprio genere sessuale può creare grande confusione, soprattutto laddove se non si abbia contezza dell'esistenza dell'estrema e variabile declinabilità delle identità di genere. La difficoltà dei processi di decodifica, di significazione della discordanza percepita tra il sesso assegnato alla nascita, le relative aspettative sociali, i pattern di attrazione sessuale e romantica e/o la non conformità al ruolo e all'identità di genere, può erroneamente portare alcune persone TGNC a ritenere di essere omosessuali, bisessuali o queer (Bockting, Benner, & Coleman, 2009). La focalizzazione dell'attenzione sul solo orientamento sessuale e l'attribuzione ad esso della causa dei propri vissuti di discordanza con il sesso assegnato alla nascita può mettere in ombra la piena consapevolezza della propria identità TGNC. È, pertanto, estremamente importante aiutare la persona ad esplorare la propria dimensione identitaria, considerando entrambe le dimensioni e ricercando la propria specificità, la propria singolarità declinativa dell'identità di genere. Va, infatti, sottolineato che molti adulti TGNC hanno occultato o respinto il proprio vissuto dell'incon-

Conoscenza di base e consapevolezza 23

gruenza di genere in età infantile o adolescenziale per conformarsi alle norme sociali e minimizzare la paura indotta dalla propria diversità (Bockting & Coleman, 2007; Byne et al., 2012).

Poiché il genere e i pattern di attrazione vengono utilizzati per identificare l'orientamento sessuale di una persona, l'articolazione dell'orientamento sessuale si fa più complessa quando il sesso assegnato alla nascita non è conforme con l'identità di genere. L'orientamento sessuale di una persona non si può determinare semplicemente attraverso le manifestazioni esteriori o il comportamento, ma deve includere l'identità e l'auto-identificazione di una

persona (Broido, 2000).

Applicazione

Gli psicologi possono aiutare le persone a differenziare l'identità di genere e l'orientamento sessuale. Nel momento in cui i clienti diventano consapevoli degli aspetti precedentemente nascosti o conflittuali della propria identità di genere o della propria sessualità, gli psicologi possono offrire accoglienza, sostegno e comprensione, guardandosi bene dall'avanzare ipotesi o imposizioni circa uno specifico orientamento sessuale o identità di genere da assumere (APA TFGIGV, 2009). In ragione del loro ruolo legato alla valutazione, al trattamento e alla prevenzione, gli psicologi si trovano in una posizione peculiare nell'aiutare le persone TGNC a comprendere meglio e ad integrare i vari aspetti identitari. Gli psicologi possono aiutare le persone TGNC a chiarire i propri vissuti interiori relativi all'identità e all'espressione di genere. Nel momento in cui una persona TGNC trova una sua modalità per attualizzare ed esprimere la propria identità di genere, gli psicologi possono osservare che aspetti inerenti l'orientamento sessuale fino a quel momento percepiti come incongrui divengono man mano più salienti, meglio integrati ed egosintonici (Bockting et al., 2009; H. Devor, 1993; Schleifer, 2006). Questo

24

Adattamento italiano delle "Linee-guida per la pratica psicologica ...

processo può consentire alle persone TGNC di essere maggiormente a proprio agio con se stesse, dando loro l'opportunità di esplorare pattern di attrazione o altri aspetti del proprio orientamento sessuale in precedenza repressi, nascosti, o in conflitto con la propria identità. Le persone TGNC possono trovarsi così a sperimentare una rinnovata esplorazione del proprio orientamento sessuale, a prendere contatto con uno spettro allargato di possibili pattern di attrazione sessuale o a riconsiderare il proprio orientamento sessuale all'interno del processo di acquisizione di un'identità TGNC (Coleman, Bockting, & Gooren, 1993; Meier, Pardo, Labuski, & Babcock, 2013; Samons, 2008).

Potrebbe essere necessario offrire a queste persone informazioni circa le molteplici possibilità declinative delle identità TGNC, fornendo loro un linguaggio utile a descrivere la discordanza e la confusione che potrebbero sperimentare. Per facilitarne l'apprendimento, gli psicologi potrebbero ricorrere a racconti di persone TGNC utili a chiarire la molteplicità di esiti e processi di sviluppo dell'esplorazione e dell'affermazione dell'identità di genere (per es., Bornstein & Bergman, 2010; Boylan, 2013; J. Green, 2004; Krieger, 2011; Lawrence, 2014). Queste risorse potrebbero aiutare le persone TGNC a differenziare le questioni relative all'orientamento sessuale da quelle relative all'identità di genere e, nella loro singolarità, a collocarsi all'interno dello spettro declinativo dei generi sessuali. Gli psicologi potrebbero inoltre implementare attività educative rivolte alle famiglie e ai sistemi comunitari più ampi (ad esempio, le scuole e i sistemi sanitari), promuovendo, all'interno di tali contesti, una migliore comprensione delle differenze e delle interrelazioni tra identità di genere e orientamento sessuale, specie nel lavoro con i giovani (Singh & Burnes, 2009; Whitman, 2013).

Dal momento che, spesso anche da parte degli stessi professionisti, i due costrutti sono spesso confusi, gli psicologi sono chiamati a monitorare accuratamente la qualità di quei servizi che sosten-

Conoscenza di base e consapevolezza 25

gono di fornire risorse affermative per le persone lesbiche, gay, bisessuali, transgender e queer (LGBTQ), verificando l'effettivo riconoscimento e l'inclusione dei bisogni della popolazione TGNC

prima di riferire ad essi eventuali persone TGNC.

Linea-guida 3

“Gli psicologi cercano di comprendere l'intersezione fra l'identità di genere e le altre identità culturali delle persone TGNC”

Fondamento logico

L'identità e l'espressione di genere possono intrecciarsi pro-fondamente con altri aspetti identitari (Collins, 2000; Warner, 2008), quali l'etnia, la razza, l'età, l'istruzione, la condizione socio-economica, lo status di immigrato, l'occupazione, la condizione di disabilità, la sieropositività, l'orientamento sessuale, lo status relazionale, la religione e/o l'affiliazione spirituale. Mentre alcuni di questi aspetti identitari possono comportare dei privilegi, altri generano stigma e ostacolano l'*empowerment* (Burnes & Chen, 2012; K. M. de Vries, 2015). Inoltre, le persone TGNC che stanno vivendo la fase di transizione potrebbero non essere pronte a perdere i privilegi che hanno le persone cisgender e ad un cambiamento di atteggiamento da parte della società verso la propria identità ed espressione di genere. Ad esempio, un uomo afro-americano trans può acquisire privilegi maschili, ma al contempo scontrarsi con il razzismo e lo stigma sociale che grava sulla popolazione afroamericana. Una donna trans asiatica o polinesiana può godere dei vantaggi dell'essere percepita come donna cisgender, ma può anche sperimentare sessismo e misoginia di cui sono vittime le donne cisgender del suo gruppo etnico.

26

Adattamento italiano delle "Linee-guida per la pratica psicologica ...

L'intersezione tra le identità multiple nelle vite delle persone TGNC può nel suo complesso intralciare o facilitare l'accesso alle necessarie risorse di supporto (Daley, Solomon, Newman, & Mishna, 2007). Le persone TGNC con privilegi limitati e/o con identità multiple stigmatizzate potrebbero sperimentare uno stress maggiore ed un accesso limitato alle risorse. D'altra parte, esse possono far fronte alle condizioni sfavorevoli sviluppando resilienza ed individuando le risorse comunitarie disponibili per specifici gruppi (ad esempio, per le persone che vivono con l'HIV; Singh et al., 2011). L'affermazione dell'identità di genere può inoltre entrare in conflitto con le credenze o le tradizioni religiose (Bockting & Cesaretti, 2001). Per le persone TGNC l'opportunità di coltivare positivamente le proprie credenze e

tradizioni di carattere religioso e spirituale, insieme ad una relazione costruttiva con i leader religiosi, può rappresentare una significativa risorsa (Glaser, 2008; Porter, Ronneberg, & Witten, 2013; Xavier, 2000).

Applicazione

Gli psicologi devono impegnarsi a riconoscere i molteplici aspetti identitari che si intersecano in una persona TGNC, poiché essi influenzano le strategie di coping, la discriminazione e la resilienza (Burnes & Chen, 2012). Un rapporto costruttivo e l'alleanza terapeutica hanno maggiore possibilità di svilupparsi nella misura in cui gli psicologi evitino di dare peso eccessivo all'identità e all'espressione di genere laddove tali aspetti non siano direttamente implicati rispetto ai bisogni e alle preoccupazioni delle persone TGNC. Anche quando l'identità di genere è il focus centrale della cura, gli psicologi dovrebbero pensare che il modo in cui una persona TGNC esperisce il proprio genere può essere plasmato da altri aspetti identitari importanti (ad esempio, età, etnia, orientamento sessuale) e che la salienza di questi ultimi può evolversi nel corso

Conoscenza di base e consapevolezza 27

dello sviluppo psicosociale, indipendentemente dal completamento della transizione sul piano sociale o medico.

L'intersezione tra più identità può talvolta dar luogo a conflitti: si pensi alla non facile integrazione per una persona TGNC dell'identità di genere con le credenze spirituali e religiose (Kidd & Witten, 2008; Levy & Lo, 2013; Rodriguez & Follins, 2012). Gli psicologi possono aiutare le persone TGNC a comprendere e ad integrare le identità che sono diversamente accolte nell'ambito dei sistemi di potere e della disegualianza sistemica (Burnes & Chen, 2012). Gli psicologi possono anche mettere in risalto e promuovere lo sviluppo di competenze e la resilienza delle persone TGNC, che imparerebbero così a gestire l'intersezione delle identità stigmatizzate (Singh, 2012).

Linea-guida 4

“Gli psicologi sono consapevoli di come le proprie

attitudini e conoscenze circa l'identità e l'espressione

di genere possano influenzare la qualità della cura che viene fornita alle persone TGNC e alle loro famiglie”

Fondamento logico

Gli psicologi, così come tutti gli altri membri della società, giungono ad una comprensione e accettazione personale delle differenze umane attraverso il processo di socializzazione. I loro bias, così come le differenze culturali rispetto ai loro clienti, hanno un impatto sul piano clinico (Israel, Gorcheva, Burnes, & Walther, 2008; Vasquez, 2007). Preconcetti, bias e atteggiamenti che gli psicologi hanno verso le persone TGNC e verso l'identità e/o l'espressione di genere possono influire sulla qualità dei servizi psicologici offerti e sulla capacità di strutturare un'efficace alleanza terapeutica

28

Adattamento italiano delle “Linee-guida per la pratica psicologica ...

(Bess & Stabb, 2009; Rachlin, 2002). Inoltre, la mancanza di conoscenze o una formazione inadeguata circa l'approccio affermativo alla cura delle persone TGNC può limitare l'efficacia del lavoro di uno psicologo (Bess & Stabb, 2009; Rachlin, 2002). Gli stessi psicologi che hanno esperienza con persone lesbiche, gay o bisessuali (LGB) potrebbero non avere familiarità con le persone TGNC

(Israel, 2005; Israel et al., 2008). In alcune indagini condotte a livello comunitario, le persone TGNC hanno riportato che molti operatori della salute mentale non hanno conoscenze e competenze basilari per la cura rivolta a questa popolazione (Bradford, Xavier, Hendricks, Rives, & Honnold, 2007; Xavier, Bobbin, Singer, & Budd, 2005) e che ricevono una formazione limitata che non li prepara adeguatamente al lavoro con questa fascia di utenza (APA TFGIGV, 2009; Lurie, 2005). La *National Transgender Discrimination Survey* (Grant et al., 2011), ad esempio, ha rilevato che il 50% delle persone TGNC intervistate ha dovuto istruire il proprio operatore sanitario sulle cure da rivolgere alle persone TGNC, il 28% ha rinviato la ricerca di assistenza medica a causa dei pregiudizi e al 19% è stata negata l'assistenza a causa della discriminazione.

Il codice etico dell'APA (2010) stabilisce che gli psicologi debbano operare

soltanto nelle aree di loro pertinenza (Standard 2.01), impegnandosi in modo proattivo e consistente per migliorare le proprie competenze (Standard 2.03) e basando il loro lavoro sul sapere scientifico e professionale istituzionalizzato (Standard 2.04). Le competenze per lavorare con persone TGNC

possono essere sviluppate attraverso un'ampia gamma di attività, quali educazione, training, esperienze con supervisori, consultazione, studio o esperienze professionali.

Applicazione

Sono diversi gli ambiti in cui lo psicologo può trovarsi a lavorare con persone TGNC; per questo, la profondità e il livello di prepa-

Conoscenza di base e consapevolezza 29

razione e competenza che gli sono richiesti variano a seconda del tipo e della complessità di servizio offerto. Per offrire servizi alla popolazione TGNC, gli psicologi devono conoscere questa popolazione ed i suoi bisogni e avere la capacità di rapportarsi rispetto-samente ad essa secondo l'approccio affermativo (L. Carroll, 2010).

L'APA sostiene il ricorso a pratiche *evidence-based* (*APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice*, 2006), che possono essere particolarmente significative nel lavoro con le persone TGNC, considerata la facilità con cui pregiudizi e stereotipi influenzano un trattamento. Dal momento che le pratiche *evidence-based* sono sviluppate in modo specifico per le persone TGNC, gli psicologi sono chiamati ad utilizzarle nelle cure da loro fornite.

L'APA incoraggia inoltre la collaborazione con i clienti in merito alle decisioni cliniche, comprese le questioni relative ai costi, ai potenziali benefici e alle possibili opzioni e risorse legate al trattamento (*APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice*, 2006). Le persone TGNC possono trarre beneficio dal collaborare e dall'essere attivamente coinvolte nelle decisioni, considerando anche la privazione di diritti e di *empowerment* di cui sono storicamente vittime nel settore sanitario.

Nel tentativo di sviluppare competenze nel lavoro con le persone TGNC, gli psicologi sono chiamati ad esaminare le loro credenze personali in merito al genere e alla sessualità, agli stereotipi di genere, alle identità TGNC, riconoscendo le lacune nella propria conoscenza, comprensione e accettazione (*American Counseling Association [ACA]*, 2010). Quest'esame può includere l'esplorazione della propria identità di genere e delle proprie esperienze legate al genere e relative ai privilegi, al potere o alla

marginalizzazione, così come la ricerca di una consultazione e di una formazione con psicologi esperti in materia.

Si esortano inoltre gli psicologi a sviluppare competenze nel lavorare con le persone TGNC e con le loro famiglie attraverso

30

Adattamento italiano delle “Linee-guida per la pratica psicologica ...

conoscenze aggiornate sull'identità e sull'espressione di genere e l'apprendimento delle modalità tramite le quali interagire con esse in maniera rispettosa e senza pregiudizio. La competenza nel lavoro con le persone TGNC dovrebbe essere sviluppata e consolidata in modo formale ed informale, mediante programmi di training presenti nel curriculum per futuri psicologi ed un continuo aggiornamento presso convegni professionali, fino al coinvolgimento attivo al fianco delle comunità TGNC. Al di là dell'acquisizione di competenze generali, gli psicologi che scelgono di specializzarsi in questo campo e che sono interessati in prima persona alle questioni relative all'identità di genere sono caldamente invitati a sottoporsi ad una formazione avanzata e alla supervisione (ACA, 2010; Coleman et al., 2012).

Gli psicologi possono acquisire conoscenze e familiarità sulle persone TGNC e sulle criticità di carattere sociale che le riguardano grazie ad esperienze dirette (partecipazione a riunioni e convegni o lettura di racconti scritti da persone TGNC). Si raccomanda agli psicologi non ancora sufficientemente preparati di far tesoro delle conoscenze e dell'esperienza di altri psicologi ed operatori già attivi nelle pratiche affermative.

31

Stigma, discriminazione

e barriere alle cure

Linea-guida 5

“Gli psicologi riconoscono il peso che lo stigma, il pregiudizio, la discriminazione e la violenza esercitano sulla salute e sul benessere delle persone TGNC”

Fondamento logico

Gran parte delle persone TGNC è vittima di discriminazione, dalle forme più nascoste a quelle più violente; esse vi si imbattono nel contesto abitativo, sanitario, occupazionale, formativo, pubblico e in altri servizi sociali (Bazargan & Galvan, 2012; Bradford, Reisner, Honnold, & Xavier, 2013; Dispenza, Watson, Chung, & Brack, 2012; Grant et al., 2011). La discriminazione può includere l'assunto che il sesso assegnato alla nascita sia completamente allineato con l'identità di genere, il non utilizzo del nome o pro-nome elettivo, il porre domande inopportune sul corpo o la supposizione che la varianza di genere sia qualcosa di psicopatologico (Nadal, Rivera, & Corpus, 2010; Nadal, Skolnik, & Wong, 2012). La discriminazione può anche includere la negazione dell'accesso ad un alloggio o ad un'occupazione o atti di violenza estrema (ad esempio, violenza sessuale, omicidio). Le persone TGNC con più identità stigmatizzate sono maggiormente esposte

32

Adattamento italiano delle "Linee-guida per la pratica psicologica ...

alla discriminazione e alla violenza. Le donne e le persone di colore TGNC sperimentano forme di violenza e discriminazione di gran lunga più gravi, anche da parte delle stesse forze dell'ordine, dalle quali esse hanno tra l'altro meno probabilità di ricevere aiuto (Edelman, 2011; National Coalition of Anti-Violence Programs, 2011; Saffin, 2011).

Le persone TGNC sono esposte ai rischi legati ai pregiudizi e alla discriminazione anche nei contesti educativi. In un campione americano rappresentativo di 7,898 giovani LGBT, il 55.2% dei partecipanti ha riportato molestie verbali, il 22.7% molestie fisiche e l'11.4% aggressioni fisiche a causa dell'espressione di genere (Kosciw, Greytak, Palmer, & Boesen, 2014). In un'altra indagine americana con persone TGNC di età adulta, il 15% ha riportato un abbandono prematuro del contesto educativo a causa di violenza, a partire dalla scuola materna fino all'università (Grant et al., 2011). Molte scuole non contemplano l'identità e l'espressione di genere nelle politiche di

antidiscriminazione, lasciando i giovani TGNC senza la necessaria protezione dal bullismo e dalle aggressioni nelle scuole (Singh & Jackson, 2012). Il rischio si accentua per i giovani TGNC che vivono in ambienti rurali (Kosciw et al., 2014).

Le disuguaglianze nei contesti educativi e le altre forme di discriminazione potrebbero poi riflettersi nelle notevoli disparità economiche che colpiscono la popolazione TGNC. Grant e colleghi (2011) hanno rilevato nelle persone TGNC un rischio quattro volte maggiore rispetto alle persone cisgender di avere un reddito familiare inferiore a 10.000\$ e quasi la metà di un campione di persone anziane TGNC ha riportato un reddito familiare pari o inferiore del 200% rispetto alla soglia di povertà (Fredriksen-Goldsen et al., 2014). Le persone TGNC spesso subiscono discriminazioni anche in ambito lavorativo, sia nella ricerca che nel mantenimento dell'occupazione (Brewster, Velez, Mennicke, &

Stigma, discriminazione e barriere alle cure 33

Tebbe, 2014; Dispenza et al., 2012; Mizock & Mueser, 2014). In uno studio americano non rappresentativo, il 90% dei soggetti TGNC

coinvolti ha dichiarato “di aver subito molestie o maltrattamenti sul posto di lavoro e di essersi sentito costretto a ricorrere a misure di protezione che hanno impattato negativamente sulla propria carriera o sul proprio benessere, celando per esempio la propria identità sul luogo di lavoro per evitare ripercussioni” (Grant et al., 2011, p. 56). Inoltre, il 78% degli intervistati ha riportato di aver esperito qualche tipo di maltrattamento o discriminazione sul luogo di lavoro (Grant et al., 2011). La discriminazione lavorativa può essere legata allo stigma causato dall'apparenza della persona TGNC oppure può rendere difficoltoso fornire referenze di lavoro a causa della discrepanza che emerge dai documenti di identità nella fase di pre-transizione (Bender-Baird, 2011).

Il problema della discriminazione e delle molestie sul lavoro diventa particolarmente significativo quando riguarda militari e veterani. Allo stato attuale, negli Stati Uniti le persone dichiaratamente TGNC non possono prestare servizio nelle forze armate. Nei regolamenti militari il “transessualismo” viene citato come motivo di esclusione medica dal servizio

(*Department of Defense*, 2011; Elders

& Steinman, 2014). Un militare TGNC che è, invece, già arruolato si trova di fronte a decisioni molto delicate relative al *coming out*, al percorso di transizione e alla ricerca di un'adeguata assistenza medica e psicologica e ciò può impattare fortemente sulla sua carriera militare, se non addirittura portarla a termine. Non sorprendono i dati di ricerca che documentano alti tassi di ideazione e comportamento suicidiario tra militari e veterani TGNC (Blosnich et al., 2013; Matarazzo et al., 2014). Dichiarare ad un operatore sanitario la propria identità TGNC potrebbe rappresentare un rischio per un militare (*OutServe-Servicemembers Legal Defense Network*). Tra le barriere nell'accesso alle cure sanitarie vissute dai veterani TGNC c'è anche la percezione del sistema sanitario afferente al Dipartimento degli

34

Adattamento italiano delle “Linee-guida per la pratica psicologica ...

Affari dei Veterani degli Stati Uniti d'America come un ambiente poco accogliente e il timore delle reazioni negative da parte degli operatori rispetto alla propria identità (Sherman, Kauth, Shipherd,

& Street, 2014; Shipherd, Mizock, Maguen, & Green, 2012). Un recente studio mostra che il 28% dei veterani LGBT percepisce il Dipartimento degli Affari dei Veterani come accogliente, ma un terzo del campione non è dello stesso avviso (Sherman et al., 2014). Sono attualmente in corso molte iniziative da parte del Dipartimento finalizzate a migliorare la qualità e la sensibilità dei servizi rivolti ai veterani LGBT.

A causa della diffusa presenza di discriminazioni sul posto di lavoro e degli eventuali licenziamenti successivi alla transizione, le persone TGNC potrebbero scegliere la strada della prostituzione e della mercificazione del sesso (per esempio, la negoziazione del sesso per il cibo), nonché del commercio di droghe (Grant et al., 2011; Hwahng & Nuttbrock, 2007; Operario, Soma,

& Underhill, 2008; Stanley, 2011). Questo aumenta la probabilità d'interazioni negative con il sistema giuridico, quali molestie da parte della

polizia, corruzione, estorsione e arresto (Edelman, 2011; Testa et al., 2012), nonché il rischio di incorrere in sintomi psicopatologici o vere e proprie patologie, quali la maggiore incidenza d'infezioni sessualmente trasmissibili, tra cui l'HIV (Nemoto, Operario, Keatley, & Villegas, 2004).

Anche nei contesti di detenzione le persone TGNC sono vittime di molestie, isolamento, sesso forzato, aggressioni fisiche, sia da parte del personale carcerario che da parte di altri detenuti (*American Civil Liberties Union National Prison Project*, 2005; Brotheim, 2013; Daley, 2005). Nelle strutture in cui le persone TGNC

vengono segregate in base al sesso, esse potrebbero essere soggette ad un involontario isolamento (chiamato anche "segregazione amministrativa"), che può a sua volta avere degli effetti nefasti sulla salute psicofisica, oltre che impedire l'accesso ai ser-

Stigma, discriminazione e barriere alle cure 35

vizi (Gallagher, 2014; *National Center for Transgender Equality*, 2012). Un'ulteriore area critica è quella che interessa le persone TGNC immigrate e rifugiate. Alle persone TGNC nei centri di detenzione preventiva potrebbe essere negata la garanzia di accesso alle cure necessarie, incorrendo in tassi significativi di maltrattamento e violenza (Gruberg, 2013). Le persone TGNC potrebbero cercare asilo negli Stati Uniti per sfuggire al pericolo legato alla mancanza di protezione nel loro paese d'origine (*APA Presidential Task Force on Immigration*, 2012; Cerezo, Morales, Quintero, & Rothman, 2014; Morales, 2013).

Le persone TGNC hanno difficoltà ad accedere alle cure sanitarie necessarie (Fredriksen-Goldsen et al., 2014; *Lambda Legal*, 2012) e spesso sono restie anche a condividere la propria identità di genere e le proprie esperienze di pregiudizio e discriminazione con operatori di un sistema che si è storicamente reso protagonista di questi stessi fenomeni (Grant et al., 2011; Lurie, 2005; Singh

& McKleroy, 2011). Anche se le persone TGNC dispongono di un'assicurazione sanitaria, occorre sottolineare che questa potrebbe esplicitamente escludere la copertura relativa alla transizione di genere (per

es., la terapia ormonale o l'intervento chirurgico). Le persone TGNC possono incontrare difficoltà anche nell'accedere ai servizi di assistenza sanitaria primaria, dal momento che la copertura assicurativa potrebbe essere negata sulla base del genere. Ad esempio, gli uomini trans potrebbero essere esclusi dalle necessarie cure ginecologiche a causa dell'assunto che gli uomini non hanno bisogno di tali servizi. Queste barriere concorrono a definire una condizione di scarsa prevenzione sanitaria per le persone TGNC (Fredriksen-Goldsen et al., 2014; *Lambda Legal*, 2012). Anche se lo scenario inizia a trasformarsi grazie alla recente politica *Medicare* (*National Center for Transgender Equality*, 2014) e le modifiche apportate alle leggi statali (*Transgender Law Center*), molte persone TGNC incontrano ancora li-

36

Adattamento italiano delle “Linee-guida per la pratica psicologica ...

miti, se non uno sbarramento, nell'accesso ai servizi sanitari per le esclusioni previste dalla copertura assicurativa.

Applicazione

Consapevolezza e sensibilità circa gli effetti provocati dal pregiudizio e dalla discriminazione contro le persone TGNC possono aiutare il lavoro dello psicologo nella valutazione, nel trattamento e nel sostegno. Quando una persona TGNC si trova di fronte a discriminazioni basate sull'identità o sull'espressione di genere, gli psicologi potrebbero facilitare il processo di elaborazione emotiva di queste esperienze, aiutando la persona ad individuare risorse supportive e possibili linee di azione. I bisogni specifici delle persone TGNC potrebbero spaziare dallo sviluppare strategie di *self-advocacy* all'imparare a muoversi negli spazi pubblici, dall'imparare a gestire l'avvio di azioni legali per le molestie e le discriminazioni subite nei servizi di tipo sociale al bisogno di un vero e proprio supporto terapeutico a causa di traumi indotti da violenze fisiche ed emotive.

Gli psicologi possono aiutare le persone TGNC ad accedere ai servizi sociali. Ad esempio, essi potrebbero assistere queste persone nell'individuazione di operatori sanitari e di risorse legate al settore abitativo che siano affermative ed accessibili, così come nel rintracciare comunità religiose e spirituali affermative (Glaser, 2008; Porter et al., 2013). Gli psicologi possono anche assistere le persone TGNC fornendo loro la documentazione ufficiale che riconosca l'identità di genere al fine di accedere ad adeguate strutture pubbliche, come ad esempio all'uso dei bagni o di un alloggio (Lev, 2009; W. J. Meyer, 2009).

Inoltre, gli psicologi potrebbero individuare adeguate risorse, informazioni e servizi che aiutino le persone TGNC ad affrontare la discriminazione sul posto di lavoro, tra cui delle strategie per

Stigma, discriminazione e barriere alle cure 37

gestire adeguatamente lo svelamento della propria identità di genere in questo contesto. Gli psicologi possono poi fornire supporto ad una persona TGNC alla ricerca di un'occupazione, aiutandola a valutare se e come condividere informazioni circa la propria storia. Nei contesti lavorativi, lo psicologo può

contribuire allo sviluppo di politiche di sostegno alla transizione di genere o di training rivolti ai dipendenti.

Per militari e veterani TGNC, l'intervento supportivo dello psicologo può rivelarsi fondamentale, considerata la complessità che le vicissitudini identitarie assumono in tale contesto. Gli psicologi sono incoraggiati a divenire coscienti che le questioni legate alla riservatezza potrebbero essere particolarmente sensibili con il personale in servizio e quello in riserva, poiché le conseguenze dell'essere identificati come TGNC potrebbero impedire lo svelamento della propria identità di genere in trattamento.

In ambito educativo, gli psicologi possono giocare un ruolo cruciale nel sostegno dei giovani TGNC a vari livelli (*APA & National Association of School Psychologists*, 2014; *Boulder Valley School District*, 2012).

Amministratori, insegnanti e counselor scolastici potrebbero giovare di risorse e training predisposti dagli psicologi al fine di accrescere la sicurezza degli ambienti scolastici (Singh & Burnes, 2009). In particolare, è stato dimostrato che il supporto dei pari attutisce gli effetti negativi dello stigma sulla salute mentale (Bockting et al., 2013). Gli interventi basati sui pari potrebbero quindi promuovere comprensione e rispetto dei giovani TGNC da parte degli altri giovani cisgender (Case & Meier, 2014). Coinvolgendo attivamente i giovani TGNC e le loro famiglie, lo psicologo può individuare delle risorse rilevanti, tra cui le politiche scolastiche che proteggono l'identità e l'espressione di genere (*APA & National Association of School Psychologists*, 2014; Gonzalez & McNulty, 2010), l'invio ad organizzazioni TGNC affermatrice e le risorse online, che po-

38

Adattamento italiano delle "Linee-guida per la pratica psicologica ...

trebbero essere particolarmente d'aiuto per i giovani che abitano in località rurali.

Linea-guida 6

"Gli psicologi, riconoscendo il peso delle barriere

istituzionali sulla vita delle persone TGNC, sono chiamati ad un impegno attivo per lo sviluppo di ambienti affermativi”

Fondamento logico

I pregiudizi anti-trans e il binarismo di genere socialmente radicato influenzano negativamente le persone TGNC nel contesto familiare, scolastico, sanitario, giuridico, lavorativo, religioso e comunitario (*American Civil Liberties Union National Prison Project*, 2005; Bradford et al., 2013; Brewster et al., 2014; Levy & Lo, 2013; McGuire, Anderson, & Toomey, 2010). Particolari difficoltà riguardano l'accesso alle toilette pubbliche, in cui il binarismo pone la persona TGNC di fronte ad una scelta forzata rispetto all'utilizzo dei bagni maschili o femminili (*Transgender Law Center*, 2005).

Oltre a questo disagio, le persone TGNC si ritrovano spesso ad essere preoccupate a causa della reazione che qualcuno potrebbe sviluppare alla loro presenza nelle toilette pubbliche, tra cui discriminazioni, molestie e violenze (Herman, 2013).

Molte persone TGNC potrebbero essere diffidenti nei confronti degli operatori, dato che in passato il settore sanitario ha patologizzato la loro condizione (Benson, 2013). Le complicazioni legate alla discriminazione e al pregiudizio gravano su una relazione, quella terapeutica, già di per sé connotata da una forte disparità di potere, influenzando notevolmente sull'esperienza delle persone TGNC nei contesti di cura. A livello normativo, alle persone

Stigma, discriminazione e barriere alle cure 39

TGNC dev'essere rilasciato da uno psicologo un certificato che attesti la stabilità dell'identità di genere quale prerequisito di accesso al trattamento endocrinologico, chirurgico o ad altri istituti legali (ad es., la patente di guida; Lev, 2009). Il bisogno di questo documento può influenzare la relazione con lo psicologo, che può essere influenzata dal timore di un ritardo se non dalla percezione di un rifiuto dovuto al pregiudizio da parte dello stesso operatore (Bouman et al., 2014). È importante che lo psicologo, nell'instaurare una relazione con il cliente TGNC, sia preparato ad accoglierne la diffidenza iniziale, spesso presente anche quando non vi sono precedenti esperienze

negative dirette. La relazione clinica sarà favorita da un approccio volto ad infondere nel cliente un senso di riconoscimento e di *empowerment*, che lo guiderà verso un'esplorazione autentica del proprio sé ed una condivisione dei vissuti di incertezza e confusione che caratterizzano comunemente lo sviluppo identitario TGNC.

Applicazione

È fondamentale che gli psicologi garantiscano a questa popolazione, vittima di pregiudizi e discriminazioni, un ambiente accogliente e rispettoso e che facciano attenzione a tutto ciò che queste persone potrebbero percepire come non accogliente. A tal fine, gli psicologi devono fare attenzione ai modi in cui i privilegi delle persone cisgender ed i pregiudizi contro le persone transgender vengono espressi. La costruzione di ambienti affermativi può fondarsi su quanto emerge dai racconti delle stesse persone TGNC circa le proprie esperienze nei contesti di salute mentale; in tal modo, esse possono confrontarsi con ambienti meno pericolosi e patologizzanti e saranno più propense ad avvalersi di risorse e supporto.

Gli psicologi sono invitati a considerare in modo proattivo le forme più o meno sottili in cui gli ambienti e i luoghi di la-

40

Adattamento italiano delle “Linee-guida per la pratica psicologica ...

voro possono influenzare il benessere e la sicurezza delle persone TGNC, già partire dai segnali mostrati nelle sale d’aspetto che dovrebbero esprimere un clima affermativo (Lev, 2009). Attenzione particolare va prestata al linguaggio (uso appropriato di pronomi e nomi), che può sottilmente e inavvertitamente tra-dire una visione binaria del genere (Smith, Shin, & Officer, 2012). Possono rivelarsi utili dei training formativi rivolti al personale di supporto, incentrati sulle modalità appropriate e rispettose di interazione con le persone TGNC. Andrebbero considerate anche eventuali modifiche da apportare a documenti, moduli e materiale pubblicitario per renderli più inclusivi rispetto alla popolazione TGNC (Spade, 2011b). I questionari demografici, ad esempio, possono comunicare rispetto attraverso l’uso di un linguaggio inclusivo e prendendo in considerazione il ventaglio delle diverse identità di genere.

Gli psicologi potrebbero adoperarsi per garantire la massima inclusività e accessibilità dei servizi igienici presenti all’interno degli ambienti in cui

lavorano.

Quando si lavora con le persone TGNC in diversi ambiti istituzionali e di cura (ad es., pazienti ricoverati in ospedali medici e psichiatrici, contesti in cui si tratta l'abuso di sostanze, case di cura, affido familiare, comunità religiose, strutture sanitarie per militari e carceri), gli psicologi potrebbero fungere da mediatori e portavoce dei bisogni di salute mentale peculiari delle persone TGNC, affinché esse ricevano un trattamento rispettoso che si approcci in modo affermativo alla loro identità di genere. Per adempiere a questa funzione, gli psicologi potrebbero trovare utili le linee guida e le buone pratiche già pubblicate in riferimento a particolari contesti istituzionali (e.g., *Department of Veterans Affairs, Veterans' Health Administration*, 2013; Glezer, McNiel, & Binder, 2013; Merksamer, 2011).

Stigma, discriminazione e barriere alle cure 41

Linea-guida 7

“Lo psicologo riconosce l’esigenza di promuovere un processo di cambiamento sociale che porti ad una riduzione degli effetti negativi dello stigma sulla salute e sul benessere delle persone TGNC”

Fondamento logico

La mancanza di politiche pubbliche che rispondano alle esigenze delle persone TGNC arreca loro notevoli danni (Taylor, 2007). Nonostante gli importanti progressi degli ultimi anni nella tutela legale (Buzuvis, 2013; *Harvard Law Review Association*, 2013), questa popolazione è ancora scarsamente protetta dalle discriminazioni (*National LGBTQ Task Force*, 2013; Taylor, 2007). In molti stati, ad esempio, vi è una carenza di occupazione e tutela abitativa per le persone TGNC che possono così incorrere nel licenziamento e nella perdita dell'alloggio. Le persone TGNC non si vedono riconosciute gli stessi diritti garantiti alle persone cisgender, comprese quelle LGB (Currah & Minter, 2000; Spade, 2011a).

La popolazione TGNC può incontrare delle difficoltà nell'ottenimento della documentazione che attesti l'identità TGNC (certificato di nascita, passaporto, patente di guida). Le persone TGNC

in condizioni di indigenza o in difficoltà economiche potrebbero non riuscire a soddisfare i requisiti per ottenere i documenti, in parte a causa della difficoltà di garantire l'occupazione senza un documento che corrisponda alla propria identità ed espressione di genere (Sheridan, 2009). Occorre sottolineare che le barriere sistemiche legate al binarismo di genere potrebbero costringere le persone TGNC a rinunciare al cambiamento dei documenti, e questo vale soprattutto per i detenuti, gli immigrati irregolari e le persone che vivono in giurisdizioni che vietano espressamente tali cambiamenti (Spade, 2006). I requisiti della documentazione pos-

42

Adattamento italiano delle "Linee-guida per la pratica psicologica ...

sono anche esprimere la presunzione che l'esperienza TGNC abbia caratteristiche standard ed universali, marginalizzando così alcune persone TGNC, soprattutto quelle che non si sono sottoposte ad interventi chirurgici. Questo può inficiare il benessere psicologico e sociale di un individuo TGNC e interferire con il suo accesso ai contesti lavorativi e formativi, alle strutture

di alloggio e accoglienza, al sistema sanitario, ai benefici pubblici e ad alcune risorse basilari (per es., l'apertura di un conto bancario).

Applicazione

Gli psicologi sono chiamati a fornire informazioni alle istituzioni pubbliche per ridurre l'impatto negativo sulle persone TGNC e promuovere un cambiamento sociale positivo. È importante che gli psicologi identifichino e migliorino quei sistemi che favoriscono la violenza, la discriminazione nei contesti educativi, occupazionali e abitativi, la mancanza di accesso alle cure sanitarie, le disparità di accesso ad altre risorse vitali e altri casi d'in-giustizia sistemica di cui le persone TGNC fanno esperienza (ACA, 2010). Molte persone TGNC sperimentano stress a causa delle continue barriere, dei trattamenti iniqui e del rilascio obbligatorio di dati personali sensibili (Hendricks & Testa, 2012). Per ottenere la documentazione necessaria, alle persone TGNC potrebbe essere chiesto di fornire prove del tribunale, documenti che attestino l'avvenuto intervento chirurgico e documenti relativi alla psicoterapia o alla diagnosi psichiatrica. Gli psicologi possono sostenere le persone TGNC, contenendo i vissuti emotivi legati allo stress che può essere sperimentato nell'interfacciarsi con i sistemi giuridici. Le persone TGNC potrebbero anche essere opportunamente orientate. Quando le persone TGNC percepiscono che può essere pericoloso affermare i propri diritti, gli psicologi possono lavorare con loro al fine di trovare un accesso alle risorse presenti nella comunità.

Stigma, discriminazione e barriere alle cure 43

Gli psicologi sono esortati ad essere sensibili alle difficoltà incontrate durante il percorso per ottenere l'attestazione dell'identità di genere, tenendo conto del ruolo cruciale che questi documenti hanno rispetto al benessere sociale e psicologico, alla capacità della persona di ottenere accesso all'istruzione e al lavoro, trovare un alloggio sicuro, accedere ai servizi pubblici, ottenere un finanziamento da studente e accedere all'assicurazione sanitaria. Può essere d'aiuto per gli psicologi comprendere e offrire informazioni circa la procedura legale per il cambio di nome e di genere, così come quella per accedere ad altri documenti che attestino il genere sentito come proprio. Gli psicologi possono consultare il *National Center for Transgender Equality*, il *Sylvia Rivera Law Project*, o il *Transgender Law*

Center per ulteriori informazioni sui documenti d'identità per le persone TGNC.

Gli psicologi potrebbero anche scegliere di diventare parte di quegli enti che tentano di revisionare le leggi e le politiche pubbliche per una maggiore tutela dei diritti e della dignità delle persone TGNC. Essi potrebbero inoltre impegnarsi a livello locale, statale o nazionale per sostenere l'accessibilità sanitaria, i diritti umani all'interno delle strutture che prevedono segregazioni in base al sesso e la revisione delle politiche che riguardano la documentazione relativa all'attestazione dell'identità di genere.

Negli ambienti istituzionali, lo psicologo potrebbe estendere la propria funzione, lavorando a difesa delle persone TGNC (Gonzalez & McNulty, 2010). È opportuno che gli psicologi rilascino dichiarazioni scritte che attestino l'identità di genere, in modo da garantire alle persone TGNC l'accesso ai servizi necessari (per esempio, la terapia ormonale).

45

Lo sviluppo nel ciclo di vita

Linea-guida 8

“Gli psicologi che lavorano con giovani TGNC o con chi si interroga sul proprio genere (gender-questioning) 1 comprendono i differenti bisogni evolutivi di bambini e adolescenti, considerando che non in tutti i giovani l'identità TGNC persisterà fino all'età adulta”

Fondamento logico

Lo sviluppo di un'identità di genere stabile (costante nel tempo) avviene comunemente tra i 3 e i 4 anni (Kohlberg, 1996), mentre la coerenza del genere (il riconoscimento che il genere rimane invariato di situazione in situazione) può comparire dai 4 fino ai 7 anni (Siegal & Robinson, 1987). I bambini che dimostrano una non conformità di genere in età prescolare e nei primi anni della scuola elementare non seguiranno necessariamente questa traiettoria (Zucker

& Bradley, 1995). Le ricerche esistenti in questo campo riportano che 1 In questa sezione saranno distinti i giovani *gender-questioning* da quelli TGNC.

I giovani *gender-questioning* sono coloro che esplorano e si interrogano sulla propria identità ma non hanno ancora maturato un'identità TGNC. Essi mancano quindi dei requisiti necessari per accedere ad alcuni servizi riservati ai giovani TGNC. I giovani *gender-questioning* sono qui inclusi nella misura in cui in essi un'identità TGNC è comunque presente, seppure in potenza.

46

Adattamento italiano delle “Linee-guida per la pratica psicologica ...

un range che varia dal 12% al 50% di bambini a cui è stata diagnosticata una disforia di genere può mantenere l'identificazione con un genere differente da quello assegnato alla nascita fino alla tarda adolescenza e alla giovane età adulta (Drummond, Bradley, Peterson-Badaali, & Zucker, 2008; Steensma, McGuire, Kreukels, Beekman, & Cohen-Kettenis, 2013; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008).

Molti studi empirici hanno definito “desister” quelle persone che cessano di identificarsi con un genere diverso da quello assegnato alla nascita: si tratta sia di una percentuale di giovani che, recatasi in clinica per una valutazione iniziale, non vi ha fatto ritorno per procedere con l'intervento medico – dal 30% al 65% – sia di quei giovani la cui identità di genere rimane non definita (Steensma et al., 2013; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008; Zucker, 2008a).

Queste ricerche incorrono però nel forte rischio di sovrastimare il numero di giovani che non mantengono nel tempo un'identità TGNC. Le ricerche hanno suggerito che i bambini in cui l'identificazione con un genere diverso da quello assegnato alla nascita è presente con maggiore intensità sono più propensi a mantenerla anche in adolescenza (Steensma et al., 2013), e che quando la disforia di genere presente durante l'infanzia s'intensifica in adolescenza, aumenta la probabilità di un'identificazione a lungo termine come persona TGNC (A).

L. de Vries, Steensma, Doreleijers, & Cohen-Kettenis, 2011; Steensma et al., 2013; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008; Zucker, 2008b). I bambini *gender-questioning* che non persistono hanno maggiore probabilità di riconoscersi successivamente come gay o lesbiche rispetto ai bambini che non sono *gender-questioning* (Bailey & Zucker, 1995; Drescher, 2014; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008).

In letteratura è presente una chiara distinzione nel trattamento di bambini TGNC e bambini *gender-questioning*. Di fronte all'evidenza che non tutti i bambini mantengono l'identità TGNC fino all'adolescenza e all'età adulta, e poiché non vi è un approccio di lavoro adeguatamente ed empiricamente validato con bambini

Lo sviluppo nel ciclo di vita

47

TGNC, non vi è accordo su quale sia la prassi migliore da tenere con i bambini in età prepubere. Questa mancanza di consenso può essere dovuta in parte ad una divergenza di idee rispetto a quali possano essere gli esiti verso cui orientare un trattamento riservato ad un giovane TGNC o *gender-questioning* (Hembree et al., 2009). Si distinguono in particolare due approcci ai problemi legati all'identità di genere nei bambini (Hill, Menvielle, Sica, & Johnson, 2010; Wallace & Russell, 2013), mentre altri autori, operando un'ulteriore suddivisione, ne riconoscono tre (Byne et al., 2012; Drescher, 2014; Stein, 2012).

Un primo approccio incoraggia l'affermazione e l'accettazione dell'identità di genere espressa dal bambino. Il bambino viene assistito nella transizione

sociale e, una volta avvenuto lo sviluppo fisico, nell'avvio della transizione medica o nello sviluppo della propria identità di genere senza aspettative su uno specifico risultato (A. L. de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; Edwards-Leeper

& Spack, 2012; Ehrensaft, 2012; Hidalgo et al., 2013; Tishelman et al., 2015). I clinici che ricorrono a questo approccio credono che l'esplorazione aperta e l'affermazione aiuteranno i bambini a sviluppare strategie di coping e competenze emotive che integrino un'identità TGNC positiva (Edwards-Leeper & Spack, 2012).

Un secondo approccio spinge i bambini ad accettare il proprio corpo e a conformarlo al genere loro assegnato. Vengono così incoraggiati, già prima dell'insorgere della pubertà, a comportamenti e attitudini ritenuti adeguati al sesso assegnato alla nascita (Zucker, 2008a; Zucker, Wood, Singh, & Bradley, 2012). I clinici che utilizzano quest'approccio credono che sottoporsi a molti interventi medici e vivere da persona TGNC in un mondo che stigmatizza la non conformità di genere rappresenti un esito meno desiderabile rispetto a quello che si genera quando i bambini sono aiutati a conformarsi serenamente al sesso assegnato loro alla nascita (Zucker et al., 2012). Che questo approccio arrechi benefici

48

Adattamento italiano delle "Linee-guida per la pratica psicologica ...

(Zucker, 2008a; Zucker et al., 2012) o provochi danni ed esiti psi-cosociali avversi rimane una questione aperta (Hill et al., 2010; Pyne, 2014; Travers et al., 2012; Wallace & Russell, 2013). In merito a bambini e adolescenti, la *World Professional Association for Transgender Health Standards of Care* definisce non etici gli interventi

"finalizzati ad adeguare l'identità e l'espressione di genere per diventare più congruenti al sesso assegnato alla nascita" (Coleman et al., 2012, p. 175) come non etici. Si auspica che ricerche future offrano indicazioni migliori rispetto a questa prassi (Adelson

& AACAP CQI, 2012; Malpas, 2011).

Molto meno controverso è il campo della pratica con gli adolescenti che presentano problematiche inerenti l'identità di genere. In questo caso si pongono una serie di sfide peculiari; per esempio, un ritardo dell'insorgenza della non conformità di genere (ad es., in tarda adolescenza), senza precedenti in infanzia (Edwards-Leeper & Spack, 2012). A complicare la storia clinica, molti adolescenti possono presentare problematiche psicologiche co-occorrenti: ideazioni suicidarie, comportamenti auto-lesivi (Liu & Mustanski, 2012; Mustanski, Garofalo, & Emerson, 2010), uso di droghe e alcol (Garofalo et al., 2006), disturbi dello spettro autistico (A. L. de Vries, Noens, Cohen-Kettenis, van Berckelaer-Onnes, & Doreleijers, 2010; Jones et al., 2012). Inoltre, gli adolescenti potrebbero tendere al soddisfacimento immediato del bisogno, esternando frustrazione e risentimento di fronte ad un ritardo nel ricevere trattamenti medici dei quali potrebbero sentirsi bisognosi e in diritto di riceverli (Angello, 2013; Edwards-Leeper & Spack, 2012). Questa intensa concentrazione sul bisogno immediato non garantisce che l'adolescente sia cognitivamente ed emotivamente capace di assumere decisioni così determinanti per la propria vita, cambiando il proprio nome o il genere, iniziando la terapia ormonale (che influenza la fertilità) o intraprendendo il trattamento chirurgico.

Lo sviluppo nel ciclo di vita

49

Ciononostante, vi è un più ampio consenso sugli approcci affermativi al trattamento per gli adolescenti (Coleman et al., 2012). Le opzioni di trattamento disponibili per gli adolescenti non si limitano ad un approccio sociale, ma riguardano anche il piano medico.

Un particolare intervento medico avviene attraverso la soppressione della pubertà o i bloccanti ipotalamici (GnRH-analoghi), un intervento reversibile usato per tardare lo sviluppo puberale in quegli adolescenti a cui è stata appropriatamente diagnosticata una disforia di genere (Coleman et al., 2012; A. L. C. de Vries et al., 2014; Edwards-Leeper & Spack, 2012). A seconda dell'età, possono diventare necessari anche altri interventi medici per gli adolescenti e gli psicologi vengono di frequente consultati per valutare l'opportunità di sottoporsi a tali procedure (Coleman et al., 2012).

Applicazione

Lo psicologo che lavora con i giovani TGNC e *gender-questioning* è invitato ad aggiornarsi rispetto alla letteratura sul tema, tenendo presente che le conoscenze sui potenziali benefici e rischi dei differenti trattamenti sono ancora scarse. Lo psicologo deve fornire ai genitori e ai tutori informazioni chiare su tutti gli approcci al trattamento, a prescindere da quello verso cui egli è orientato. Gli psicologi devono fornire a bambini ed adolescenti TGNC e *gender-questioning* un servizio psicologico basato sulla letteratura validata empiricamente, tenendo a mente l'influenza dei valori e delle credenze personali sui metodi di trattamento scelti (Ehrbar & Gorton, 2010). Lo psicologo deve essere consapevole che i giovani e/o i loro genitori non stanno necessariamente cercando all'interno di una relazione terapeutica un approccio clinico (Brill & Pepper, 2008). Nei casi in cui un giovane e/o un genitore propendano per un trattamento diverso da quello proposto dal clinico, può non essere clinicamente appropriato continuare a lavorare con l'adolescente e con la famiglia, e potrebbe essere preso in considerazione

50

Adattamento italiano delle "Linee-guida per la pratica psicologica ...

un eventuale invio. Gli psicologi possono incontrare casi di famiglie in cui le aspettative degli adolescenti sugli esiti di trattamento non corrispondono a quelle dei loro caregiver. (Edwards-Leeper & Spack, 2012). Lo psicologo deve riflettere accuratamente sui propri valori e sulle proprie credenze relative allo sviluppo dell'identità di genere, dando priorità in ogni momento all'interesse del bambino o dell'adolescente rispetto alle proprie decisioni cliniche.

Dal momento che la non conformità di genere può essere tran-sitoria per i bambini più piccoli, il ruolo dello psicologo può essere quello di fornire supporto a questi bambini e alle loro famiglie attraverso un processo di esplorazione e di identificazione di sé (Ehrensaft, 2012). Inoltre, gli psicologi dovrebbero informare i genitori circa le possibili traiettorie a lungo termine

che i bambini possono intraprendere in relazione all'identità di genere, insieme agli interventi medici disponibili per gli adolescenti la cui identificazione TGNC dovesse persistere (Edwards-Leeper & Spack, 2012).

Nel lavoro con gli adolescenti TGNC, gli psicologi devono essere coscienti che alcuni di essi non hanno alle spalle una storia di disforia di genere o di non conformità del ruolo di genere (Edwards-Leeper & Spack, 2012). Alcuni di questi adolescenti, invece, possono aver celato i propri sentimenti di non conformità di genere per la paura del rifiuto e della confusione tra identità di genere e orientamento sessuale, o per la mancanza di conoscenza stessa di questa possibilità identitaria. I genitori di questi adolescenti potrebbero aver bisogno di un'ulteriore assistenza nella comprensione e nel supporto dei loro figli, dal momento che la tarda insorgenza della disforia di genere e l'identità TGNC possono provocare un forte spaesamento. Procedere con cautela è spesso opportuno in questi casi (Edwards-Leeper & Spack, 2012).

Data la tendenza al soddisfacimento immediato dei bisogni e le intense reazioni di fronte ai ritardi o alle barriere, gli psicologi devono contenere queste preoccupazioni così come il desiderio di

Lo sviluppo nel ciclo di vita

51

procedere velocemente, pur rimanendo attenti e cauti nel trattamento. Gli adolescenti e le loro famiglie potrebbero aver bisogno di sostegno nel tollerare l'ambiguità e l'incertezza rispetto all'identità di genere e al suo processo di sviluppo (Brill & Pepper, 2008). Va tenuto in mente che la cura non è finalizzata a precludere questo processo.

Per gli adolescenti che presentano una lunga storia di non conformità di genere, gli psicologi dovrebbero informare i genitori che vi è una certa probabilità che l'identità di genere percepita rimanga stabile (A.L. de Vries et al., 2011). Le esigenze cliniche di questi adolescenti sono tendenzialmente differenti rispetto a quelle di coloro che sono nelle fasi iniziali di messa in discussione ed esplorazione della propria identità di genere. Gli psicologi sono chiamati ad una valutazione complessiva e a sollecitare l'adolescente e la famiglia a portare avanti il processo, risparmiando al contempo inutili

ritardi a quanti sono pronti a procedere.

È importante che gli psicologi che lavorano con i giovani TGNC e *gender-questioning* acquisiscano familiarità con le varie opzioni di trattamento medico (ad es., i farmaci che sopprimono gli effetti dello sviluppo puberale o la terapia ormonale) e colla-borino con gli operatori dei servizi sanitari affinché i clienti possano ricevere cure adeguate. Spesso sono gli psicologi a giocare un ruolo essenziale in questo percorso, poiché esso richiede il contributo obbligatorio di questa figura, date le importanti implicazioni psicologiche del trattamento medico dell'adolescente (Coleman et al., 2012; Hembree et al., 2009).

Genitori e tutori dovrebbero coinvolgere i giovani nei processi decisionali che riguardano l'identità e l'espressione di genere all'interno degli ambienti educativi e sanitari, così come nelle reti tra i pari (Ryan, Russell, Huebner, Diaz, & Sanchez, 2010). Gli psicologi devono essere preparati sui vantaggi e sugli svantaggi del processo di transizione durante l'infanzia e l'adolescenza e pronti

52

Adattamento italiano delle “Linee-guida per la pratica psicologica ...

a discuterne con i giovani e con le loro famiglie. D'altra parte, ai bambini andrebbe concessa la libertà di ritornare ad un'identità di genere congruente al sesso assegnato alla nascita, soprattutto alla luce dei dati di ricerca che suggeriscono che non tutti i bambini non conformi rispetto al genere finiranno con l'esprimere un'identità di genere differente da quella assegnata alla nascita (Wallien & Cohen-Kettenis, 2008; Zucker & Bradley, 1995). Lo psicologo deve senz'altro accogliere ed esplorare i sentimenti di paura e il carico di responsabilità che genitori e caregiver potrebbero sentire nell'assumere decisioni che riguardano la salute del loro bambino o dell'adolescente (Grossman, D'Augelli, Howell,

& Hubbard, 2006). I genitori e i tutori devono poter contare su un contesto supportivo in cui parlare dei propri vissuti di isolamento, attraversare spesso il lutto e il senso di perdita, esprimere la rabbia e la frustrazione per la mancanza di rispetto e la discriminazione subito ed imparare a comunicare

con gli altri circa la loro identità ed espressione di genere (Brill & Pepper, 2008).

Linea-guida 9

“Lo psicologo si impegna a comprendere le particolari sfide che le persone anziane TGNC sperimentano e la resilienza che esse possono sviluppare”

Fondamento logico

Risulta ancora scarsa la ricerca sull'anzianità TGNC ed è ancora ampiamente sconosciuta questa fase della vita (Auldrige, Tamar-Mattis, Kennedy, Ames, & Tobin, 2012). I processi di socializzazione legati a comportamenti e ruoli di genere, le aspettative basate sul sesso assegnato alla nascita, così come il grado in cui le persone

Lo sviluppo nel ciclo di vita

53

TGNC aderiscono a questi standard sociali, sono influenzati dall'età cronologica in cui una persona si identifica come TGNC, dall'età in cui una persona intraprende il processo di transizione sociale e/o medico (Birren & Schaie, 2006; Bockting & Coleman, 2007; Cavanaugh & Blanchard-Fields, 2010; Nuttbrock et al., 2010; Wahl, Iwarsson, & Oswald, 2012), e dalla coorte generazionale di una persona (per es., 1950 vs. 2010; Fredriksen-Goldsen et al., 2011).

Anche a decenni di distanza dalla transizione medica o sociale, gli anziani TGNC possono ancora aderire ai ruoli di genere socialmente predominanti all'epoca della loro transizione (Knochel, Croghan, Moore, & Quam, 2011). Prima degli anni '80, le persone TGNC, nel corso del processo di transizione, subivano dagli stessi operatori sanitari la pressione ad adeguarsi al binarismo di genere e all'eterosessismo, evitando l'aggregazione con altre persone TGNC (Benjamin, 1966; R. Green & Money, 1969; Hastings, 1974; Hastings & Markland, 1978). Anche gli anziani TGNC che hanno fin da giovani dichiarato la propria identità TGNC potrebbero scegliere di tornare a nascondere in stadi più avanzati della propria vita (Ekins & King, 2005; Ippolito & Witten, 2014). La riluttanza degli anziani allo svelamento può derivare da sentimenti di vulnerabilità fisica o di maggiore dipendenza dagli altri, che potrebbero discriminarli o maltrattarli a causa della loro identità di genere (Bockting & Coleman, 2007), specialmente in caso di ri-covero in contesti istituzionali – case di cura, strutture di accoglienza, ecc. – e in

mancanza di autosufficienza (Auldridge et al., 2012). Gli anziani TGNC, inoltre, sono a più alto rischio di depressione, ideazione suicidiaria e solitudine rispetto agli anziani LGB (Auldridge et al., 2012; Fredriksen-Goldsen et al., 2011).

Un sondaggio del *Transgender Law Center* ha rivelato che le persone anziane TGNC e LGB godono di un benessere finanziario minore rispetto alle coorti più giovani, pur avendo un livello d'istruzione mediamente più elevato rispetto alla popolazione ge-

54

Adattamento italiano delle “Linee-guida per la pratica psicologica ...

nerale (Hartzell, Frazer, Wertz, & Davis, 2009). Altre ricerche hanno rilevato che gli anziani TGNC incorrono in disparità occupazionale spesso a causa della discriminazione (Auldridge et al., 2012; Beemyn & Rankin, 2011; Factor & Rothblum, 2007). In passato, le persone TGNC con carriere consolidate non di rado venivano esortate a cambiare lavoro, in modo da presentarsi in un nuovo contesto senza essere identificati come TGNC (Cook-Daniels, 2006). Gli ostacoli all'occupazione possono esacerbare le disparità economiche che, di conseguenza, portano ad un incremento del bisogno di alloggi di sostegno e altri servizi sociali (*National Center for Transgender Equality*, 2012; *Services and Advocacy for GLBT Elders & National Center for Transgender Equality*, 2012).

Gli anziani TGNC possono incontrare degli ostacoli nella ricerca o nell'accesso a quelle risorse che sostengono il loro benessere fisico, finanziario ed emotivo. Il timore che la propria identità TGNC

venga scoperta potrebbe creare preoccupazioni, ad esempio, nel richiedere sussidi per la sicurezza sociale (Hartzell et al., 2009). L'anziano TGNC può evitare i contesti sanitari, aumentando così la probabilità di avere bisogno di un'assistenza medica ancora più specialistica (cure domiciliari, residenza assistita, casa di cura) rispetto ai coetanei cisgender (Hartzell et al., 2009; Ippolito & Witten, 2014; Mikalson et al., 2012). Case di cura e strutture di residenza assistita sono raramente preparate ad accogliere le esigenze mediche specifiche degli anziani TGNC (*National Senior Citizens Law*

Center, 2011).

Alcuni individui TGNC che accedono alle residenze assistite o a luoghi di assistenza a lungo termine potrebbero essere spinti a rinunciare alla propria identità TGNC, al fine di evitare discriminazioni e persecuzioni da parte di altri residenti e dello staff (Ippolito

& Witten, 2014).

L'età anziana può sia facilitare che complicare il trattamento medico per la transizione di genere. Una terapia ormonale intra-presca in tarda età potrebbe risultare più leggera, dato il calo fisio-

Lo sviluppo nel ciclo di vita

55

logico nel livello di ormoni legato all'invecchiamento (Witten & Eyler, 2012). Il fattore età può influenzare la decisione di una persona anziana TGNC rispetto all'affrontare o meno un intervento di riattribuzione chirurgica del sesso, soprattutto considerando l'aumento dei rischi legati al trattamento e al recupero.

Molto è stato scritto sulla resilienza degli anziani che hanno subito un trauma (Fuhrmann & Shevlowitz, 2006; Hardy, Concato, & Gill, 2004; Mlinac, Sheeran, Blissmer, Lees, & Martins, 2011; Rodin & Stewart, 2012). Anche se alcuni anziani TGNC

hanno vissuto significativi traumi psicologici correlati alla propria identità di genere, alcuni hanno anche sviluppato resilienza ed efficaci strategie di coping (Fruhauf & Orel, 2015). Nonostante la scarsa presenza di enti religiosi locali di tipo affermativo per le persone LGBTQ, gli anziani TGNC fanno maggior uso di queste risorse rispetto ai loro coetanei cisgender (Porter et al., 2013).

Applicazione

È necessario che gli psicologi si informino sui bisogni bio-psico-sociali degli anziani TGNC affinché possano costruire una formulazione del caso e un piano d'intervento indirizzati alle peculiari problematiche di ordine psicologico, sociale e medico di cui essi sono effettivamente portatori. L'isolamento sociale è una condizione che riguarda molti anziani TGNC che possono perdere le proprie reti sociali per morte o per la stessa *disclosure*. Gli psicologi possono aiutare le persone anziane TGNC a ristrutturare reti sociali che supportino e valorizzino l'identità TGNC, cercando al contempo di fortificare il più possibile le reti familiari e amicali esistenti. Gli anziani TGNC possono beneficiare in particolare delle relazioni con i coetanei e con coloro che hanno attraversato esperienze simili di *coming-out*. Gli psicologi possono incoraggiarli ad assumere la funzione di mentore per le giovani generazioni TGNC, facendosi promotori di resilienza, creando

56

Adattamento italiano delle “Linee-guida per la pratica psicologica ...

così un senso di generatività (Erikson, 1968) e contribuendo alla costruzione di nuove relazioni di supporto. Gli anziani TGNC

vanno, dunque, aiutati a riconoscere le fonti di resilienza e ad essere attivi nella proprie comunità (Fuhrmann & Craffey, 2014).

Agli anziani TGNC che hanno scelto di non rivelare la propria identità di genere, gli psicologi possono offrire supporto nell'affrontare i vissuti di vergogna, colpa e transfobia interiorizzata, valorizzando la libertà di ciascuno rispetto alla gestione del *coming out*. I clinici possono anche fornire sostegno ed empatia quando gli anziani TGNC scelgono di evitare del tutto il *coming out*, focalizzando i propri sforzi sul passare per persona cisgender.

Gli anziani TGNC che scelgono solo in tarda età di sottoporsi a una transizione medica o sociale potrebbero dover fare i conti con un atteggiamento di scetticismo verso questo percorso così tardivamente

affrontato (Auldridge et al., 2012). È possibile che gli anziani TGNC soffrano del tempo e delle occasioni perdute; lo psicologo può valorizzare le scelte degli anziani di intraprendere il *coming out*, la transizione, di vivere l'evoluzione della propria identità o espressione di genere ad ogni età, riconoscendo il fatto che spesso questi percorsi non sono stati accessibili o per-corribili in fasi della vita precedenti.

Gli psicologi possono anche offrire aiuto ai luoghi di assistenza, alle residenze assistite o ai centri di assistenza a lungo termine affinché questi possano meglio incontrare i bisogni degli anziani TGNC, attraverso una comunicazione rispettosa e riconoscendo l'identità e l'espressione di genere di ogni persona. Gli psicologi possono lavorare con le persone TGNC nelle case di riposo per sviluppare un piano di fine vita che rispetti i desideri della persona circa la divulgazione della propria identità di genere anche dopo il decesso.

57

Valutazione, terapia e intervento

Linea-guida 10

“Lo psicologo si impegna a comprendere se e in che

modo i problemi di salute mentale di una persona

TGNC siano correlati all'identità di genere, nonché gli

effetti psicologici del minority stress”

Fondamento logico

Una persona TGNC può cercare l'aiuto di uno psicologo per questioni legate al genere, per problemi di salute mentale, o per entrambe le questioni. I problemi di salute mentale vissuti da una persona TGNC possono essere o meno connessi alla sua identità di genere e/o possono andare a complicare la valutazione e l'intervento rispetto a disagi legati al genere. In certi casi, non vi è alcuna relazione tra l'identità di genere di una persona e altre condizioni co-occorrenti (ad es. depressione, disturbo post-traumatico da stress, abuso di sostanze); in altri, avere un'identità TGNC gioca un ruolo determinante o, comunque, contribuisce ad una certa condizione di salute mentale co-occorrente; si può trattare di un effetto diretto, come la disforia di genere, o indiretto, attraverso il *minority stress* e l'oppressione (Hendricks & Testa, 2012; I. H. Meyer, 1995, 2003). In casi molto rari, una condizione

58

Adattamento italiano delle “Linee-guida per la pratica psicologica ...

co-occorrente può assumere le sembianze di una disforia di genere (per es., un processo psicotico che distorce la percezione che un soggetto ha del proprio genere; Baltieri & De Andrade, 2009; Hepp, Kraemer, Schnyder, Miller, & Delsignore, 2004).

A prescindere dalla presenza o meno di un rapporto eziologico, l'identità di genere di una persona può comunque influire su una certa condizione di salute mentale co-occorrente, così come quest'ultima può creare disagi nell'identità o nell'espressione di genere. Per esempio, un disturbo del comportamento alimentare può essere influenzato dall'espressione di genere di una persona TGNC (si pensi, ad es., che uno stile alimentare rigido volto a monitorare la forma fisica e il ciclo mestruale può essere legato all'identità di genere o alla disforia di genere; Ålgars, Alanko, Santtila, & Sandnabba, 2012; Murray, Boon, & Touyz, 2013). Anche la presenza di un disturbo dello spettro autistico può complicare l'articolazione e l'espressione dell'identità di genere (Jones et al., 2012). Nei casi in cui la disforia di genere contribuisce

ad altri problemi di salute mentale, il suo trattamento può essere utile per alleviare tali preoccupazioni (Keo-Meier et al., 2015).

Va inoltre considerato il rapporto tra le condizioni di salute mentale e le conseguenze psicologiche del *minority stress* sulle persone TGNC. La violenza fisica e sessuale (Clements-Nolle et al., 2006; Kenagy & Bostwick, 2005; Lombardi, Wilchins, Priesing, & Malouf, 2001; Xavier et al., 2005), le molestie e gli atti discriminatori (Beemyn & Rankin, 2011; Factor & Rothblum, 2007), la discriminazione sul posto di lavoro e nelle abitazioni (Bradford et al., 2007), concorrono a generare il *minority stress*. La ricerca ha rilevato le gravi ripercussioni psicologiche che derivano dal *minority stress*, tra le quali l'ideazione e i tentativi suicidari (*Center for Substance Abuse Treatment*, 2012; Clements-Nolle et al., 2006; Cochran & Cauce, 2006; Nuttbrock et al., 2010; Xavier et al., 2005) nonché i suicidi compiuti (Dhejne et al., 2011; van Kesteren, Asscheman,

Valutazione, terapia e intervento 59

Megens, & Gooren, 1997). Di recente, alcuni studi hanno iniziato ad individuare una relazione tra fonti di stress esterno e disagio psicologico (Bockting et al., 2013; Nuttbrock et al., 2010), tra cui ideazione e tentativi di suicidio e condotte autolesive (dickey, Reisner, & Juntunen, 2015; Goldblum et al., 2012; Testa et al., 2012).

Il modello del *minority stress* tiene conto sia degli effetti nocivi che lo stigma ha sulla salute mentale sia dei processi attraverso cui i membri del gruppo minoritario possono farvi fronte sviluppando resilienza (I. H. Meyer, 1995, 2003). Nonostante il modello del *minority stress* sia stato sviluppato come teoria sulla relazione tra l'orientamento sessuale e disturbi mentali, è stato adattato alla popolazione TGNC (Hendricks & Testa, 2012).

Applicazione

Dato il maggiore rischio di disagio psicologico legato allo stress, gli psicologi sono chiamati ad un'attenta valutazione diagnostica che comprenda una diagnosi differenziale (Coleman et al., 2012). Tenendo conto del complesso intreccio tra gli effetti dei sintomi psicopatologici e l'identità e l'espressione di genere, lo psicologo non può trascurare i problemi di salute mentale esperiti da una persona TGNC, né assumere erroneamente che essi siano l'esito dell'identità o dell'espressione di genere. I professionisti devono procedere con cautela prima di stabilire che la non conformità o la disforia di genere siano da ricondurre ad un sotto-stante processo psicotico, considerata la rarità dell'evenienza.

Una valutazione psicosociale è spesso prevista come parte dell'accesso al trattamento sanitario che ha a che fare con la transizione (Coleman et al., 2012). Una valutazione ampia ed equi-brata comprende in genere la raccolta di informazioni sulle esperienze legate al pregiudizio transfobico e alla discriminazione, sulle relative credenze interiorizzate e sull'anticipazione di future vittimizzazioni e rifiuti (Coolhart, Provancher, Hager, &

60

Adattamento italiano delle “Linee-guida per la pratica psicologica ...

Wang, 2008), nonché sulle strategie di coping e le fonti di resilienza (Hendricks & Testa, 2012; Singh et al., 2011). La raccolta di informazioni sugli eventi di vita connessi all'identità e all'espressione di genere può guidare lo psicologo nella comprensione degli effetti dello stress e della discriminazione, discernendoli da problemi psichici concomitanti e indipendenti. Analogamente, la valutazione globale di una persona TGNC che presenta disagi non legati al suo genere, non può non considerare l'esperienza legata all'identità e all'espressione di genere e, dunque, alle discriminazioni, così come ad altri eventi potenzialmente traumatici, a preoccupazioni mediche, a precedenti esperienze in ambito sanitario, ad obiettivi futuri e ad altri significativi aspetti identitari.

Le strategie a cui una persona TGNC ricorre nel far fronte alla discriminazione transfobica potrebbero sia rappresentare una risorsa con cui vengono gestite le difficoltà della vita, sia una fonte di disagio che aggrava le difficoltà stesse e le barriere.

Lo psicologo dovrebbe aiutare l'individuo TGNC a riconoscere l'influenza pervasiva del *minority stress* e della discriminazione, anche in termini di atteggiamenti negativi interiorizzati (Hendricks & Testa, 2012). Con il suo supporto, i clienti possono meglio comprendere le origini dei loro sintomi psicopatologici e normalizzare le loro reazioni quando fanno i conti con le ingiustizie e le discriminazioni. Il modello del *minority stress* identifica le potenziali risorse di resilienza. Le persone TGNC

possono sviluppare resilienza nella connessione con i pari che, condividendo la loro condizione, potrebbero guidarli nel far fronte al pregiudizio transfobico e nel migliorare l'accesso alle cure e alle risorse necessarie (Singh et al., 2011). Le persone TGNC possono essere aiutate a sviluppare sistemi di supporto sociale per coltivare la propria resilienza e la capacità di far fronte agli effetti avversi del pregiudizio e/o della discriminazione (Singh & McKleroy, 2011).

Valutazione, terapia e intervento 61

La terapia ormonale mascolinizzante o femminilizzante può avere un effetto sia positivo che negativo sui disturbi dell'umore (Coleman et al., 2012). Nelle prime fasi della terapia, lo psicologo può aiutare la persona TGNC ad adattarsi alle normali alterazioni dei vissuti emozionali. Per esempio, le donne trans che assumono estrogeni e antiandrogeni potrebbero ritrovarsi a vivere una gamma di emozioni più ampia di quelle a cui sono abituate; gli uomini trans che hanno iniziato il testosterone potrebbero doversi adattare a più alti livelli di libido e sentirsi più sensibili alle situazioni stressanti. Questi cambiamenti possono essere letti come analoghi ai fisiologici mutamenti emozionali esperiti in età puberale. Alcune persone TGNC saranno capaci di adattare le strategie di coping esistenti, laddove altre possono aver bisogno di aiuto nello sviluppo di ulteriori capacità (per es., nella regolazione delle emozioni o nell'assertività). I lettori sono invitati a consultare i *World Professional Association for Transgender Health Standards of Care* per visionare una discussione sui possibili effetti della terapia ormonale

sull'umore, sull'affettività e sul comportamento di una persona TGNC (Coleman et al., 2012).

Linea-guida 11

“Lo psicologo riconosce che ricevere supporto sociale e cure affermative aumenta la probabilità di esiti di vita positivi per le persone TGNC”

Fondamento logico

La ricerca ha dimostrato gli esiti positivi che derivano dal ricevere servizi medici e psicologici di tipo affermativo, sia per gli adulti che per gli adolescenti TGNC (per es., psicoterapia, cure ormonali, intervento chirurgico, ecc.; Byne et al., 2012; R. Carroll, 1999; Cohen-

62

Adattamento italiano delle “Linee-guida per la pratica psicologica ...

Kettenis, Delemarre-van de Waal, & Gooren, 2008; Davis & Meier, 2014; De Cuypere et al., 2006; Gooren, Giltay, & Bunck, 2008; Kuhn et al., 2009), nonostante le dimensioni spesso limitate dei campioni e l’assenza di studi basati sulla popolazione. Da uno studio meta-analitico della letteratura sulla terapia ormonale rivolta ad adulti e adolescenti TGNC, i ricercatori hanno rilevato che l’80% dei partecipanti che ricevono cure affermative ha vissuto un miglioramento della qualità della vita ed un’attenuazione della disforia di genere e dei sintomi psicologici negativi (Murad et al., 2010).

Inoltre, le persone TGNC che ricevono sostegno sociale in relazione alla propria identità ed espressione di genere ottengono esiti migliori e una maggiore qualità della vita (Brill & Pepper, 2008; Pinto, Melendez, & Spector, 2008). Diversi studi hanno mostrato che l’accettazione familiare in adulti e adolescenti TGNC è asso-ciata ad una riduzione dei tassi di esiti negativi di salute, quali depressione, suicidio, comportamenti sessuali a rischio e infezioni (Bockting et al., 2013; Dhejne et al., 2011; Grant et al., 2011; Liu & Mustanski, 2012; Ryan, 2009). Anche il sostegno proveniente dal contesto familiare è un fattore protettivo forte per gli adulti e gli adolescenti TGNC (Bockting et al., 2013; Moody & Smith, 2013; Ryan et al., 2010). All’interno della famiglia, le persone TGNC vivono spesso forme più o meno esplicite o sottili di pregiudizio, discriminazione e violenza (Bradford et al., 2007). Al rifiuto familiare di adolescenti e adulti TGNC si associano più alti tassi di infezione da HIV, suicidio, detenzione e condizione di senza fissa dimora (Grant et al., 2011; Liu & Mustanski, 2012). Il rifiuto familiare e

i più bassi livelli di supporto sociale sono significativamente correlati alla depressione (Clements-Nolle et al., 2006; Ryan, 2009).

Molte persone TGNC cercano sostegno nelle relazioni con i pari, nella famiglie scelte e nelle comunità in cui hanno maggiore probabilità di essere accettate (Gonzalez & McNulty, 2010; Nuttbrock et al., 2009). È stato anche osservato come il sostegno tra pari

Valutazione, terapia e intervento 63

TGNC sia un fattore in grado di moderare la relazione tra lo stigma e la salute mentale: livelli maggiori di supporto sono associati a migliori condizioni di salute mentale (Bockting et al., 2013).

Per alcune persone TGNC, il sostegno da parte delle comunità religiose e spirituali rappresenta un'importante fonte di resilienza (Glaser, 2008; Kidd & Witten, 2008; Porter et al., 2013).

Applicazione

Gli psicologi sono chiamati a facilitare l'accesso a cure affermative, di cui è empiricamente attestata l'influenza positiva. Gli psicologi possono giocare un ruolo cruciale nel promuovere l' *empowerment*, nel valorizzare le esperienze e nel favorire esiti di vita positivi nella vita di adulti e adolescenti TGNC, sia nell'ambito di una valutazione o di una psicoterapia, che in quello dell'assistenza all'accesso alle terapie ormonali o chirurgiche (Bess & Stabb, 2009; Rachlin, 2002).

È importante che gli psicologi siano consapevoli della funzione cruciale del sostegno sociale; essi dovrebbero a tal proposito sostenere gli adulti e gli adolescenti TGNC nella costruzione di reti sociali di supporto in cui la loro identità di genere sia accettata e valorizzata. Gli psicologi possono orientare le persone TGNC

nella negoziazione delle dinamiche familiari che potrebbero con-figurarsi nel corso del processo di esplorazione e costruzione dell'identità di genere. Questi aspetti possono essere affrontati in un setting individuale, in sessioni congiunte con membri della rete di supporto o nell'ambito di una terapia familiare o di gruppo. Gli psicologi possono aiutare le persone TGNC a decidere quando e in che modo rivelare la propria identità di genere al lavoro o a scuola, ad amici e conoscenti in altri contesti o presso le comunità religiose. Una persona TGNC che abbia deciso di non rivelarsi del tutto, può comunque trarre beneficio da un gruppo di sostegno tra pari, sia di persona che online.

64

Adattamento italiano delle “Linee-guida per la pratica psicologica ...

Il cliente stesso potrebbe chiedere allo psicologo di aiutare la sua famiglia ad esplorare i sentimenti circa la propria identità ed espressione di genere. Possono essere utili in tal caso alcuni modelli di regolazione familiare (Emerson & Rosenfeld, 1996) che normalizzano le reazioni di una famiglia che scopre la condizione TGNC di uno dei suoi componenti e che aiutano a ridurre il senso di isolamento. Nel lavoro con i familiari o gli altri

significativi è importante normalizzare il sentimento di perdita così come le paure rispetto alle conseguenze che lo svelamento di un proprio caro TGNC potrà avere sulle sue relazioni. Gli psicologi possono aiutare i familiari ad adattarsi ai cambiamenti relazionali e a gestire la comunicazione con parenti, amici e altri membri della rete del proprio caro TGNC. Può essere fondamentale indirizzare queste persone a operatori TGNC, a risorse educative e a gruppi di supporto, che potrebbero facilitare la comprensione dell'identità di genere e la comunicazione con i loro cari. Nel lavoro con coppie e famiglie, lo psicologo può aiutare le persone TGNC ad individuare dei modi per rendere partecipi gli altri significativi nel processo di transizione sociale o medica.

Nelle realtà rurali, può essere importante mettere in contatto una persona TGNC con la rete online o informarla dell'esistenza di gruppi di supporto con cui condividere le sfide peculiari che si pongono agli individui interessati da questa condizione all'interno di queste aree territoriali (Walinsky & Whitcomb, 2010). Nel lavoro con militari e veterani TGNC, lo psicologo deve essere sensibile alle difficoltà specifiche in cui si imbattono queste persone, in particolar modo quelle che prestano servizio attivo nelle forze armate statunitensi (*OutServe-Servicemembers Legal Defense Network*). Lo psicologo può sostenere l'attivazione di sistemi di supporto che creino uno spazio sicuro e affermativo per ridurre l'isolamento e per creare reti tra pari che condividono l'esperienza militare. Per lavorare con i veterani, è importante che lo psicologo

Valutazione, terapia e intervento 65

si tenga aggiornato sulle evoluzioni delle politiche a sostegno dell'accesso paritario ai servizi sanitari (*Department of Veterans Affairs, Veterans' Health Administration, 2013*).

Linea-guida 12

***“Gli psicologi si sforzano di comprendere gli effetti
che il cambiamento dell'identità e dell'espressione di
genere provoca sulle relazioni sentimentali e sessuali***

delle persone TGNC”

Fondamento logico

Le relazioni delle persone TGNC possono essere sane e di successo (Kins, Hoebeke, Heylens, Rubens, & De Cuyprere, 2008; Meier, Sharp, Michonski, Babcock, & Fitzgerald, 2013), ma anche complicate (Brown, 2007; Iantaffi & Bockting, 2011). Uno studio sulle relazioni tra uomini TGNC e donne cisgender ha evidenziato che queste coppie attribuiscono il successo del loro rapporto al rispetto, all'onestà, alla fiducia, all'affetto, alla comprensione e alla comunicazione (Kins et al., 2008). Così come nelle relazioni tra persone cisgender, anche in quelle con persone TGNC possono verificarsi forme di abuso (Brown, 2007); alcune persone, per esempio, esercitano il controllo sul partner minacciando di ri-velarne l'identità TGNC (FORGE).

Ai tempi delle prime transizioni, queste venivano concesse solo a quelle persone il cui orientamento sarebbe divenuto eterosessuale a seguito della transizione (per es., una donna trans con un uomo cisgender) (Meyerowitz, 2002). Questa restrizione am-metteva solo un certo modello di coppia (*American Psychiatric Association*, 1980; Benjamin, 1966; Chivers & Bailey, 2000), negava l'accesso alla chirurgia a uomini trans che si identificavano come

66

Adattamento italiano delle “Linee-guida per la pratica psicologica ...

gay o bisessuali (Coleman & Bockting, 1988) o a donne trans che si identificavano come lesbiche o bisessuali, e richiedeva lo scio-gliamento di un eventuale matrimonio come prerequisito di accesso all'iter di transizione (Lev, 2004).

Lo svelamento dell'identità TGNC può avere un importante impatto sulla coppia. Se avviene all'inizio della relazione, si associa ad esiti di coppia tendenzialmente migliori rispetto ai casi in cui lo svelamento avviene dopo molti anni di relazione, caso in cui potrebbe essere vissuto come un tradimento (Erhardt, 2007). Quando una persona TGNC fa coming out nel contesto di una relazione preesistente, potrebbe essere utile che entrambi i

partner siano coinvolti nelle decisioni che riguardano i beni condivisi (ad es., come bilanciare i costi finanziari della transizione con altre incombenze familiari) e sulle modalità di gestione di questa notizia all'interno della rete sociale comune (amici, famiglia). A volte il coming out comporta una rinegoziazione dei ruoli nella coppia (Samons, 2008). Cambiando l'identità di genere di uno dei due partner, può cambiare anche l'idea di cosa significhi essere marito o moglie (Erhardt, 2007). A seconda del momento in cui insorge la questione e in base ai cambiamenti che essa impone nella relazione, si può soffrire la perdita di alcuni aspetti del partner e della relazione per come era precedentemente (Lev, 2004).

Il cambiamento dell'identità e dell'espressione di genere, che sia attraverso l'abbigliamento, il comportamento o interventi medici (ormoni, chirurgia), non influenza necessariamente l'attrazione sessuale della persona (Coleman et al., 1993). Una persona TGNC può aprirsi maggiormente all'esplorazione del proprio orientamento sessuale e/o può ridefinirlo nel corso della transizione (Daskalos, 1998; H. Devor, 1993; Schleifer, 2006). Man mano che si sente più a suo agio rispetto al proprio corpo e alla propria identità di genere, l'individuo TGNC può affacciarsi a nuovi

Valutazione, terapia e intervento 67

aspetti del proprio orientamento sessuale che in precedenza erano occultati o venivano avvertiti come dissonanti rispetto al sesso assegnato alla nascita. In seguito ad una transizione medica e/o sociale, l'orientamento sessuale di una persona TGNC può rimanere stabile o evolversi, in modo passeggero o permanente (per es., una rinnovata esplorazione dell'orientamento sessuale nell'ambito di un'identità TGNC, un mutamento nell'attrazione o nella scelta del partner sessuale, un ampliamento dello spettro di attrazione, un'evoluzione dell'orientamento sessuale identitario; Meier, Sharp et al., 2013; Samons, 2008). Per esempio, un uomo trans che in precedenza si identificava come lesbica potrebbe scoprirsi attratto dagli uomini (Coleman et al., 1993; Dickey, Burnes, & Singh, 2012); una donna trans attratta dalle donne prima della transizione, può rimanere tale anche dopo la transizione (Lev, 2004).

Alcune persone TGNC e i loro partner possono aver timore di perdere l'attrazione sessuale reciproca e di altre potenziali conseguenze che il

cambiamento dell'identità di genere può avere sul rapporto. Una coppia costituita da due uomini trans che si identificano come lesbiche può entrare in conflitto con l'idea che essere in una relazione affettiva con un uomo può portare gli altri a percepirli come una coppia eterosessuale (Califia, 1997). Allo stesso modo, una donna in una relazione eterosessuale che in seguito apprende che il proprio partner è una donna trans può ritrovarsi in una relazione lesbica e dover fare i conti con la nuova condizione di minoranza stigmatizzata (Erhardt, 2007). Inoltre, una persona può non sentirsi più attratto dal partner dopo la transizione. Per esempio, una donna lesbica la cui partner transita in un'identità maschile può non sentirsene più attratta. I partner di persone TGNC potrebbero trovarsi a sperimentare sentimenti legati al lutto e alla perdita di fronte alla decisione dell'amato/a.

68

Adattamento italiano delle “Linee-guida per la pratica psicologica ...

Applicazione

Lo psicologo può farsi promotore di resilienza nelle coppie, affrontando le specifiche questioni che si pongono ai partner delle persone TGNC. Questi ultimi possono beneficiare del supporto psicologico nel gestire le difficoltà legate al cambiamento dell'identità di genere e alla transizione del proprio partner. Gruppi di supporto tra pari possono rappresentare una risorsa preziosa nel fare i conti con la transfobia interiorizzata, la vergogna, il risentimento e le preoccupazioni in merito alla relazione. Le persone TGNC, i loro partner e le coppie che hanno affrontato con successo il percorso possono offrire il proprio sostegno, agendo come fattore di protezione (Brown, 2007). Nel caso di uno svelamento all'interno di una relazione già esistente, lo psicologo può aiutare la coppia ad esplorare quali dinamiche relazionali essa intenda preservare o cambiare.

Con lo psicologo, una persona TGNC può esplorare un ventaglio di questioni riguardanti la sua relazione e la sua sessualità (Dickey et al., 2012), tra cui i tempi e le modalità del coming out, comunicare i propri desideri sessuali, rinegoziare l'intimità che rischia di perdersi durante la transizione, adattarsi ai cambiamenti corporei causati dall'uso di ormoni o dalla chirurgia, esplorare i confini riguardanti il contatto, la tenerezza e le pratiche di sesso sicuro (Iantaffi & Bockting, 2011; Sevelius, 2009). Nel corso della transizione, le persone TGNC potrebbero sviluppare una maggiore autoefficacia sul piano sessuale. Nel momento in cui il proprio partner si avvale del sostegno dello psicologo nella comprensione delle decisioni sulla transizione di genere, la persona TGNC può trarne l'opportunità per sviluppare una consapevolezza sull'influenza che la sua decisione ha sulla vita delle persone amate.

Valutazione, terapia e intervento 69

Linea-guida 13

“Lo psicologo cerca di comprendere le molteplici

forme che la genitorialità e la formazione di una

famiglia assumono tra le

persone TGNC”

Fondamento logico

Lo psicologo lavora con le persone TGNC durante tutto il ciclo di vita per affrontare le questioni relative alla genitorialità e alla famiglia (Kenagy & Hsieh, 2005). Ci sono evidenze a sostegno del fatto che le persone TGNC hanno e desiderano avere figli (Wierckx et al., 2012). Alcune persone TGNC desiderose di costruire una famiglia concepiscono un bambino tramite rapporto sessuale, mentre altre possono ricorrere all'affido, all'adozione, alla maternità surrogata o a tecniche di procreazione assistita, come la donazione di sperma o di ovuli (De Sutter, Kira, Verschoor, & Hotimsky, 2002). L'ancora scarso corpus di ricerca scientifica ha evidenziato l'assenza di controindicazioni legate alla genitorialità TGNC, non essendovi prova, nei bambini, di alcun impatto negativo a lungo termine direttamente correlato al mutamento di genere di un genitore (R. Green, 1978, 1988; White & Ettner, 2004). Le persone TGNC potrebbero incontrare delle difficoltà a trovare dei medici disponibili per la riproduzione assistita o a sostenerne le spese (Coleman et al., 2012). L'adozione stessa può essere piuttosto costosa e non è infrequente imbattersi in atteggiamenti discriminatori da parte delle agenzie per l'affido o l'adozione. L'uso terapeutico di ormoni, attuale o pregresso, riduce la fertilità di una persona TGNC e restringe il campo delle scelte riproduttive (Darnery, 2008; Wierckx et al., 2012). Altre persone potrebbero avere bambini prima di fare coming out o prima di effettuare la transizione di genere.

70

Adattamento italiano delle "Linee-guida per la pratica psicologica ...

Le persone TGNC potrebbero avere una serie di preoccupazioni riguardanti la genitorialità e la formazione di una famiglia e richiedere supporto per la formazione o l'espansione della famiglia, per gestire problemi insorti in quella preesistente o per prendere decisioni in merito ai problemi di fertilità legati alla terapia ormonale, alla soppressione della pubertà o alla transizione chirurgica. Il processo di transizione di un genitore TGNC può indurre cambiamenti nelle dinamiche familiari, creando sfide e opportunità per i

genitori, i figli e gli altri membri della famiglia.

Da uno studio che ha preso in considerazione le riflessioni di alcuni terapeuti sulla loro esperienza con i clienti TGNC, è emerso che per un bambino le costellazioni familiari e le relazioni con i genitori sono più significative del percorso di transizione di un genitore (White & Ettner, 2004). Sebbene la ricerca non abbia rilevato degli effetti particolari del percorso di transizione sulle abilità genitoriali, una relazione o un matrimonio potrebbero non sopravvivere allo svelamento o alla conseguente transizione (Dickey et al., 2012). Questo potrebbe esitare in un divorzio o in una separazione che, a loro volta, potrebbero avere un impatto sui figli. È stato dimostrato che una relazione positiva tra i genitori, a prescindere dallo stato coniugale, è per il figlio un fattore protettivo fondamentale (Amato, 2001; White & Ettner, 2007). Ciò è vero soprattutto quando ai bambini viene comunicato l'amore da parte dei genitori e ne viene garantita la presenza continua (White

& Ettner, 2007). Sulla base della scarsa letteratura disponibile, è emerso che generalmente i bambini più piccoli sono quelli più capaci di integrare la transizione di un genitore, seguiti dai figli adulti, mentre coloro che hanno maggiori difficoltà sono gli adolescenti (White & Ettner, 2007). In caso di divorzio o separazione, il genitore TGNC può rischiare la perdita di custodia del figlio o i diritti di visita: il tribunale, a volte, presume un qualche nesso tra l'identità ed espressione di genere e l'idoneità genitoriale

Valutazione, terapia e intervento 71

(Flynn, 2006). Questo pregiudizio colpisce in particolare le persone TGNC di colore (Grant et al., 2011).

Applicazione

Lo psicologo è chiamato a prendersi cura delle preoccupazioni che riguardano la genitorialità e la famiglia. Un genitore TGNC

dovrebbe essere aiutato a riconoscere i modi in cui la condizione genitoriale può influenzare la decisione di svelare la propria identità o di affrontare la transizione (Freeman, Tasker, & Di Ceglie, 2002; Grant et al., 2011; Wierckx et al., 2012). Alcune persone TGNC possono scegliere di procrastinare lo svelamento, aspettando che i figli crescano e lascino casa (Bethea & McCollum, 2013). Le linee guida cliniche sviluppate congiuntamente da una comunità TGNC e da un'organizzazione sanitaria della *British Columbia* invitano gli psicologi e altri professionisti della salute mentale che lavorano con persone TGNC a pianificare lo svelamento al partner, attuale o precedente, o ai figli, prestando particolare attenzione alle risorse che potrebbero aiutare le persone TGNC

ad affrontare con i figli la questione della propria identità in modo adeguato alla loro età (Bockting et al., 2006). Lev (2004) propone un modello stadiale che descrive il processo che ipoteticamente potrebbe attraversare una famiglia di fronte allo svelamento dell'identità TGNC di un suo membro, modello che può risultare utile per uno psicologo. Le reti di supporto tra pari possono essere fondamentali per il partner o per il figlio di una persona TGNC

(per es., PFLAG, *TransYouth Family Allies*). Lo psicologo può offrire consulenza ad una famiglia, aiutandola a gestire lo svelamento, migliorando il suo funzionamento, favorendone la partecipazione al processo e, allo stesso tempo, aiutare la persona TGNC a prendere coscienza dei modi in cui il processo di transizione ha avuto un'influenza sulla sua famiglia (Samons, 2008). È

necessario, nell'interesse dei figli, favorire una collaborazione re-

Adattamento italiano delle “Linee-guida per la pratica psicologica ...

ciproca tra i genitori nel mettere in primo piano i bisogni dei figli, mantenendo il legame familiare (White & Ettner, 2007).

Lo psicologo può indirizzare le persone TGNC che hanno già famiglia a consulenti legali che si occupano di diritti genitoriali rispetto all'adozione o alla custodia. A seconda della situazione, questo è opportuno anche nei casi in cui la persona TGNC è il genitore biologico (Minter & Wald, 2012). Anche se negli Stati Uniti l'essere TGNC non rappresenta di per sé un impedimento legale all'adozione, c'è una certa probabilità di incorrere in forme esplicite o celate di discriminazione e barriere, essendo radicato il pregiudizio verso le persone TGNC. La scelta di rivelare o meno l'identità TGNC in un procedimento di adozione è personale e ad un futuro genitore TGNC potrebbe essere utile consultare un av-vocato che gli indichi le condizioni legislative dell'area di competenza giurisdizionale relative allo svelamento. È comunque difficile che questa si possa eludere, considerata le approfondite indagini richieste. Molti avvocati spingono allo svelamento per evitare di incorrere in contestazioni legali durante il processo di adozione (Minter & Wald, 2012).

Nel discutere le varie opzioni disponibili per la genitorialità, è importante che lo psicologo rimanga consapevole che alcune di queste richiedono l'intervento medico e non sono disponibili ovunque, oltre ad essere piuttosto costose (Coleman et al., 2012). Nei casi in cui una persona TGNC si veda impossibilitata ad accedere ai servizi necessari per costruire una famiglia, lo psicologo potrebbe essere chiamato a contenere i suoi sentimenti di perdita, dolore, rabbia e risentimento (Bockting et al., 2006; De Sutter et al., 2002).

Quando una persona TGNC sta considerando la possibilità di iniziare una terapia ormonale, lo psicologo potrebbe parlarle dei possibili effetti permanenti sulla fertilità ai fini di una decisione consapevole. Questo è rilevante in particolar modo per gli adolescenti e i giovani adulti, per i quali un progetto familiare o la per-

Valutazione, terapia e intervento 73

dità della fertilità non rappresentano preoccupazioni attuali, e ciò potrebbe

portarli a trascurare gli effetti a lungo termine che la terapia ormonale o la chirurgia hanno sulla riproduttività (Coleman et al., 2012). È comunque importante che lo psicologo parli di contraccezione e di pratiche di sesso protetto con i clienti TGNC, dato che la capacità procreativa non è necessariamente compromessa dalla terapia ormonale (Bockting, Robinson, & Rosser, 1998). Lo psicologo può esercitare una funzione educativa cruciale con adolescenti e giovani adulti TGNC e con i loro genitori circa gli effetti a lungo termine che gli interventi medici hanno sulla fertilità, favorendo il consenso informato prima di sottoporvisi. Sebbene la terapia ormonale possa ridurre la fertilità (Coleman et al., 2012), gli psicologi dovrebbero incoraggiare le persone TGNC a non farvi affidamento quale unico mezzo di contraccezione, anche nei casi di amenorrea (Gorton & Grubb, 2014). Educare al sesso sicuro può essere fondamentale, dal momento che alcuni segmenti della comunità TGNC (per esempio, le donne trans e le persone di colore), sono particolarmente esposte al rischio di infezioni sessualmente trasmissibili e tra di esse è stata dimostrata un'alta prevalenza e incidenza di infezione da HIV (Kellogg, Clements-Nolle, Dilley, Katz, & McFarland, 2001; Nemoto, Operario, Keatley, Han, & Soma, 2004).

A seconda dei tempi e delle opzioni scelte, gli psicologi dovrebbero esplorare le implicazioni fisiche, sociali ed emotive in tutti quei casi in cui una persona TGNC scelga di ritardare o interrompere la terapia ormonale, di sottoporsi al trattamento di fertilità o di iniziare una gravidanza. Gli effetti psicologici dell'in-terruzione della terapia ormonale variano dalla depressione agli sbalzi di umore alle reazioni legate alla perdita degli effetti della mascolinizzazione o della femminilizzazione del corpo facilitati dalla terapia ormonale (Coleman et al., 2012). Le persone TGNC

che scelgono di interrompere la terapia ormonale durante i ten-

74

Adattamento italiano delle “Linee-guida per la pratica psicologica ...

tativi di concepimento o durante la gravidanza potrebbero aver bisogno di ulteriore supporto psicologico. Le persone TGNC e le loro famiglie, per esempio, potrebbero avere bisogno di ulteriore aiuto per affrontare il pregiudizio che può insorgere quando una persona TGNC con tratti

tipicamente mascholini è visibilmente in-cinta. Le persone TGNC potrebbero dover far fronte a sentimenti di perdita quando impossibilitati alle attività riproduttive congruenti con la propria identità di genere, o quando si imbattono in ostacoli a procreare, adottare o ottenere l'affido (Vanderburgh, 2007). Prima di inviare un cliente TGNC ad un servizio di salute riproduttiva, occorre che lo psicologo ne valuti l'accessibilità e la responsività rispetto all'utenza TGNC. Quando si rileva nel personale una mancanza di adeguate conoscenze sull'approccio affermativo, lo psicologo stesso è chiamato a colmare queste lacune, offrendo opportune informazioni.

Linea-guida 14

“Gli psicologi riconoscono le potenzialità di un approccio interdisciplinare nell’offrire assistenza alle persone TGNC e si impegnano a lavorare in sinergia con altri professionisti”

Fondamento logico

Dato l'intreccio tra fattori di ordine biologico, psicologico e sociale nel processo di diagnosi e trattamento, la collaborazione tra più settori disciplinari può diventare fondamentale nel lavoro con le persone TGNC (Hendricks & Testa, 2012). La sfida legata al vivere con un'identità stigmatizzata e il bisogno di compiere la transizione, sul piano sociale e/o medico, possono richiedere il coinvolgimento di figure professionali appartenenti a diversificati

Valutazione, terapia e intervento 75

settori disciplinari inerenti la salute: psicologi, psichiatri, assistenti sociali, operatori di primo soccorso, endocrinologi, infermieri, farmacisti, chirurghi, ginecologi, urologi, specialisti di elettrodepilazione, logopedisti, fisioterapisti, counselor pastorali, cappellani, e consulenti educativi o di carriera. Comunicazione, cooperazione e collaborazione garantiranno un coordinamento ottimale e una cura di qualità. Così come gli psicologi inviano le persone TGNC ai medici per l'assistenza o il trattamento di questioni di loro competenza, questi ultimi devono poi poter contare sulla valutazione dello psicologo, che può aiutare il cliente a prepararsi ad affrontare gli aspetti psicologici e sociali della transizione, prima, durante e dopo gli interventi medici (Coleman et al., 2012; Hembree et al., 2009; Lev, 2009). La ricerca ha evidenziato il valore e l'efficacia dell'approccio interdisciplinare e collaborativo nella cura delle persone TGNC (vedi Coleman et al., 2012 per una rassegna).

Applicazione

La collaborazione degli psicologi con professionisti di altri settori sanitari coinvolti nell'assistenza alle persone TGNC (per es., trattamento ormonale e chirurgico, cure mediche primarie) può assumere diverse forme e dovrebbe avvenire in modo tempestivo così da non complicare l'accesso ai servizi necessari (per es., il tempo di attesa). Ad esempio, uno psicologo che sta lavorando con un uomo trans con diagnosi di disturbo bipolare può avere bisogno di coordinare il proprio intervento con il medico di base e lo psichiatra, perché si adeguino in modo opportuno i suoi livelli ormonali e gli psicofarmaci, dato che il testosterone può avere un effetto attivante che si aggiunge al trattamento della disforia di genere. La collaborazione è richiesta già a partire dalla messa a punto dei documenti che le persone TGNC devono presentare a chirurghi e medici per accedere agli interventi di affer-

76

Adattamento italiano delle “Linee-guida per la pratica psicologica ...

mazione del genere (per es., chirurgia, terapia ormonale; Coleman et al., 2012). Gli psicologi possono offrire sostegno, informazione ed educazione ai colleghi di altri settori disciplinari che hanno scarsa familiarità con le questioni inerenti l'identità e l'espressione di genere per far sì che le persone TGNC ottengano cure soddisfacenti (Holman & Goldberg, 2006; Lev, 2009). Per esempio, uno psicologo che sta aiutando una donna trans ad accedere alla riattribuzione chirurgica del sesso può, con il suo consenso, contattare il ginecologo che la sua cliente ha scelto e, al fine di preparare la prima visita ginecologica, fornirgli informazioni storiche utili su di lei e discutere con la cliente di come essi, lavorando congiuntamente, possano ottimizzare l'efficacia delle visite mediche (Holman & Goldberg, 2006).

In contesti interdisciplinari, lo psicologo potrebbe affiancare il medico, svolgendo una funzione educativa che garantisca l'assunzione di decisioni pienamente informate da parte delle persone TGNC (Coleman et al., 2012; Deutsch, 2012; Lev, 2009). Nel lavoro interdisciplinare con bambini e

adolescenti, lo psicologo svolge un ruolo particolarmente significativo, data l'importanza, in questi casi, di valutare lo sviluppo cognitivo e sociale, le dinamiche familiari e il grado di supporto parentale. Il ruolo dello psicologo è cruciale, dovendo egli valutare l'appropriatezza dell'intervento medico e la sua tempestività. È opportuno che gli psicologi che in genere non operano in modo interdisciplinare – si pensi soprattutto alle comunità isolate o rurali – rintraccino professionisti di altri settori con cui collaborare o a cui far riferimento (Walinsky & Whitcomb, 2010). Ad esempio, uno psicologo che lavora in una zona rurale potrebbe mettersi in contatto con un pediatra di aree limitrofe che effettua cure affermative, per chiederne la collaborazione rispondendo alle preoccupazioni dei genitori di un bambino o di un adolescente TGNC o *gender-questioning*.

Valutazione, terapia e intervento 77

Oltre a lavorare in sinergia con altri operatori, gli psicologi che ottengono qualifiche avanzate nel lavoro con persone TGNC potrebbero anche entrare in gioco come consulenti specializzati nel campo (ad es., fornendo sostegno ai professionisti che si trovano a lavorare con persone TGNC o con interventi di formazione nelle scuole o nei contesti organizzativi). Gli psicologi possono svolgere una funzione consultiva anche nelle strutture ospedaliere che desiderano orientarsi all'approccio affermativo nella cura dei clienti TGNC. Lo psicologo può anche collaborare con i colleghi dei servizi sociali per fornire al cliente TGNC delle referenze affermative in svariati ambiti: settore abitativo, sostegno finanziario, counseling o training professionale/educativo, comunità religiose o spirituali, gruppi di sostegno tra pari e altre risorse di comunità (Gehi

& Arkles, 2007). Questo approccio collaborativo potrebbe consistere, infine, nel garantire a minorenni TGNC, le cui cure sono affidate allo Stato, l'accesso a cure culturalmente appropriate.

79

Ricerca, istruzione e formazione

Linea-guida 15

***“Gli psicologi rispettano il benessere e i diritti delle
persone TGNC che partecipano alla ricerca e si
impegnano a rappresentare accuratamente i risultati,
evitandone l’uso improprio o il travisamento”***

Fondamento logico

I questionari demografici utilizzati nella ricerca psicologica hanno storicamente incluso o un item sul sesso o uno sul genere, prevedendo due sole opzioni di risposta – maschio e femmina.

Questo approccio ha dunque escluso tutti quei partecipanti TGNC

che non si riconoscono in nessuna delle due possibilità identitarie, incorrendo nel rischio di inibire la loro partecipazione alla ricerca (IOM, 2011). È per tale motivo, per esempio, che si hanno scarse conoscenze empiriche circa la prevalenza, i rischi e i bisogni di prevenzione delle persone TGNC riguardo l'HIV; queste sono state nel tempo inglobate in altre categorie demografiche più ampie (per es., uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini, donne di colore), creando una condizione di invisibilità rispetto all'impatto epidemico dell'HIV sulla popolazione TGNC

(Herbst et al., 2008). Di conseguenza, non si è prestata la dovuta

80

Adattamento italiano delle “Linee-guida per la pratica psicologica ...

attenzione ai bisogni dei gruppi che, nella popolazione TGNC, incorrono nei più alti tassi di disparità di salute: persone di colore, immigrate, a basso reddito, senzatetto, veterani, detenuti, coloro che vivono in aree rurali o che hanno delle disabilità (Bauer et al., 2009; Hanssmann, Morrison, Russian, Shiu-Thornton, & Bowen, 2010; Shipherd et al., 2012; Walinsky & Whitcomb, 2010).

C'è un gran bisogno di ricerche che forniscano informazioni sulle pratiche d'intervento affermativo. Sebbene gli attuali standard di cura abbiano un sufficiente supporto empirico (Byne et al., 2012; Coleman et al., 2012), c'è ancora molto da apprendere per ottimizzare la qualità della cura e degli esiti dei clienti TGNC, specialmente se si pensa al trattamento in età infantile (IOM, 2011; Mikalson et al., 2012). Va aggiunto che l'uso improprio e

l'errata interpretazione dei dati ha avuto nel tempo un impatto dannoso sulla popolazione TGNC, che si è riversato soprattutto nell'accesso ai servizi sanitari (Namaste, 2000). Ciò ha giustificato un atteggiamento scettico e sospettoso nell'ambito della comunità TGNC, che si è mostrata spesso restia ad aderire alle iniziative di ricerca. In accordo al codice etico dell'APA (APA, 2010), gli psicologi devono condurre le ricerche e divulgare i risultati in modo corretto e rispettoso nei confronti di quanti vi partecipano. Con l'incremento della ricerca in quest'ambito, è possibile andare in-contro ad un sovracampionamento in particolari aree geografiche, con l'effetto di trascurare altri gruppi come quelli non caucasici, che non sono adeguatamente rappresentati negli studi (Hwahng

& Lin, 2009; Namaste, 2000).

Applicazione

Tutte le attività di ricerca psicologica devono prevedere una gamma di opzioni che permetta di intercettare le persone TGNC, anche quando esse non rappresentano il focus di interesse (Conron et al., 2008; Deutsch et al., 2013). Un gruppo di esperti ha rac-

Ricerca, istruzione e formazione 81

comandato che le ricerche sulla popolazione, specialmente quelle che rientrano nei piani di sorveglianza governativa, chiedano tramite due differenti item il sesso assegnato alla nascita e l'identità di genere (GenIUSS, 2013). Nelle ricerche focalizzate sulle persone TGNC, procedere in tal modo consente di discernere sottogruppi entro questa popolazione, schiudendo la possibilità di conoscerne le differenze reciproche. Quanto viene rilevato rispetto ad un sottogruppo non necessariamente è estendibile ad altri. Per esempio, i risultati di uno studio su donne trans di colore che abitano in aree urbane con un passato di prostituzione (Nemoto, Operario, Keatley, & Villegas, 2004) possono non essere generalizzabili a tutte le donne di colore TGNC o all'intera popolazione TGNC

(Bauer, Travers, Scanlon, & Coleman, 2012; Operario et al., 2008).

Fare ricerca con le persone TGNC pone gli psicologi di fronte alle sfide legate allo studio di una popolazione piccola, geograficamente sparsa, differenziata, stigmatizzata, nascosta e difficile da avvicinare (IOM, 2011). Data la difficoltà di intercettare individui TGNC (IOM, 2011) e la continua evoluzione nella ricerca in questo campo, è importante considerare vantaggi e limiti dei metodi utilizzati, interpretando e rappresentando di conseguenza i risultati. Alcuni ricercatori hanno fortemente raccomandato modelli collaborativi di ricerca (per es., ricerca-azione partecipata), in cui i membri della comunità TGNC

vengano attivamente coinvolti in ogni fase (Clements-Nolle & Bachrach, 2003; Singh, Richmond, & Burnes, 2013). La divulgazione dei risultati di ricerca a livello mediatico rappresenta essa stessa una sfida piuttosto delicata,

data la scarsa conoscenza nel mondo giornalistico del metodo scientifico, con il forte rischio di distorcere, sfruttare o sensazionalizzare i dati (Garber, 1992; Namaste, 2000).

82

Adattamento italiano delle “Linee-guida per la pratica psicologica ...

Linea-guida 16

***“Gli psicologi devono preparare i tirocinanti a lavorare
con le persone TGNC in modo competente”***

Fondamento logico

L' *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct* (APA, 2010) annovera l'identità di genere tra i fattori sui quali lo psicologo necessita di ricevere formazione, avere esperienza e sottoporsi a consulenza e supervisione per garantire lo sviluppo di competenze (APA, 2010). Inoltre, nei programmi accreditati dall'APA volti a dimostrare l'impegno a favore della diversità culturale e individuale si fa espressamente riferimento all'identità di genere (APA, 2015). Tuttavia, le indagini suggeriscono che tra i professionisti della salute mentale impreparazione e incompetenza in materia TGNC siano ancora ampiamente diffuse (Bradford et al., 2007; O'Hara, Dispenza, Brack, & Blood, 2013; Xavier et al., 2005). La *APA Task Force on Gender Identity and Gender Variance* (2009) ha previsto che la stragrande maggioranza degli psicologi e dei laureati in psicologia incontrerà una persona TGNC

tra i propri clienti, colleghi o tirocinanti. Eppure, la formazione professionale e i tirocini in psicologia prevedono una scarsa preparazione al lavoro con persone TGNC o non ne prevedono alcuna (Anton, 2009; APA TFGIGV, 2009), ed è ancora esigua la formazione continua offerta ai clinici (Lurie, 2005). Solo il 52% tra gli psicologi e i laureati in psicologia che hanno partecipato ad un'indagine condotta dalla *Task Force* ha riportato di aver avuto occasioni formative sui temi TGNC; di questi, solo il 27% ha dichiarato di avere una certa familiarità con le questioni di genere ($n = 294$; APA TFGIGV, 2009).

La formazione sull'identità di genere in ambito psicologico è stata spesso accorpata all'ambito dell'orientamento sessuale o

Ricerca, istruzione e formazione 83

della sessualità. Alcuni studiosi hanno osservato che gli psicologi e gli studenti che hanno ricevuto una formazione incentrata sull'area LGB possano essere portati a credere erroneamente di aver acquisito un'adeguata preparazione in ambito TGNC (Harper & Schneider, 2003). Tuttavia, Israel e

colleghi hanno individuato importanti differenze tra i bisogni terapeutici delle persone TGNC

e quelli delle persone LGB nella percezione sia dei clienti che degli operatori (Israel et al., 2008; Israel, Walther, Gorcheva, & Perry, 2011). Nadal e colleghi hanno suggerito che la mancanza di informazioni chiare ed accurate nella formazione psicologica perpetua l'incomprensione e la marginalizzazione della popolazione TGNC, non solo tra gli psicologi, ma anche nella società nel suo insieme (Nadal et al., 2010, 2012).

Applicazione

È importante che gli psicologi si impegnino in una formazione continua sulle questioni inerenti l'identità e l'espressione di genere in quanto fondamento di una pratica psicologica affermativa. Oltre a queste Linee-Guida, a cui i formatori possono attingere nello sviluppo di curriculum e di esperienze di training, l'ACA (2010) ha anche adottato un set di competenze che potrebbe costituire un'utile risorsa. Oltre ad includere le questioni TGNC all'interno del piano educativo di base dei servizi di salute psicologia (ad es., lo sviluppo della personalità, il multiculturalismo, i metodi di ricerca), alcuni programmi di psicologia possono anche offrire corsi e training per gli studenti interessati a sviluppare competenze più avanzate in materia.

A causa degli alti tassi di ignoranza e stigma sociale, gli addetti alla formazione sono chiamati ad un sforzo particolare affinché l'istruzione, il training e la supervisione siano affermativi ed evitino la sensazionalizzazione (Namaste, 2000), lo sfruttamento o la patologizzazione del fenomeno TGNC (Lev, 2004). Essi do-

84

Adattamento italiano delle "Linee-guida per la pratica psicologica ...

vranno supportare i formandi nello sviluppo di un'attitudine professionale non giudicante verso persone che esperiscono l'identità e l'espressione di genere in maniera differente dalla propria. Vi è un consistente numero di pubblicazioni di cui gli psicologi possono disporre per integrare le informazioni sulle persone TGNC

nella formazione che essi offrono (ad esempio, Catalano, McCarthy, & Shlasko, 2007; Stryker, 2008; Wentling, Schilt, Windsor, & Lucal, 2008). Proprio perché gran parte degli psicologi ha ricevuto scarsa o nessuna formazione sulla popolazione TGNC e non si sente sufficientemente preparata in materia (APA TFGIGV, 2009), i colleghi esperti sono chiamati ad implementare e diffondere pratiche di formazione e training continui, contribuendo a colmare queste lacune. Gli psicologi addetti alla formazione

possono implementare attività volte a promuovere la consapevolezza dei privilegi cisgender, del pregiudizio e della discriminazione contro le persone trans, coinvolgendo le stesse persone TGNC così che possano condividere la propria prospettiva, dando spazio ai loro racconti durante le lezioni (ACA, 2010). In questi approcci formativi, è importante includere un'ampia varietà di esperienze TGNC che rifletta le diversità della comunità TGNC.

85

Bibliografia

Adelson, S. L., & The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). (2012). Practice parameter on gay, lesbian, or bisexual sexual orientation, gender nonconformity, and gender discordance in children and adolescents.

Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 51, 957–974. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2012.07.004>

Ålgars, M., Alanko, K., Santtila, P., & Sandnabba, N. K. (2012). Disordered eating and gender identity disorder: A qualitative study. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 20, 300–311.

<http://dx.doi.org/10.1080/10640266.2012.668482>

Amato, P. R. (2001). Children of divorce in the 1990s: An update of the Amato and Keith (1991) meta-analysis. *Journal of Family Psychology*, 15, 355–370.

American Civil Liberties Union National Prison Project. (2005). *Still in danger: The ongoing threat of sexual violence against transgender prisoners*.

Washington, DC: Author. Retrieved from <http://www.justdetention.org/pdf/stillindanger.pdf>

American Counseling Association. (2010). American Counseling Association competencies for counseling with transgender clients. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 4, 135–159. <http://dx.doi.org/>

10.1080/15538605.2010.524839

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.

86

Adattamento italiano delle “Linee-guida per la pratica psicologica ...

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

American Psychological Association. (2010). *Ethical principles of psychologists and code of conduct (2002, amended June 1, 2010)*. Retrieved from <http://www.apa.org/ethics/code/principles.pdf>

American Psychological Association. (2012). Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients. *American Psychologist*, 67, 10–42. <http://dx.doi.org/10.1037/a0024659>

American Psychological Association. (2015). *Standards of accreditation for health service psychology*. Retrieved from <http://www.apa.org/ed/accreditation/about/policies/standards-of-accreditation.pdf> American Psychological Association & National Association of School Psychologists. (2014). *Resolution on gender and sexual orientation diversity in children and adolescents in schools*. Retrieved from http://www.nasponline.org/about_nasp/resolution/gender_sexual_orientation_diversity.pdf

American Psychological Association Presidential Task Force on Immigration. (2012). *Crossroads: The psychology of immigration in the new century*. Washington, DC: Author. Retrieved from <http://www.apa.org/topics/immigration/report.aspx> American Psychological Association Task Force on Gender Identity and Gender Variance. (2009).

Report of the task force on gender identity and gender variance. Washington, DC: Author. Retrieved from <http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/policy/gender-identity-report.pdf>

Angello, M. (2013). *On the couch with Dr. Angello: A guide to raising & supporting transgender youth.* Philadelphia, PA: Author.

Anton, B. S. (2009). Proceedings of the American Psychological Association for the legislative year 2008: Minutes of the annual meeting of the Council of Representatives. *American Psychologist*, 64, 372–453.

<http://dx.doi.org/10.1037/a0015932>

APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271–

285. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>

Bibliografia

87

Auldridge, A., Tamar-Mattis, A., Kennedy, S., Ames, E., & Tobin, H. J.

(2012). *Improving the lives of transgender older adults: Recommendations for policy and practice.* New York, NY: Services and Advocacy for LGBT Elders & Washington, DC: National Center for Transgender Equality. Retrieved from <http://www.lgbtagingcenter.org/resources/resource.cfm?r=520>

Bailey, J. M., & Zucker, K. J. (1995). Childhood sex-typed behavior and sexual orientation: A conceptual analysis and quantitative review.

Developmental Psychology, 31, 43–55. <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.31.1.43>

Baltieri, D. A., & De Andrade, A. G. (2009). Schizophrenia modifying the expression of gender identity disorder. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 1185–1188. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00655.x> Bauer, G. R.,

Hammond, R., Travers, R., Kaay, M., Hohenadel, K. M., & Boyce, M. (2009). "I don't think this is theoretical; this is our lives": How erasure impacts health care for transgender people. *JANAC: Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 20, 348–361.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2009.07.004>

Bauer, G. R., Travers, R., Scanlon, K., & Coleman, T. A. (2012). High heterogeneity of HIV-related sexual risk among transgender people in Ontario, Canada: A province-wide respondent-driven sampling survey. *BMC Public Health*, 12, 292. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-12-292>

Bazargan, M., & Galvan, F. (2012). Perceived discrimination and depression among low-income Latina male-to-female transgender women.

BMC Public Health, 12, 663–670. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-12-663>

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

Bender-Baird, K. (2011). *Transgender employment experiences: Gendered exceptions and the law*. Albany, NY: SUNY Press.

Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon*. New York, NY: Warner.

Benson, K. E. (2013). Seeking support: Transgender client experiences with mental health services. *Journal of Feminist Family Therapy: An International Forum*, 25, 17–40. <http://dx.doi.org/10.1080/08952833.2013.755081>

88

Adattamento italiano delle "Linee-guida per la pratica psicologica ...

Berger, J. C., Green, R., Laub, D. R., Reynolds, C. L., Jr., Walker, P. A., & Wollman, L. (1979). *Standards of care: The hormonal and surgical sex reassignment of gender dysphoric persons*. Galveston, TX: The Janus Information Facility.

Bess, J. A., & Stabb, S. D. (2009). The experiences of transgendered persons in psychotherapy: Voices and recommendations. *Journal of Mental Health Counseling, 31*, 264–282. [http://dx.doi.org/10.17744/](http://dx.doi.org/10.17744/mehc.31.3.f62415468l133w50)

mehc.31.3.f62415468l133w50

Bethea, M. S., & McCollum, E. E. (2013). The disclosure experiences of male-to-female transgender individuals: A Systems Theory perspective. *Journal of Couple & Relationship Therapy, 12*, 89–112.

<http://dx.doi.org/10.1080/15332691.2013.779094>

Bilodeau, B. L., & Renn, K. A. (2005). Analysis of LGBT identity development models and implications for practice. *New Directions for Student Services, 2005*, 25–39. <http://dx.doi.org/10.1002/ss.171>

Birren, J. E., & Schaie, K. W. (2006). *Handbook of the psychology of aging* (6th ed.). Burlington, MA: Elsevier Academic.

Blosnich, J. R., Brown, G. R., Shipherd, J. C., Kauth, M., Piegari, R. I., & Bossarte, R. M. (2013). Prevalence of gender identity disorder and suicide risk among transgender veterans utilizing Veterans Health Administration care. *American Journal of Public Health, 103*(10), e27–

e32. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2013.301507>

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

<http://dx.doi.org/10.1016/j.sexol.2008.08.001>

Bockting, W. O., Benner, A., & Coleman, E. (2009). Gay and bisexual identity development among female-to-male transsexuals in North America: Emergence of a transgender sexuality. *Archives of Sexual Behavior, 38*, 688–701. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-009-9489-3>

Bockting, W. O., & Cesaretti, C. (2001). Spirituality, transgender identity, and coming out. *The Journal of Sex Education, 26*, 291–300.

Bockting, W. O., & Coleman, E. (2007). Developmental stages of the transgender coming-out process. In R. Ettner, S. Monstrey, & A. Eyler (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 185–208).

New York, NY: Haworth.

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, 35–82. http://dx.doi.org/10.1300/J485v09n03_03

Bibliografia

89

nal Journal of Transgenderism, 9, 35–82. http://dx.doi.org/10.1300/J485v09n03_03

J485v09n03_03

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, 943–951. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2013.301241>

Bockting, W. O., Robinson, B. E., & Rosser, B. R. S. (1998). Transgender HIV prevention: A qualitative needs assessment. *AIDS Care*, 10, 505–525. <http://dx.doi.org/10.1080/09540129850124028>

Bolin, A. (1994). Transcending and transgenering: Male-to-female transsexuals, dichotomy and diversity. In G. Herdt (Ed.), *Third sex, third gender, beyond sexual dimorphism in culture and history* (pp. 447–486).

New York, NY: Zone Books.

Bornstein, K., & Bergman, S. B. (2010). *Gender outlaws: The next generation*.

Berkeley, CA: Seal Press.

Boulder Valley School District. (2012). *Guidelines regarding the support of*

students who are transgender and gender nonconforming. Boulder, CO: Author. Retrieved from <http://www.bvsvd.org/policies/Policies/AC-E3.pdf>

Bouman, W. P., Richards, C., Addinall, R. M., Arango de Montis, I., Arcelus, J., Duisin, D., . . . Wilson, D. (2014). Yes and yes again: Are standards of care which require two referrals for genital reconstructive surgery ethical? *Sexual and Relationship Therapy*, 29, 377–389.

<http://dx.doi.org/10.1080/14681994.2014.954993>

Boylan, J. F. (2013). *She's not there* (2nd ed.). New York, NY: Broadway Books.

Bradford, J., Reisner, S. L., Honnold, J. A., & Xavier, J. (2013). Experiences of transgender-related discrimination and implications for health: Results from the Virginia Transgender Health Initiative Study. *American Journal of Public Health*,

103, 1820–1829.

<http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2012.300796>

Bradford, J., Xavier, J., Hendricks, M., Rives, M. E., & Honnold, J. A.

(2007). *The health, health-related needs, and lifecourse experiences of transgender Virginians. Virginia Transgender Health Initiative Study State-wide Survey Report*. Retrieved from <http://www.vdh.state.va.us/>

[epidemiology/DiseasePrevention/documents/pdf/THISFINALREPORTVol1.pdf](http://www.vdh.state.va.us/epidemiology/DiseasePrevention/documents/pdf/THISFINALREPORTVol1.pdf)

90

Adattamento italiano delle “Linee-guida per la pratica psicologica ...

Brewster, M. E., Velez, B. L., Mennicke, A., & Tebbe, E. (2014). Voices from beyond: A thematic content analysis of transgender employees’

workplace experiences. *Psychology of Sexual Orientation and Gender*

Diversity, 1, 159–169. <http://dx.doi.org/10.1037/sgd0000030>

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

Broido, E. M. (2000). Constructing identity: The nature and meaning of lesbian, gay, and bisexual lives. In R. M. Perez, K. A. DeBord, & K. J.

Bieschke (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients* (pp. 13–33). Washington, DC: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/10339-001>

Brothheim, H. (2013). Transgender inmates: The dilemma. *American Jails*, 27, 40–47.

Brown, N. (2007). Stories from outside the frame: Intimate partner abuse in sexual-minority women's relationships with transsexual men. *Feminism & Psychology*, 17, 373–393.

Bullough, V. L., & Bullough, B. (1993). *Cross dressing, sex, and gender*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.

Burnes, T. R., & Chen, M. M. (2012). The multiple identities of transgender individuals: Incorporating a framework of intersectionality to gender crossing. In R. Josselson & M. Harway (Eds.), *Navigating multiple identities: Race, gender, culture, nationality, and roles* (pp. 113–128).

New York, NY: Oxford University Press. <http://dx.doi.org/10.1093/>

[acprof:oso/9780199732074.003.0007](http://dx.doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199732074.003.0007)

Butler, J. (1990). *Gender trouble and the subversion of identity*. New York, NY: Routledge.

Buzuvis, E. (2013). “On the basis of sex”: Using Title IX to protect transgender students from discrimination in education. *Wisconsin Journal of Law, Gender & Society*, 28, 219–347.

Byne, W., Bradley, S. J., Coleman, E., Eyler, A. E., Green, R., Menvielle, E.

J., . . . American Psychiatric Association Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder. (2012). Report of the American Psychiatric Association Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder.

Archives of Sexual Behavior, 41, 759–796. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-012-9975-x>

Califia, P. (1997). *Sex changes: The politics of transgenderism*. San Francisco, CA: Cleis Press.

Bibliografia

91

Carroll, L. (2010). *Counseling sexual and gender minorities*. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Merrill.

Carroll, R. (1999). Outcomes of treatment for gender dysphoria. *Journal of Sex Education & Therapy*, 24, 128–136.

Case, K. A., & Meier, S. C. (2014). Developing allies to transgender and gender-nonconforming youth: Training for counselors and educators. *Journal of LGBT Youth*, 11, 62–82. [http://dx.doi.org/10.1080/](http://dx.doi.org/10.1080/19361653.2014.840764)

19361653.2014.840764

Catalano, C., McCarthy, L., & Shlasko, D. (2007). Transgender oppression curriculum design. In M. Adams, L. A. Bell, & P. Griffin (Eds.), *Teaching for diversity and social justice* (2nd ed., p. 219–245). New York, NY: Routledge.

Cavanaugh, J. C., & Blanchard-Fields, F. (2010). *Adult development and aging* (5th ed.). Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning.

Center for Substance Abuse Treatment. (2012). *A provider's introduction to substance abuse treatment for lesbian, gay, bisexual and transgender individuals* (DHHS Pub. No. [SMA] 21–4104). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental

Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment.

Cerezo, A., Morales, A., Quintero, D., & Rothman, S. (2014). Trans migrations: Exploring life at the intersection of transgender identity and immigration. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 1*, 170–180. <http://dx.doi.org/10.1037/sgd0000031>

Chivers, M. L., & Bailey, J. M. (2000). Sexual orientation of female-to-male transsexuals: A comparison of homosexual and nonhomosexual types. *Archives of Sexual Behavior, 29*, 259–278. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1001915530479>

10.1023/A:1001915530479

Clements-Nolle, K., & Bachrach, A. (2003). Community based participatory research with a hidden population: The transgender community health project. In M. Minkler & N. Wallerstein (Eds.), *Community based participatory research for health* (pp. 332–343). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

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*, 53–69.

http://dx.doi.org/10.1300/J082v51n03_04

92

Adattamento italiano delle “Linee-guida per la pratica psicologica ...

Cochran, B. N., & Cauce, A. M. (2006). Characteristics of lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals entering substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 30*, 135–146.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2005.11.009>

Cohen-Kettenis, P. T., Delemarre-van de Waal, H. A., & Gooren, L. J. G. (2008). The treatment of adolescent transsexuals: Changing insights.

Journal of Sexual Medicine, 5, 1892–1897. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00870.x>

Cole, B., & Han, L. (2011). *Freeing ourselves: A guide to health and self love for brown bois*. Retrieved from https://brownboiproject.nationbuilder.com/health_guide

Coleman, E., & Bockting, W. O. (1988). “Heterosexual” prior to sex reassignment, “homosexual” afterwards: A case study of a female-to-male transsexual. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 1, 69–82.

Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., . . . Zucker, K. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people, 7th version. *International Journal of Transgenderism*, 13, 165–232.

<http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2011.700873>

Coleman, E., Bockting, W. O., & Gooren, L. (1993). Homosexual and bisexual identity in sex-reassigned female-to-male transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 22, 37–50. <http://dx.doi.org/10.1007/BF01552911>

BF01552911

Coleman, E., Colgan, P., & Gooren, L. (1992). Male cross-gender behavior in Myanmar (Burma): A description of the acault. *Archives of Sexual Behavior*, 21, 313–321. <http://dx.doi.org/10.1007/BF01542999>

Collins, P. H. (2000). *Black feminist thought: Knowledge, consciousness, and the politics of empowerment* (2nd ed.). New York, NY: Routledge.

Conron, K. J., Scott, G., Stowell, G. S., & Landers, S. J. (2012). Transgender health in Massachusetts: Results from a household probability sample of adults. *American Journal of Public Health*, 102, 118–122.

<http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2011.300315>

Conron, K. J., Scout, & Austin, S. B. (2008). “Everyone has a right to, like,

check their box”: Findings on a measure of gender identity from a cognitive testing study with adolescents. *Journal of LGBT Health Research*, 4, 1–9.

Bibliografia

93

Cook-Daniels, L. (2006). Trans aging. In D. Kimmel, T. Rose, & S. David (Eds.), *Lesbian, gay, bisexual, and transgender aging: Research and clinical perspectives* (pp. 20–35). New York, NY: Columbia University Press.

Coolhart, D., Provancher, N., Hager, A., & Wang, M. (2008). Recommending transsexual clients for gender transition: A therapeutic tool for assessing gender. *Journal of GLBT Family Studies*, 4, 301–324.

<http://dx.doi.org/10.1080/15504280802177466>

Currah, P., & Minter, S. P. (2000). *Transgender equality: A handbook for activists and policymakers*. San Francisco, CA: National Center for Lesbian Rights; New York, NY: The Policy Institute of the National Gay & Lesbian Task Force. Retrieved from http://www.thetaskforce.org/static_html/downloads/reports/reports/TransgenderEquality.pdf Daley, A., Solomon, S., Newman, P. A., & Mishna, F. (2008). Traversing the margins: Intersectionalities in the bullying of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Journal of Gay & Lesbian Social Services: Issues in Practice, Policy & Research*, 19, 9–29. <http://dx.doi.org/>

10.1080/10538720802161474

Daley, C. (2005, August 15). *Testimony before the National Prison Rape Elimination Commission*. Retrieved from <http://transgenderlawcenter.org/pdf/prisonrape.pdf>

Darnery, P. D. (2008). Hormonal contraception. In H. M. Kronenberg, S.

Melmer, K. S. Polonsky, & P. R. Larsen (Eds.), *Williams textbook of endocrinology* (11th ed., pp. 615–644). Philadelphia, PA: Saunders.

Daskalos, C. T. (1998). Changes in the sexual orientation of six heterosexual male-to-female transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 27, 605–

614. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1018725201811>

D'Augelli, A. R., & Hershberger, S. L. (1993). Lesbian, gay, and bisexual youth in community settings: Personal challenges and mental health problems. *American Journal of Community Psychology*, 21, 421–448.

<http://dx.doi.org/10.1007/BF00942151>

Davis, S. A., & Meier, S. C. (2014). Effects of testosterone treatment and chest reconstruction surgery on mental health and sexuality in female-to-male transgender people. *International Journal of Sexual Health*, 26, 113–128.

<http://dx.doi.org/10.1080/19317611.2013.833152>

De Cuypere, G., Elaut, E., Heylens, G., Van Maele, G., Selvaggi, G., T'Sjoen, G., . . . Monstrey, S. (2006). Long-term follow-up: Psychosocial outcomes of Belgian transsexuals after sex reassignment sur-

94

Adattamento italiano delle “Linee-guida per la pratica psicologica ...

gery. *Sexologies*, 15, 126–133. <http://dx.doi.org/10.1016/>

[j.sexol.2006.04.002](http://dx.doi.org/10.1016/j.sexol.2006.04.002)

Department of Defense. (2011). *Instruction: Number 6130.03*. Retrieved from <http://www.dtic.mil/whs/directives/corres/pdf/613003p.pdf> Department of Veterans Affairs, Veterans' Health Administration. (2013).

Providing health care for transgender and intersex veterans (VHA Directive 2013–003). Retrieved from <http://www.va.gov/vhapublications/>

[ViewPublication.asp?pub_ID=2863](http://www.va.gov/vhapublications/ViewPublication.asp?pub_ID=2863)

De Sutter, P., Kira, K., Verschoor, A., & Hotimsky, A. (2002). The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: A

survey. *International Journal of Transgenderism*, 6(3), 215–221.

Deutsch, M. B. (2012). Use of the informed consent model in provision of cross-sex hormone therapy: A survey of the practices of selected clinics. *International Journal of Transgenderism*, 13, 140–146.

<http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2011.675233>

Deutsch, M. B., Green, J., Keatley, J. A., Mayer, G., Hastings, J., Hall, A.

M., . . . the World Professional Association for Transgender Health EMR Working Group. (2013). Electronic medical records and the transgender patient: Recommendations from the World Professional Association for Transgender Health EMR Working Group. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 20, 700–703.

<http://dx.doi.org/10.1136/amiajnl-2012-001472>

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

Devor, H. (1993). Sexual orientation identities, attractions, and practices of female-to-male transsexuals. *Journal of Sex Research*, 30, 303–315.

<http://dx.doi.org/10.1080/00224499309551717>

de Vries, A. L., & Cohen-Kettenis, P. T. (2012). Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: The Dutch approach.

Journal of Homosexuality, 59, 301–320. [http://dx.doi.org/10.1080/](http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2012.653300)

[00918369.2012.653300](http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2012.653300)

de Vries, A. L. C., McGuire, J. K., Steensma, T. D., Wagenaar, E. C. F., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*, 134, 696–704. <http://dx.doi.org/10.1542/>

peds.2013-2958

Bibliografia

95

de Vries, A. L., Noens, I. L., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A., & Doreleijers, T. A. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *40*, 930–936. <http://dx.doi.org/10.1007/s10803-010-0935-9>

de Vries, A. L., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A., & Cohen-Kettenis, P.

T. (2011). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *Journal of Sexual Medicine*, *8*, 2276–2283.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x> de Vries, K. M. (2015).

Transgender people of color at the center: Conceptualizing a new intersectional model. *Ethnicities*, *15*, 3–27.

<http://dx.doi.org/10.1177/1468796814547058>

Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L. V., Långström, N., & Landén, M. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *PLoS*

ONE, *6*(2), e16885. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0016885>

Diamond, L. M. (2013). Concepts of female sexual orientation. In C. J.

Patterson & A. R. D'Augelli (Eds.), *Handbook of psychology and sexual orientation* (pp. 3–17). New York, NY: Oxford University Press.

Diamond, M. (2009). Human intersexuality: Difference or disorder? *Archives of Sexual Behavior*, *38*, 172. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-008-9438-6>

dickey, l. m., Burnes, T. R., & Singh, A. A. (2012). Sexual identity development of female-to-male transgender individuals: A grounded theory inquiry. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, *6*, 118–138.

<http://dx.doi.org/10.1080/15538605.2012.678184>

dickey, I. M., Reisner, S. L., & Juntunen, C. L. (2015). Non-suicidal self-injury in a large online sample of transgender adults. *Professional Psychology: Research and Practice, 46*, 3–11. <http://dx.doi.org/10.1037/a0038803>

Dispenza, F., Watson, L. B., Chung, Y. B., & Brack, G. (2012). Experience of career-related discrimination for female-to-male transgender persons: A qualitative study. *Career Development Quarterly, 60*, 65–81.

<http://dx.doi.org/10.1002/j.2161-0045.2012.00006.x> Dreger, A. D. (1999). *Intersex in the age of ethics*. Hagerstown, MD: University Publishing Group.

96

Adattamento italiano delle “Linee-guida per la pratica psicologica ...

Drescher, J. (2014). Controversies in gender diagnosis. *LGBT Health, 1*, 10–14. <http://dx.doi.org/10.1089/lgbt.2013.1500>

Drescher, J., & Byne, W. (Eds.). (2013). *Treating transgender children and adolescents: An interdisciplinary discussion*. New York, NY: Routledge.

Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badaali, M., & Zucker, K. J. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology, 44*, 34–45. <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.44.1.34>

Edelman, E. A. (2011). “This area has been declared a prostitution free zone”: Discursive formations of space, the state, and trans “sex worker” bodies. *Journal of Homosexuality, 58*, 848–864. <http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2011.581928>

10.1080/00918369.2011.581928

Edwards-Leeper, L., & Spack, N. P. (2012). Psychological evaluation and medical treatment of transgender youth in an interdisciplinary “Gender

Management Service” (GeMS) in a major pediatric center. *Journal of Homosexuality*, 59, 321–336. [http://dx.doi.org/10.1080/](http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2012.653302)

00918369.2012.653302

Ehrbar, R. D., & Gorton, R. N. (2010). Exploring provider treatment models in interpreting the Standards of Care. *International Journal of Transgenderism*,

12, 198–210. [http://dx.doi.org/10.1080/](http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2010.544235)

15532739.2010.544235

Ehrensaft, D. (2012). From gender identity disorder to gender identity creativity: True gender self child therapy. *Journal of Homosexuality*, 59, 337–356. <http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2012.653303>

Ekins, R., & King, D. (2005). Virginia Prince: Pioneer of transgendering.

International Journal of Transgenderism, 8, 5–15. [http://dx.doi.org/](http://dx.doi.org/10.1300/J485v08n04_02)

10.1300/J485v08n04_02

Elders, J., & Steinman, A. M. (2014). *Report of the transgender military service commission*. Retrieved from [http://archive.palmcenter.org/](http://archive.palmcenter.org/files/Transgender%20Military%20Service%20Report_0.pdf)

[files/Transgender%20Military%20Service%20Report_0.pdf](http://archive.palmcenter.org/files/Transgender%20Military%20Service%20Report_0.pdf) Emerson, S., & Rosenfeld, C. (1996). Stages of adjustment in family members of transgender individuals. *Journal of Family Psychotherapy*, 7, 1–12.

http://dx.doi.org/10.1300/J085V07N03_01

Erhardt, V. (2007). *Head over heels: Wives who stay with cross-dressers and transsexuals*. New York, NY: Haworth.

Erikson, E. H. (1968). *Identity, youth, and crisis*. New York, NY: Norton.

Bibliografia

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, 11–30. <http://dx.doi.org/10.1080/15574090802092879>

Feinberg, L. (1996). *Transgender warriors: Making history from Joan of Arc to Dennis Rodman*. Boston, MA: Beacon Press.

Flynn, T. (2006). The ties that (don't) bind. In P. Currah, R. M. Juang, & S. P. Minter (Eds.), *Transgender rights* (pp. 32–50). Minneapolis, MN: University of Minnesota.

FORGE. (n.d.). *Trans-specific power and control tactics*. Retrieved from http://forge-forward.org/wp-content/docs/power-control-tactics-categories_FINAL.pdf

Fredriksen-Goldsen, K. I., Cook-Daniels, L., Kim, H. J., Erosheva, E. A., Emler, C. A., Hoy-Ellis, C. P., . . . Muraco, A. (2014). Physical and mental health of transgender older adults: An at-risk and underserved population. *The Gerontologist*, 54, 488–500. <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnt021>

10.1093/geront/gnt021

Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H., Emler, C. A., Muraco, A., Erosheva, E. A., Hoy-Ellis, C. P., . . . Petry, H. (2011). *The aging and health report: Disparities and resilience among lesbian, gay, bisexual and transgender older adults*. Retrieved from <http://caringandaging.org/wp-content/uploads/2011/05/Full-Report-FINAL.pdf> Freeman, D., Tasker, F., & Di Ceglie, D. (2002). Children and adolescents with transsexual parents referred to a specialist gender identity development service: A brief report of key development features. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7, 423–432. <http://dx.doi.org/10.1177/1359104502007003009>

10.1177/1359104502007003009

Fruhauf, C. A., & Orel, N. A. (2015). Fostering resilience in LGBT aging individuals and families. In N. A. Orel & C. A. Fruhauf (Eds.), *The lives of LGBT older adults: Understanding challenges and resilience* (pp. 217–227).

Washington, DC: American Psychological Association.

Fuhrmann, M., & Craffey, B. (2014). *Lessons learned on the path to filial maturity*. Charleston, SC: Createspace.

Fuhrmann, M., & Shevlowitz, J. (2006). *Sagacity: What I learned from my elderly psychotherapy clients*. Bloomington, IN: IUUniverse.

98

Adattamento italiano delle “Linee-guida per la pratica psicologica ...

Gallagher, S. (2014). The cruel and unusual phenomenology of solitary confinement. *Frontiers in Psychology*, 5, 1–8. [http://dx.doi.org/](http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00585)

[10.3389/fpsyg.2014.00585](http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00585)

Garber, M. B. (1992). *Vested interests: Cross-dressing & cultural anxiety*.

New York, NY: Routledge.

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, 230–236. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ja-dohealth.2005.03.023>

Gehi, P. S., & Arkles, G. (2007). Unraveling injustice: Race and class impact of Medicaid exclusions of transition-related health care for transgender people. *Sexuality Research & Social Policy*, 4, 7–35.

<http://dx.doi.org/10.1525/srsp.2007.4.4.7>

GenIUSS. (2013). *Gender-related measures overview*. Los Angeles, CA: Williams Institute. Retrieved from: <http://williamsinstitute>.

law.ucla.edu/wp-content/uploads/GenIUSS-Gender-related-Question-Overview.pdf

Glaser, C. (Ed.), (2008). *Gender identity and our faith communities: A congregational guide to transgender advocacy*. Washington, DC: Human Rights Campaign Foundation. Retrieved from <http://www.hrc.org/resources/entry/gender-identity-and-our-faith-communities-a-congregational-guide-for-transg>

Glezer, A., McNiel, D. E., & Binder, R. L. (2013). Transgendered and incarcerated: A review of the literature, current policies and laws and ethics. *Journal of the American Academy of Psychiatry Law*, 41, 551–559.

Goldblum, P., Testa, R. J., Pflum, S., Hendricks, M. L., Bradford, J., & Bongar, B. (2012). In-school gender-based victimization and suicide attempts in transgender individuals. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43, 468–475. <http://dx.doi.org/10.1037/a0029605>

a0029605

Gonzalez, M., & McNulty, J. (2010). Achieving competency with transgender youth: School counselors as collaborative advocates. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 4, 176–186. <http://dx.doi.org/10.1080/15538605.2010.524841>

15538605.2010.524841

Gooren, L. J., Giltay, E. J., Bunck, M. C. (2008). Long-term treatment of transsexuals with cross-sex hormones: Extensive personal experience. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism: Clinical and Experimental*, 93, 19–25. <http://dx.doi.org/10.1210/jc.2007-1809>

Bibliografia

99

rience. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism: Clinical and Experimental*, 93, 19–25. <http://dx.doi.org/10.1210/jc.2007-1809>

Gorton, R. N., & Grubb, H. M. (2014). General, sexual, and reproductive health. In L. Erickson-Schroth (Ed.), *Trans bodies, trans selves: A resource for the transgender community* (pp. 215–240). New York, NY: Oxford University Press.

Grant, J. M., Mottet, L. A., Tanis, J., Harrison, J., Herman, J. L., & Kiesling,

M. (2011). *Injustice at every turn: A report of the national transgender discrimination survey*. Washington, DC: National Center for Transgender Equality & National Gay and Lesbian Task Force. Retrieved from http://endtransdiscrimination.org/PDFs/NTDS_Report.pdf

Green, E. R. (2006). Debating trans inclusion in the feminist movement: A trans-positive analysis. *Journal of Lesbian Studies*, 10(1/2), 231–248.

http://dx.doi.org/10.1300/J155v10n01_12

Green, J. (2004). *Becoming a visible man*. Nashville, TN: Vanderbilt University.

Green, R. (1978). Sexual identity of 37 children raised by homosexual and transsexual parents. *American Journal of Psychiatry*, 135, 692–697.

<http://dx.doi.org/10.1176/ajp.135.6.692>

Green, R. (1988). Transsexuals' children. *International Journal of Transgenderism*, 2(4).

Green, R., & Money, J. (1969). *Transsexualism and sex reassignment*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Grossman, A. H., & D'Augelli, A. R. (2006). Transgender youth: Invisible and vulnerable. *Journal of Homosexuality*, 51, 111–128.

http://dx.doi.org/10.1300/J082v51n01_06

Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., Howell, T. H., & Hubbard, A. (2006).

Parent reactions to transgender youth gender nonconforming expression and identity. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 18, 3–16.

http://dx.doi.org/10.1300/J041v18n01_02

Gruberg, S. (2013). *Dignity denied: LGBT immigrants in U.S.* Retrieved from <https://www.americanprogress.org/issues/immigration/report/2013/11/25/7998-denied-lgbt-immigrants-in-u-s-immigration-detention/>

Hanssmann, C., Morrison, D., Russian, E., Shiu-Thornton, S., & Bowen, D. (2010). A community-based program evaluation of community

100

Adattamento italiano delle “Linee-guida per la pratica psicologica ...

competency trainings. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 21, 240–255. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2009.12.007>

Hardy, S. E., Concato, J., & Gill, T. M. (2004). Resilience of community-dwelling older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 257–262. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52065.x> Harper, G. W., & Schneider, M. (2003). Oppression and discrimination among lesbian, gay, bisexual, and transgendered people and communities: A challenge for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 31, 246–252. <http://dx.doi.org/>

10.1023/A:1023906620085

Harrison, J., Grant, J., & Herman, J. L. (2012). A gender not listed here: Genderqueers, gender rebels and otherwise in the National Transgender Discrimination Study. *LGBT Policy Journal at the Harvard Kennedy School*, 2, 13–24. Retrieved from <http://isites.harvard.edu/>

icb/icb.do?keyword=k78405&pageid=icb.page497030

Hartzell, E., Frazer, M. S., Wertz, K., & Davis, M. (2009). *The state of transgender California: Results from the 2008 California Transgender Economic Health survey*. San Francisco, CA: Transgender Law Center. Retrieved from <http://transgenderlawcenter.org/pubs/the-state-of-transgender-california>

Harvard Law Review Association. (2013). Recent case: Employment law: Title VII: EEOC affirms protections for transgender employees: *Macy v. Holder*. *Harvard Law Review*, 126, 1731–1738.

Hastings, D. W. (1974). Postsurgical adjustment of male transsexual patients.

Clinics in Plastic Surgery, 1, 335–344.

Hastings, D., & Markland, C. (1978). Post-surgical adjustment of twenty-five transsexuals (male-to-female) in the University of Minnesota study. *Archives of Sexual Behavior*, 7, 327–336. <http://dx.doi.org/>

10.1007/BF01542041

Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. E., Gooren, L. J., Meyer, W. J., III, Spack, N. P., . . . Montori, V. M. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology Metabolism*, 94, 3132–3154. <http://dx.doi.org/10.1210/jc.2009-0345>

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*:

Bibliografia

101

Research and Practice, 43, 460–467. <http://dx.doi.org/10.1037/>

a0029597

Hepp, U., Kraemer, B., Schnyder, U., Miller, N., & Delsignore, A. (2004).

Psychiatric comorbidity in Gender Identity Disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 259–261. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.08.010>

Herbst, J. H., Jacobs, E. D., Finlayson, T. J., McKleroy, V. S., Neumann, M. S., & Crepaz, N. (2008). Estimating HIV prevalence and risk behaviors of transgender persons in the United States: A systemic review. *AIDS & Behavior*, 12, 1–17. <http://dx.doi.org/10.1007/>

s10461-007-9299-3

Herdt, G. (1994). *Third sex, third gender, beyond sexual dimorphism in culture and history*. New York, NY: Zone Books.

Herdt, G., & Boxer, A. (1993). *Children of horizons: How gay and lesbian teens are leading a new way out of the closet*. Boston, MA: Beacon Press.

Herman, J. L. (2013). Gendered restrooms and minority stress: The public regulation of gender and its impact on transgender people's lives. *Journal of Public Management and Social Policy*, 19, 65–80.

Hidalgo, M. A., Ehrensaft, D., Tishelman, A. C., Clark, L. F., Garafalo, R., Rosenthal, S. M., . . . Olson, J. (2013). The gender affirmative model: What we know and what we aim to learn. *Human Development*, 56, 285–290.
<http://dx.doi.org/10.1159/00355235>

Hill, D. B., Menvielle, E., Sica, K. M., & Johnson, A. (2010). An affirmative intervention for families with gender variant children: Parental ratings of child mental health and gender. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 36, 6–23.
<http://dx.doi.org/10.1080/00926230903375560>

Hirschfeld, M. (1991). *Transvestites: The erotic drive to crossdress* (M. Lombardi-Nash, trans.). Buffalo, NY: Prometheus Books. (Original work published 1910)

Holman, C., & Goldberg, J. M. (2006). Social and medical transgender case advocacy. *International Journal of Transgenderism*, 9, 197–217.

http://dx.doi.org/10.1300/J485v09n03_09

Hughes, I. A., Houk, C., Ahmed, S. F., & Lee, P. A. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. *Journal of Pediatric Urology*, 2, 148–162. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpuro.2006.03.004>

Hwahng, S. J., & Lin, A. (2009). The health of lesbian, gay, bisexual, tran-

sgender, queer, and questioning people. In C. Trinh-Shevrin, N. Islam, & M. Rey (Eds.), *Asian American communities and health: Context, research, policy, and action* (pp. 226–282). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Hwahng, S. J., & Nuttbrock, L. (2007). Sex workers, fem queens, and cross-dressers: Differential marginalizations and HIV vulnerabilities among three ethnocultural male-to-female transgender communities in New York City. *Sexuality Research & Social Policy*, 4, 36–59.

<http://dx.doi.org/10.1525/srsp.2007.4.4.36>

Iantaffi, A., & Bockting, W. O. (2011). Views from both sides of the bridge? Gender, sexual legitimacy and transgender people's experiences of relationships. *Culture, Health, & Sexuality*, 13, 355–370.

<http://dx.doi.org/10.1080/13691058.2010.537770>

Institute of Medicine. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. Washington, DC: National Academy of Sciences.

Ippolito, J., & Witten, T. M. (2014). Aging. In L. Erickson-Schroth (Ed.), *Trans bodies, trans selves: A resource for the transgender community* (pp. 476–497). New York, NY: Oxford University Press.

Israel, T. (2005). . . . and sometimes T: Transgender issues in LGBT psychology. *Newsletter of the Society for the Psychological Study of Lesbian, Gay, and Bisexual Issues*, 21, 16–18.

Israel, T., Gorcheva, R., Burnes, T. R., & Walther, W. A. (2008). Helpful and unhelpful therapy experiences of LGBT clients. *Psychotherapy Research*, 18, 294–305. <http://dx.doi.org/10.1080/10503300701506920>

Israel, T., Walther, W. A., Gorcheva, R., & Perry, J. S. (2011). Policies and practices for LGBT clients: Perspectives of mental health services administrators. *Journal of Gay and Lesbian Mental Health*, 15, 152–168.

<http://dx.doi.org/10.1080/19359705.2010.539090>

Jones, R. M., Wheelwright, S., Farrell, K., Martin, E., Green, R., Di Ceglie, D., & Baron-Cohen, S. (2012). Brief report: Female-to-male transsexual people and autistic traits. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 42, 301–306. <http://dx.doi.org/10.1007/s10803-011-1227-8>

Kellogg, T. A., Clements-Nolle, K., Dilley, J., Katz, M. H., & McFarland, W. (2001). Incidence of human immunodeficiency virus among male-to-female transgendered persons in San Francisco. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 28, 380–384.

<http://dx.doi.org/10.1097/00126334-200112010-00012>

Bibliografia

103

Kenagy, G. P., & Bostwick, W. B. (2005). Health and social service needs of transgender people in Chicago. *International Journal of Transgenderism*, 8, 57–66. http://dx.doi.org/10.1300/J485v08n02_06

Kenagy, G. P., & Hsieh, C. (2005). Gender differences in social service needs of transgender people. *Journal of Social Service Research*, 31, 1–

21. http://dx.doi.org/10.1300/J079v31n303_01

Keo-Meier, C. L., Herman, L. I., Reisner, S. L., Pardo, S. T., Sharp, C., Babcock, J. C. (2015). Testosterone treatment and MMPI-2 improvement in transgender men: A prospective controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,

83, 143–156.

<http://dx.doi.org/10.1037/a0037599>

Kidd, J. D., & Witten, T. M. (2008). Understanding spirituality and religiosity in the transgender community: Implications for aging. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 20, 29–62. <http://dx.doi.org/>

10.1080/15528030801922004

Kins, E., Hoebeke, P., Heylens, G., Rubens, R., & De Cuyprere, G. (2008).

The female-to-male transsexual and his female partner versus the traditional couple: A comparison. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 34, 429–438.
<http://dx.doi.org/10.1080/00926230802156236>

Knochel, K. A., Croghan, C. F., Moore, R. P., & Quam, J. K. (2011). *Ready to serve? The aging network and LGB and T older adults*. Washington, DC: National Association of Area Agencies on Aging. Retrieved from
<http://www.n4a.org/pdf/ReadyToServe1.pdf>

Knudson, G., De Cuyper, G., & Bockting, W. O. (2010). Recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders: Consensus statement of the World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 12, 115–118.

<http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2010.509215>

Kohlberg, L. (1966). A cognitive-developmental analysis of children's sex-role concepts and attitudes. In E. E. Maccoby (Ed.), *The development of sex differences* (pp. 82–173). Stanford, CA: Stanford University.

Korell, S. C., & Lorah, P. (2007). An overview of affirmative psychotherapy and counseling with transgender clients. In K. Bieschke, R. M.

Perez, & K. A. DeBord (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients* (2nd ed., pp. 271–288). Washington, DC: American Psychological Association.

104

Adattamento italiano delle “Linee-guida per la pratica psicologica ...

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

Gay, Lesbian & Straight Education Network. Retrieved from http://www.glsen.org/sites/default/files/2013/02/National%20School%20Climate%20Survey%20Full%20Report_0.pdf Krieger, N. (2011). *Nina here nor there: My journey beyond gender*. Boston, MA: Beacon Press.

Kuhn, A., Brodmer, C., Stadlmayer, W., Kuhn, P., Mueller, M. D., & Birkhauser, M. (2009). Quality of life 15 years after sex reassignment surgery for transsexualism. *Fertility and Sterility*, 92, 1685–1689.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.08.126>

Kulick, D. (1998). *Travesti: Sex, gender, and culture among Brazilian transgendered prostitutes*. Chicago, IL: University of Chicago.

Kuper, L. E., Nussbaum, R., & Mustanski, B. (2012). Exploring the diversity of gender and sexual orientation identities in an online sample of transgender individuals. *Journal of Sex Research*, 49, 244–254.

<http://dx.doi.org/10.1080/00224499.2011.596954>

Lambda Legal. (2012). *Professional organization statements supporting transgender people in health care*. Retrieved from http://www.lambdalegal.org/sites/default/files/publications/downloads/fs_professional-organization-statements-supporting-trans-health_1.pdf

Lawrence, A. A. (2014). *Men trapped in men's bodies: Narratives of autogynephilic transsexualism*. New York, NY: Springer.

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

Lev, A. I. (2009). The ten tasks of the mental health provider: Recommendations for revision of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care. *International Journal of Transgenderism*, 11, 74–99. <http://dx.doi.org/10.1080/15532730903008032>

Levy, D. L., & Lo, J. R. (2013). Transgender, transsexual, and gender queer individuals with a Christian upbringing: The process of resolving conflict between gender identity and faith. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, 32, 60–83.

<http://dx.doi.org/10.1080/15426432.2013.749079>

Bibliografia

105

Liu, R. T., & Mustanski, B. (2012). Suicidal ideation and self-harm in lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *American Journal of Preventive Medicine*, 42, 221–228. [http://dx.doi.org/10.1016/](http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2011.10.023)

[j.amepre.2011.10.023](http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2011.10.023)

Lombardi, E. L., Wilchins, R. A., Priesing, D., & Malouf, D. (2001). Gender violence: Transgender experiences with violence and discrimination. *Journal of Homosexuality*, 42, 89–101. [http://dx.doi.org/](http://dx.doi.org/10.1300/J082v42n01_05)

[10.1300/J082v42n01_05](http://dx.doi.org/10.1300/J082v42n01_05)

Lurie, S. (2005). Identifying training needs of health care providers related to the treatment and care of transgender persons: A qualitative needs assessment in New England. *International Journal of Transgenderism*, 8, 93–112. http://dx.doi.org/10.1300/J485v08n02_09

MacLaughlin, D. T., & Donahoe, P. K. (2004). Sex determination and differentiation. *New England Journal of Medicine*, 350, 367–378.

<http://dx.doi.org/10.1056/NEJMra022784>

Malpas, J. (2011). Between pink and blue: A multi-dimensional family approach to gender nonconforming children and their families. *Family Process*, 50, 453–470. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1545-5300.2011.01371.x>

Matarazzo, B. B., Barnes, S. M., Pease, J. L., Russell, L. M., Hanson, J. E., Soberay, K. A., & Gutierrez, P. M. (2014). Suicide risk among lesbian, gay,

bisexual, and transgender military personnel and veterans: What does the literature tell us? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44, 200–217. <http://dx.doi.org/10.1111/sltb.12073>

McGuire, J. K., Anderson, C. R., & Toomey, R. B. (2010). School climate for transgender youth: A mixed method investigation of student experiences and school responses. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 1175–1188. <http://dx.doi.org/10.1007/s10964-010-9540-7>

Meier, S. C., & Labuski, C. M. (2013). The demographics of the transgender population. In A. K. Baumle (Ed.), *International handbook of the demography of sexuality* (pp. 289–327). New York, NY: Springer.

Meier, S. C., Pardo, S. T., Labuski, C., & Babcock, J. (2013). Measures of clinical health among female-to-male transgender persons as a function of sexual orientation. *Archives of Sexual Behavior*, 42, 463–474.

<http://dx.doi.org/10.1007/s10508-012-0052-2>

Meier, S. C., Sharp, C., Michonski, J., Babcock, J. C., & Fitzgerald, K. (2013). Romantic relationships of female-to-male trans men: A descriptive study. *International Journal of Transgenderism*, 14, 75–85. 106

Adattamento italiano delle “Linee-guida per la pratica psicologica ...
scriptive study. *International Journal of Transgenderism*, 14, 75–85.

<http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2013.791651>

Merksamer, J. (2011). *A place of respect: A guide for group care facilities serving transgender and gender non-conforming youth*. San Francisco, CA: National Center for Lesbian Rights; New York, NY: Sylvia Rivera Law Project. Retrieved from http://www.nclrights.org/wp-content/uploads/2013/07/A_Place_Of_Respect.pdf

Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 38–56. <http://dx.doi.org/>

10.2307/2137286

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, *129*, 674–697. <http://dx.doi.org/>

10.1037/0033-2909.129.5.674

Meyer, W. J. (2009). World Professional Association of Transgender Health's Standards of Care requirements of hormone therapy for adults with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, *11*, 127–132. <http://dx.doi.org/10.1080/15532730903008065>

Meyerowitz, J. (2002). *How sex changed: A history of transsexuality in the United States*. Cambridge, MA: Harvard University.

Mikalson, P., Pardo, S., & Green, J. (2012). *First do no harm: Reducing disparities for lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, and questioning populations in California*. Retrieved from [http://www.eqcai.org/](http://www.eqcai.org/atf/cf/%7B8cca0e2f-faec-46c1-8727-cb02a7d1b3cc%7D/FIRST_DO_NO_HARM-LGBTQ_REPORT.PDF)

[atf/cf/%7B8cca0e2f-faec-46c1-8727-cb02a7d1b3cc%7D/FIRST_DO_NO_HARM-LGBTQ_REPORT.PDF](http://www.eqcai.org/atf/cf/%7B8cca0e2f-faec-46c1-8727-cb02a7d1b3cc%7D/FIRST_DO_NO_HARM-LGBTQ_REPORT.PDF)

Miller, J., & Nichols, A. (2012). Identity, sexuality and commercial sex among Sri Lankan nachchi. *Sexualities*, *15*, 554–569.

<http://dx.doi.org/10.1177/1363460712446120>

Minter, S. M., & Wald, D. H. (2012). Protecting parental rights. In J. L.

Levi & E. E. Monnin-Browder (Eds.), *Transgender family law: A guide to effective advocacy* (pp. 63–85) Bloomington, IN: Authorhouse.

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

<http://dx.doi.org/10.1037/sgd0000029>

Mlinac, M. E., Sheeran, T. H., Blissmer, B., Lees, F., Martins, D. (2011).

Bibliografia

107

Psychological resilience. In B. Resnick, L. P. Gwyther, & K. A. Roberto, *Resilience in aging* (pp. 67–87). New York, NY: Springer.

Mollenkott, V. (2001). *Omnigender: A trans-religious approach*. Cleveland, OH: Pilgrim Press.

Moody, C. L., & Smith, N. G. (2013). Suicide protective factors among trans adults. *Archives of Sexual Behavior*, *42*, 739–752.

<http://dx.doi.org/10.1007/s10508-013-0099-8>

Morales, E. (2013). Latino lesbian, gay, bisexual, and transgender immigrants in the United States. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, *7*, 172–184.
<http://dx.doi.org/10.1080/15538605.2013.785467>

Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systemic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*, *72*, 214–231.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x> Murray, S. B., Boon, E., & Touyz, S. W. (2013). Diverging eating psycho-pathology in transgendered eating disorder patients: A report of two cases. *Eating Disorders*, *21*, 70–74.
<http://dx.doi.org/10.1080/>

10640266.2013.741989

Mustanski, B. S., Garofalo, R., & Emerson, E. M. (2010). Mental health disorders, psychological distress, and suicidality in a diverse sample of lesbian, gay, bisexual, and transgender youths. *American Journal of Public Health*, *100*, 2426–2432. <http://dx.doi.org/10.2105/>

AJPH.2009.178319

Nadal, K. L., Rivera, D. P., & Corpus, M. J. H. (2010). Sexual orientation and transgender microaggressions in everyday life: Experiences of lesbians, gays, bisexuals, and transgender individuals. In D. W. Sue (Ed.), *Microaggressions and marginality: Manifestation, dynamics, and impact* (pp. 217–240). New York, NY: Wiley.

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

<http://dx.doi.org/10.1080/15538605.2012.648583>

Namaste, V. K. (2000). *Invisible lives: The erasure of transsexual and transgendered people*. Chicago, IL: University of Chicago.

Nanda, S. (1999). *Neither man nor woman, the Hijras of India* (2nd ed.). Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning.

108

Adattamento italiano delle “Linee-guida per la pratica psicologica ...

National Center for Transgender Equality. (2012). *Reassessing solitary confinement: The human rights, fiscal, and public safety consequences*. Retrieved from <https://www.scribd.com/document/97473428/NCTE-Testimony-on-U-S-Senate-Solitary-Confinement-Hearing> National Center for Transgender Equality. (2014). *Medicare and transgender people*. Retrieved from <http://transequality.org/PDFs/MedicareAndTransPeople.pdf>

National Coalition of Anti-Violence Programs. (2011). *Hate violence against lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, and HIV-affected communities in the United States in 2011: A report from the National Coalition of Anti-Violence Programs*. New York, NY: Author. Retrieved from http://avp.org/storage/documents/Reports/2012_NCAVP_2011_

HV_Report.pdf

National LGBTQ Task Force. (2013). *Hate crimes laws in the U. S.* Washington, DC: Author. Retrieved from http://www.thetaskforce.org/static_html/downloads/reports/issue_maps/hate_crimes_06_13_new.pdf

pdf

National Senior Citizens Law Center. (2011). *LGBT older adults in long-term care facilities: Stories from the field.* Washington, DC: Author, National Gay and Lesbian Task Force, Services and Advocacy for GLBT

Elders, Lambda Legal, National Center for Lesbian Rights, & National Center for Transgender Equality. Retrieved from <http://www.nslc.org/wp-content/uploads/2011/07/LGBT-Stories-from-the-Field.pdf>

Nemoto, T., Operario, D., Keatley, J. A., Han, L., & Soma, T. (2004). HIV risk behaviors among male-to-female transgender persons of color in San Francisco. *American Journal of Public Health, 94*, 1193–1199.

<http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.94.7.1193>

Nemoto, T., Operario, D., Keatley, J., & Villegas, D. (2004). Social context of HIV risk behaviors among male-to-female transgenders of color.

AIDS Care,

16,

724–735. [http://dx.doi.org/10.1080/](http://dx.doi.org/10.1080/09540120413331269567)

09540120413331269567

Nuttbrock, L. A., Bockting, W. O., Hwahng, S., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2009). Gender identity affirmation among male-to-female transgender persons: A life course analysis across types of relationships and cultural/lifestyle factors. *Sexual and Relationship Therapy, 24*, 108–125. <http://dx.doi.org/10.1080/14681990902926764>

Bibliografia

Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons.

Journal of Sex Research,

47, 12–23. <http://dx.doi.org/>

10.1080/00224490903062258

O'Hara, C., Dispenza, F., Brack, G., & Blood, R. A. (2013). The preparedness of counselors in training to work with transgender clients: A mixed methods investigation. *Journal of LGBT Issues in Counseling, 7*, 236–256. <http://dx.doi.org/10.1080/15538605.2013.812929>

Operario, D., Soma, T., & Underhill, K. (2008). Sex work and HIV status among transgender women: Systematic review and meta-analysis.

Journal of Acquired Immunodeficiency Syndromes, 48, 97–103.

<http://dx.doi.org/10.1097/QAI.0b013e31816e3971>

OutServe-Servicemembers Legal Defense Network. (n.d.). *Transgender service*. Retrieved from https://www.outserve-sldn.org/?p.=transgender_service

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. <http://dx.doi.org/10.1080/10538720802235179>

Porter, K. E., Ronneberg, C. R., & Witten, T. M. (2013). Religious affiliation and successful aging among transgender older adults: Findings from the Trans MetLife Survey. *Journal of Religion, Spirituality & Aging, 25*, 112–138. <http://dx.doi.org/10.1080/15528030.2012.739988>

Preves, S. E. (2003). *Intersex and identity: The contested self*. New Brun-

swick, NJ: Rutgers University Press.

Pyne, J. (2014). Gender independent kids: A paradigm shift in approaches to gender non-conforming children. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 23, 1–8. <http://dx.doi.org/10.3138/cjhs.23.1.CO1>

Rachlin, K. (2002). Transgender individuals' experience of psychotherapy. *International Journal of Transgenderism*, 6(1).

Reed, G. M., McLaughlin, C. J., & Newman, R. (2002). American Psychological Association policy in context: The development and evaluation of guidelines for professional practice. *American Psychologist*, 57, 1041–1047. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.57.12.1041>

110

Adattamento italiano delle “Linee-guida per la pratica psicologica ...

Rodin, D., & Stewart, D. E. (2012). *Resilience in elderly survivors of child maltreatment*. SAGE Open, 2, 1–9. [http://dx.doi.org/10.1177/](http://dx.doi.org/10.1177/2158244012450293)

2158244012450293

Rodriguez, E. M., & Follins, L. D. (2012). Did God make me this way?

Expanding psychological research on queer religiosity and spirituality to include intersex and transgender individuals. *Psychology & Sexuality*, 3, 214–225. <http://dx.doi.org/10.1080/19419899.2012.700023>

Ryan, C. (2009). *Supportive families, healthy children: Helping families with lesbian, gay, bisexual & transgender children*. San Francisco, CA: Family Acceptance Project, Marian Wright Edelman Institute, San Francisco State University. Retrieved from [http://familyproject.sfsu.edu/](http://familyproject.sfsu.edu/files/FAP_English%20Booklet_pst.pdf)

[files/FAP_English%20Booklet_pst.pdf](http://familyproject.sfsu.edu/files/FAP_English%20Booklet_pst.pdf)

Ryan, C., Russell, S. T., Huebner, D., Diaz, R., & Sanchez, J. (2010). Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *Journal of Child and Adolescence and the Health of LGBT Young Adults*, 23, 205–213.

Saffin, L. A. (2011). Identities under siege: Violence against transpersons of color. In E. A. Stanley & N. Smith (Eds.), *Captive genders: Trans embodiment and the prison industrial complex* (pp. 141–162). Oakland, CA: AK Press.

Samons, S. (2008). *When the opposite sex isn't: Sexual orientation in male-to-female transgender people*. New York, NY: Routledge.

Savin-Williams, R. C., & Diamond, L. M. (2000). Sexual identity trajectories among sexual-minority youths: Gender comparisons. *Archives of Sexual Behavior*, 29, 607–627. [http://dx.doi.org/10.1023/](http://dx.doi.org/10.1023/A:1002058505138)

A:1002058505138

Schleifer, D. (2006). Make me feel mighty real: Gay female-to-male transgenderists negotiating sex, gender, and sexuality. *Sexualities*, 9, 57–

75. <http://dx.doi.org/10.1177/1363460706058397>

Schmidt, J. (2003). Paradise lost? Social change and Fa'afafine in Samoa.

Current Sociology, 51, 417–432. [http://dx.doi.org/10.1177/](http://dx.doi.org/10.1177/0011392103051003014)

0011392103051003014

Serano, J. (2006). *Whipping girl: A transsexual woman on sexism and the sca-pegoating of femininity*. Emeryville, CA: Seal Press.

Services and Advocacy for GLBT Elders & National Center for Transgender Equality. (2012). *Improving the lives of transgender older adults*.

Bibliografia

111

New York, NY: Author. Retrieved from <http://transequality.org/Resources/TransAgingPolicyReportFull.pdf>

Sevelius, J. (2009). “There’s no pamphlet for the kind of sex I have”: HIV-

related risk factors and protective behaviors among transgender men who have sex with non-transgender men. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*,

20, 398–410. <http://dx.doi.org/>

10.1016/j.jana.2009.06.001

Sheridan, V. (2009). *The complete guide to transgender in the workplace*.

Santa Barbara, CA: Praeger.

Sherman, M. D., Kauth, M. R., Shipherd, J. C., & Street, R. L., Jr. (2014).

Communication between VA providers and sexual and gender minority veterans: A pilot study. *Psychological Services*, 11, 235–242.

<http://dx.doi.org/10.1037/a0035840>

Shipherd, J. C., Mizock, L., Maguen, S., & Green, K. E. (2012). Male-to-female transgender veterans and VA health care utilization. *International Journal of Sexual Health*, 24, 78–87. <http://dx.doi.org/>

10.1080/19317611.2011.639440

Shively, M. G., & De Cecco, J. P. (1977). Component of sexual identity.

Journal of Homosexuality, 3, 41–48. <http://dx.doi.org/10.1300/>

J082v03n01_04

Siegal, M., & Robinson, J. (1987). Order effects in children's gender-constancy responses. *Developmental Psychology*, 23, 283–286.

<http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.23.2.283>

Singh, A. A. (2012). Transgender youth of color and resilience: Negotiating oppression, finding support. *Sex Roles: A Journal of Research*, 68, 690–702. <http://dx.doi.org/10.1007/s11199-012-0149-z> Singh, A. A., & Burnes, T. R.

(2009). Creating developmentally appropriate, safe counseling environments for transgender youth: The critical role of school counselors. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 3, 215–234.

<http://dx.doi.org/10.1080/15538600903379457>

Singh, A. A., & Burnes, T. R. (2010). Shifting the counselor role from gatekeeping to advocacy: Ten strategies for using the Competencies for Counseling with Transgender Clients for individual and social change. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 4, 241–255.

<http://dx.doi.org/10.1080/15538605.2010.525455>

Singh, A. A., Hays, D. G., & Watson, L. (2011). Strategies in the face of
112

Adattamento italiano delle “Linee-guida per la pratica psicologica ...

adversity: Resilience strategies of transgender individuals. *Journal of Counseling and Development*, 89, 20–27. <http://dx.doi.org/10.1002/>

[j.1556-6678.2011.tb00057.x](http://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6678.2011.tb00057.x)

Singh, A. A., & Jackson, K. (2012). Queer and transgender youth: Education and liberation in our schools. In E. R. Meiners & T. Quinn (Eds.), *Sexualities in education: A reader* (pp. 175–186). New York, NY: Peter Lang.

Singh, A. A., & McKleroy, V. S. (2011). “Just getting out of bed is a revolutionary act”: The resilience of transgender people of color who have survived traumatic life events. *Traumatology*, 20, 1–11.

<http://dx.doi.org/10.1177/1534765610369261>

Singh, A. A., Richmond, K., & Burnes, T. (2013). The practice of ethical and empowering participatory action research with transgender people and communities. *International Journal of Transgenderism*, 14, 93–

104. <http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2013.818516>

Smith, L. C., Shin, R. Q., & Officer, L. M. (2012). Moving counseling forward on LGB and transgender issues: Speaking queerly on discourses and microaggressions. *The Counseling Psychologist, 40*, 385–408.

<http://dx.doi.org/10.1177/0011000011403165>

Spade, D. (2006). Compliance is gendered: Struggling for gender self-determination in a hostile economy. In P. Currah, R. M. Juang, & S.

P. Minter (Eds.), *Transgender rights* (pp. 217–241). Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.

Spade, D. (2011a). *Normal life: Administrative violence, critical trans politics, and the limits of the law*. Brooklyn, NY: South End.

Spade, D. (2011b). Some very basic tips for making higher education more accessible to trans students and rethinking how we talk about gendered bodies. *Radical Teacher, 92*, 57–62.

Stanley, E. A. (2011). Fugitive flesh: Gender self-determination, queer abolition, and trans resistance. In E. A. Stanley & N. Smith (Eds.), *Captive genders: Trans embodiment and the prison industrial complex* (pp.

1–11). Oakland, CA: AK Press.

Steensma, T. D., McGuire, J. K., Kreukels, B. P., Beekman, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Factors associated with desistence and persistence of childhood Gender Dysphoria: A quantitative follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 52*, 582–590.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2013.03.016>

Bibliografia

113

Stein, E. (2012). Commentary on the treatment of gender variance and gender dysphoria in children and adolescents: Common themes and ethical reflections. *Journal of Homosexuality, 59*, 480–500.

<http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2012.653316>

Stryker, S. (2008). *Transgender history*. Berkley, CA: Seal Press.

Tanis, J. E. (2003). *T rans-gendered: Theology, ministry, and communities of faith*. Cleveland, OH: Pilgrim.

Taylor, J. K. (2007). Transgender identities and public policy in the United States: The relevance for public administration. *Administration & Society*, 39, 833–856. <http://dx.doi.org/10.1177/0095399707305548>
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, 452–459.

<http://dx.doi.org/10.1037/a0029604>

Tishelman, A. C., Kaufman, R., Edwards-Leeper, L., Mandel, F. H., Shumer, D. H., & Spack, N. P. (2015). Serving transgender youth: Challenges, dilemmas, and clinical examples. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46, 37–45. <http://dx.doi.org/10.1037/a0037490>

Transgender Law Center. (2005). *Peeing in peace: A resource guide for transgender activists and allies*. San Francisco, CA: Author. Retrieved from <http://transgenderlawcenter.org/issues/public-accomodations/peeing-in-peace>

Transgender Law Center. (n.d.). *Transgender health benefits: Negotiating inclusive coverage*. Retrieved from <http://translaw.wpengine.com/issues/health/healthinsurance>

Travers, R., Bauer, G., Pyne, J., Bradley, K., Gale, L., & Papaimitriou, M.

(2012). *Impacts of strong parental support for trans youth: A report prepared for Children's Aid Society of Toronto and Delisle Youth Services*. Retrieved from <http://transpulseproject.ca/wp-content/uploads/>

2012/10/Impacts-of-Strong-Parental-Support-for-Trans-Youth-vFI-NAL.pdf

Vanderburgh, R. (2007). *Transition and beyond: Observations on gender identity*. Portland, OR: Q Press.

van Kesteren, P. J. M., Asscheman, H., Megens, J. O. J., & Gooren, L. J.

G. (1997). Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clinical Endocrinology*, 47, 337–342.

<http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2265.1997.2601068.x>

114

Adattamento italiano delle “Linee-guida per la pratica psicologica ...

Vasquez, M. J. T. (2007). Cultural difference and the therapeutic alliance: An evidence-based analysis. *American Psychologist*, 62, 878–885.

<http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.62.8.878>

Wahl, H. W., Iwarsson, S., & Oswald, F. (2012). Aging well and the environment: Toward an integrative model and research agenda for the future. *The Gerontologist*, 52, 306–316. [http://dx.doi.org/10.1093/](http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnr154)

[geront/gnr154](http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnr154)

Walinsky, D., & Whitcomb, D. (2010). Using the ACA Competencies for counseling with transgender clients to increase rural transgender well-being. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 4, 160–175.

<http://dx.doi.org/10.1080/15538605.2010.524840>

Wallace, R., & Russell, H. (2013). Attachment and shame in gender-nonconforming children and their families: Toward a theoretical framework for evaluating clinical interventions. *International Journal of Transgenderism*,

14, 113–126. <http://dx.doi.org/10.1080/>

[15532739.2013.824845](http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2013.824845)

Wallien, M. S. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of

gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 1413–1423. <http://dx.doi.org/10.1097/>

CHI.0b013e31818956b9

Warner, L. R. (2008). A best practices guide to intersectional approaches in psychological research. *Sex Roles: A Journal of Research*, 59, 454–463.

<http://dx.doi.org/10.1186/1475-9276-9-5>

Wentling, T., Schilt, K., Windsor, E., & Lucal, B. (2008). Teaching transgender. *Teaching Sociology*, 36, 49–57. <http://dx.doi.org/10.1177/>

0092055X0803600107

White, T., & Ettner, R. (2004). Disclosure, risks and protective factors for children whose parents are undergoing a gender transition. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, 8, 129–147.

White, T., & Ettner, R. (2007). Adaptation and adjustment in children of transsexual parents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 16, 215–

221. <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-006-0591-y> Whitman, J. (2013). Safe schools: Prevention and intervention for bullying and harassment. In E. Fisher & K. Hawkins (Eds.), *Creating school environments to support lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning students and families: A handbook for school professionals* (pp.

123–139). New York, NY: Routledge.

Bibliografia

115

Wierckx, K., Van Caenegem, E., Pennings, G., Elaut, E., Dedecker, D., Van de Peer, F., . . . T'Sjoen, G. (2012). Reproductive wish in transsexual men.

Human Reproduction, 27, 483–487. <http://dx.doi.org/10.1093/hum-rep/der406>

Witten, T. M. (2003). Life course analysis—The courage to search for something more: Middle adulthood issues in the transgender and intersex community. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 8, 189–224. http://dx.doi.org/10.1300/J137v8no2_12

Witten, T. M., & Eyler, A. E. (2012). *Gay, lesbian, bisexual, and transgender aging: Challenges in research, practice, and policy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University.

World Health Organization. (2015). *Transsexualism F64.0*. Retrieved from <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en%23/F64.0>

Xavier, J. M. (2000). *The Washington, DC Transgender Needs Assessment Survey*. Washington, DC: Us Helping Us, People Into Living. Retrieved from <http://www.glaa.org/archive/2000/tgneedsassessment1112.shtml> Xavier, J., Bobbin, M., Singer, B., & Budd, E. (2005). *A needs assessment of transgendered people of color living in Washington, DC*. *International Journal of Transgenderism*, 8, 31–47. http://dx.doi.org/10.1300/J485v08n02_04

J485v08n02_04

Xavier, J., Bradford, J., Hendricks, M., Safford, L., McKee, R., Martin, E., & Honnold, J. A. (2012). Transgender health care access of Virginia: A qualitative study. *International Journal of Transgenderism*, 14, 3–17.

<http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2013.689513>

Zucker, K. J. (2008a). Children with gender identity disorder. Is there a best practice? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 56, 358–364. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2008.06.003>

Zucker, K. J. (2008b). On the “natural history” of gender identity disorder in children [Editorial]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 1361–1363. <http://dx.doi.org/10.1097/CHI.0b013e31818960cf>

CHI.0b013e31818960cf

Zucker, K. J., & Bradley, S. J. (1995). *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. New York, NY: Guilford Press.

Zucker, K. J., Wood, H., Singh, D., & Bradley, S. J. (2012). A developmental, biopsychosocial model for the treatment of children with Gender Identity Disorder. *Journal of Homosexuality*, 59, 369–397.

<http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2012.653309>

117

Appendice A

Definizioni

La terminologia in ambito sanitario e in particolare nel campo TGNC

è in evoluzione costante (Coleman et al., 2012). Rapidi cambiamenti si sono registrati soprattutto negli ultimi dieci anni, in virtù dello sviluppo di conoscenze professionali sulla diversità di genere, dell'incremento della letteratura e della ricerca, e dell'aumento della visibilità della comunità TGNC. Alcuni termini o definizioni non sono universalmente accettati e c'è ancora disaccordo tra i professionisti e le comunità rispetto a quale sia il loro uso corretto, a seconda dell'orientamento teorico, dell'area geografica, della fascia generazionale o della cultura, con alcuni termini percepiti come affermativi e altri come desueti o irrispettosi. La *Task Force* dell' *American Psychological Association* (APA) per le *Linee-Guida per la Pratica Psicologica con Persone Transgender e Gender Nonconforming* propone le seguenti definizioni sulla base di un esame di quelle proposte da diverse organizzazioni professionali (ad esempio, la *APA Task Force on Gender Identity and Gender Variance*, 2009; l' *Institute of Medicine*, 2011; e la *World Professional Association for Transgender Health* [Coleman et al., 2012]), dalle agenzie sanitarie a servizio delle persone TGNC (per esempio, *Fenway Health Center*), da risorse comunitarie TGNC (*Gender Equity Resource Center*, *National Center for Transgender Equality*), e dalla letteratura specializzata. Gli psicologi sono chiamati a tenersi aggiornati sulle evoluzioni terminologiche, acquisendo familiarità con esse. Le seguenti definizioni comprendono termini frequentemente usati dalla comunità TGNC, nella letteratura scientifica e in queste Linee-Guida.

118

Adattamento italiano delle “Linee-guida per la pratica psicologica ...

Alleato: Una persona cisgender che supporta e difende le persone e la comunità TGNC.

Binarismo di genere: La classificazione del genere in due categorie discrete, ovvero ragazzo/uomo e ragazza/donna.

Chirurgia affermativa del genere (riassegnazione chirurgica del sesso o riassegnazione chirurgica del genere): operazione chirurgica che interviene sulle caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie con l'obiettivo di adattare l'aspetto fisico di un individuo alla sua identità di genere. La chirurgia affermativa del genere può essere parte integrante del trattamento necessario per alleviare la disforia di genere e può includere mastectomia, isterectomia, metoidioplastica, fallo-plastica, aumento del seno, orchietomia, vaginoplastica, femminilizzazione del viso e/o altre operazioni chirurgiche.

Cisgender: aggettivo usato per descrivere le persone la cui identità ed espressione di genere sono allineate al sesso assegnato alla nascita, ovvero una persona non TGNC.

Cisgenderismo: bias sistematico basato sulla concezione ideologica che l'identità e l'espressione di genere sono determinati dal sesso assegnato alla nascita piuttosto che dall'identità di genere che un individuo si riconosce. Il cisgenderismo può condurre ad un atteggiamento pregiudiziale e a comportamenti discriminatori rivolti alle persone TGNC o alle forme di comportamento o espressione di genere che non ricalcano il binarismo di genere.

Coming out: processo attraverso cui gli individui affermano e attualizzano un'identità stigmatizzata. Il coming out di una persona TGNC

può consistere nel rivelare la propria identità di genere – che non si allinea al sesso assegnato alla nascita – o la propria espressione di genere. Il coming out è un processo individuale influenzato in parte dall'età e da altri fattori generazionali.

Cross dressing: Indossare vestiti, accessori e/o trucco, e/o adottare un'espressione di genere che non si conforma al proprio sesso biologico sulla base delle norme culturali e ambientali (Bullough & Bullough, 1993). Non sempre il cross-dressing riflette l'identità di genere o l'orientamento sessuale. Le persone cross-dresser possono o meno riconoscersi parte della comunità TGNC.

Disforia di genere: disagio o sofferenza dovuti all'incongruenza tra l'identità di genere, il sesso assegnato alla nascita e/o i caratteri ses-

suali primari e secondari assegnati alla nascita (Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010). Nel 2013, il *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (DSM), nella sua quinta edizione, ha adottato l'espressione *disforia di genere* in riferimento alla diagnosi che indica la "marcata incongruenza" tra il genere assegnato alla nascita e l'identità di genere percepita (*American Psychiatric Association*, 2013, p. 453). La disforia di genere ha sostituito la diagnosi di Disturbo dell'identità di Genere (DIG), adottata nella precedente versione del DSM (*American Psychiatric Association*, 2000).

Disturbi dello sviluppo sessuale (DSD, Intersessualità): tale espressione si riferisce a varie condizioni di interesse medico associate ad uno sviluppo atipico delle caratteristiche sessuali fisiche (Hughes, Houk, Ahmed, & Lee, 2006), consistenti in anomalie del sesso cro-mosomico, anatomico o gonadico; in tali casi, la costituzione biolo-gica di base non consente una chiara assegnazione del sesso alla nascita. Tali condizioni possono essere considerate come varianti bio-logiche piuttosto che disturbi (M. Diamond, 2009); alcuni preferi-scono utilizzare termini come *intersessuale*, *intersessualità* o *differenze nello sviluppo sessuale*, piuttosto che *disturbi dello sviluppo sessuale* (Coleman et al., 2012).

Donna transgender, donna trans: una persona a cui è stato assegnato il sesso maschile alla nascita ma che si identifica come donna (vedi *MTF*).

Drag: Adozione di un'espressione di genere, spesso nel contesto di una performance, con fini politici, parodistici o d'intrattenimento; non riflette necessariamente l'identità di genere.

Espressione di genere: Il modo di presentarsi di un individuo, in riferimento ad apparenza fisica, all'abbigliamento, agli accessori preferiti e ai comportamenti che riflettono aspetti dell'identità o del ruolo di genere. L'espressione di genere può o meno essere conforme all'identità di genere di una persona.

Female-to-male (FTM): Persone a cui è stato assegnato alla nascita il sesso

femminile e che hanno cambiato, stanno cambiando o desiderano cambiare il proprio corpo e/o la propria identità di genere in direzione di un corpo e/o un'identità più maschile. Le persone FTM

spesso sono definite come *uomini transgender* o *uomini trans*.

Gatekeeping (letteralmente, fare da guardiano): termine che si riferisce al ruolo degli psicologi e di altri professionisti della salute mentale di

120

Adattamento italiano delle “Linee-guida per la pratica psicologica ...

valutare l'idoneità di una persona TGNC alla terapia ormonale o alla chirurgia, secondo gli *Standards of Care* emanati dalla *World Professional Association for Transgender Health* (Coleman et al., 2012). In passato, questo ruolo è stato letto come un limite imposto all'autonomia dell'adulto TGNC, danneggiando la fiducia tra psicologi e clienti TGNC.

Alla luce di tale questione, l'orientamento attuale tende a valorizzare maggiormente l'autonomia dell'adulto TGNC nell'assumere decisioni rispetto alla transizione medica (*American Counseling Association*, 2010; Coleman et al., 2012; Singh & Burnes, 2010).

Gender nonconforming (GNC): termine ombrello che racchiude quelle persone la cui identità o espressione di genere devia dalle norme di genere legate al sesso assegnato alla nascita. Le sottopopolazioni della comunità TGNC possono sviluppare un linguaggio particolare per rappresentare la propria esperienza e cultura, come l'espressione

“masculine of center” (MOC; Cole & Han, 2011) che è usato nelle comunità di colore per riferirsi all'identità di genere di un persona GNC.

Gender questioning: Espressione riferita alle persone la cui identità di genere non si allinea al sesso assegnato alla nascita e che esplorano o si interrogano sulla propria identità di genere.

Genderqueer: Espressione riferita a quelle persone la cui identità di genere

non si conforma alla concezione binaria del genere (per es., una persona che non si identifica pienamente né come uomo né come donna). Le persone che si identificano come genderqueer possono ridefinire il genere o rifiutare di riconoscersi in un genere preciso.

Esse possono pensarsi sia come uomo che come donna (bigender, pangender, androgino); né come uomo né come donna (genderless, gender neutral, neutrois, agender); possono fluttuare tra i generi (genderfluid); o incarnare un terzo genere.

Identità di genere: Senso intimo, profondo e soggettivo di appartenenza ad un sesso e non ad un altro – maschile, femminile o uno alternativo (per esempio, genderqueer, gender nonconforming, genere neutrale)

– che può o meno corrispondere al sesso assegnato alla nascita o alle caratteristiche sessuali primarie o secondarie. Essendo una dimensione interiore, l'identità di genere non è necessariamente manifesta agli altri. Il termine "identità di genere affermata" si riferisce all'identità di genere di una persona in seguito al suo coming out come TGNC o al processo di transizione sociale e/o medica.

Appendice A

121

Male-to-female (MTF): Persone a cui è stato assegnato alla nascita il sesso maschile e che hanno cambiato, stanno cambiando o desiderano cambiare il proprio corpo e/o la propria identità di genere in direzione di un corpo e/o un'identità più femminile. Le persone MTF sono spesso definite come *donne transgender* o *donne trans*.

Marcatore di genere (in inglese, *gender marker*): un indicatore (M, F) del sesso o del genere di una persona, che si trova sui documenti di riconoscimento (patente, passaporto) o su altri documenti legali (certificato di nascita, libretto universitario).

Nascosto (invisibile): espressione utilizzata da alcune persone TGNC

che, pur senza condividere apertamente la propria identità TGNC, transitano nel genere affermativo all'interno di un nuovo ambiente (a scuola, per esempio).

Orientamento sessuale: componente dell'identità riferita all'attrazione sessuale ed affettiva verso un'altra persona e il comportamento e/o l'affiliazione sociale che può risultarne. Una persona può essere attratta da uomini, donne, entrambe, né l'una né l'altra, o verso persone genderqueer, androgine o con altre identità di genere. Una persona può identificarsi come lesbica, gay, eterosessuale, bisessuale, queer, pansessuale o asessuale.

Passing: la capacità di passare per persone cisgender, senza farsi riconoscere come transgender, in base all'apparenza, al ruolo o all'espressione di genere; essere percepiti come cisgender. Il passing può o meno rappresentare un obiettivo per una persona TGNC.

Pregiudizio anti-trans (transfobia, transnegatività): l'attitudine pregiudiziale che può esprimersi nella svalutazione, avversione e odio verso persone la cui identità e/o espressione di genere non si allinea al sesso assegnato alla nascita. Il pregiudizio anti-trans può trovarsi alla base di certi comportamenti discriminatori attuati in contesti come quello lavorativo o in altre strutture pubbliche e può indurre molestie e violenza.

Quando una persona TGNC assume quest'atteggiamento negativo verso se stessa e la propria identità di genere, si parla di *transfobia interiorizzata* (costrutto analogo a quello di *omofobia interiorizzata*). La tran-smisoginia fa riferimento ad un'esperienza di sessismo concomitante al pregiudizio anti-trans, che colpisce in modo particolare le donne trans.

Ruolo di genere: si riferisce al pattern di apparenza, personalità e comportamento che, in una data cultura, è associato all'essere ragazzo/uomo/maschio o ragazza/donna/femmina. L'apparenza,

122

Adattamento italiano delle "Linee-guida per la pratica psicologica ...

la personalità e il comportamento possono o meno conformarsi alle

aspettative ambientali e culturali basate sul sesso assegnato alla nascita. Il ruolo di genere può anche riferirsi al ruolo sociale nel quale una persona vive – come donna, uomo o come appartenente ad un genere altro – che può più o meno conformarsi alle aspettative culturali ad esso legate.

Sesso (sesso assegnato alla nascita): il sesso è tipicamente assegnato alla nascita (o anche prima, durante l'ecografia) sulla base dell'aspetto dei genitali esterni. Quando i genitali esterni sono ambigui, l'assegnazione avviene considerando altri indicatori (genitali interni, caratteristiche cromosomiche o ormonali), con il proposito di assegnare un sesso che sia più probabilmente congruente all'identità di genere del bambino (MacLaughlin & Donahoe, 2004). Per la maggioranza delle persone, l'identità di genere è allineata al sesso assegnato alla nascita (vedi *cisgender*); per le persone TGNC, l'identità si discosta in gradi differenti dal sesso assegnato alla nascita.

Soppressione della pubertà (blocco della pubertà, terapia di ritardo della pubertà): trattamento volto alla soppressione temporanea dello sviluppo delle caratteristiche sessuali secondarie che si presentano nei giovani durante la pubertà, tipicamente usando i bloccanti ipotalamici (GnRH-analoghi). La soppressione della pubertà può costituire parte integrante del trattamento medico necessario per alleviare la disforia di genere. Essa può dare all'adolescente il tempo di comprendere se desidera o no optare per un intervento medico meno reversibile e può rappresentare uno strumento diagnostico per determinare se un ulteriore intervento medico sia necessario.

Terapia ormonale (terapia ormonale affermativa, terapia ormonale sostitutiva): il ricorso ad ormoni per mascolinizzare o femminilizzare il corpo al fine di allineare i caratteri fisici di una persona alla sua identità di genere. Le persone che desiderano femminilizzare il proprio corpo assumono antiandrogeni e/o estrogeni; quelle che desiderano mascolinizzarlo assumono testosterone. La terapia ormonale può essere parte integrante del trattamento necessario ad alleviare la disforia di genere.

TGNC: Acronimo utilizzato per indicare le persone transgender e *gender nonconforming*.

Trans: abbreviazione per transgender, transessuale e/o *gender*

nonconforming. Non tutte le persone transessuali e *gender nonconforming* si

Appendice A

123

identificano come “trans”, sebbene questo termine sia comunemente accettato.

Trans-affermativo: l’attitudine ad essere rispettosi, consapevoli e supportivi rispetto ai bisogni delle persone TGNC.

Transessuale: espressione utilizzata per descrivere le persone TGNC

che hanno apportato o stanno apportando cambiamenti al proprio corpo attraverso interventi medici (ormonali, chirurgici), finalizzati ad un maggiore adeguamento dell’aspetto fisico ad un’identità di genere che è differente dal sesso assegnato alla nascita. Non tutte le persone transessuali si considerano TGNC. Per esempio, alcune persone transessuali si identificano come femmine o maschi. Il transessualismo è annoverato come diagnosi medica nella decima versione dell’ *International Classification of Diseases* dell’Organizzazione Mon-diale della Sanità (2015).

Transgender: termine-ombrello che racchiude quel gruppo diversificato di persone il cui genere e/o ruolo di genere non si allinea a quello tipicamente associato al sesso assegnato alla nascita. Non tutte le persone TGNC si identificano come “transgender”, sebbene questo termine sia comunemente accettato.

Transizione: percorso attraverso il quale le persone TGNC passano ad un ruolo di genere differente da quello che viene tipicamente associato al sesso assegnato alla nascita. Durata, scopo e processo di transizione sono peculiari al singolo individuo. Per molte persone, il percorso consiste nello sviluppo di un ruolo e di un’espressione di genere che si conformino maggiormente alla loro identità di genere.

Una transizione avviene tipicamente in un certo periodo di tempo; il percorso di transizione può avvenire sul piano sociale (per es., mutamenti

nell'espressione e nel ruolo di genere, cambio di nome, pro-nome e marcatore di genere) e/o medico (terapia ormonale, chirurgia e/o altri interventi).

Two-spirit: espressione usata in alcuni gruppi nativi americani in riferimento ad individui che si identificano con ruoli di genere sia maschili che femminili. Questo può includere sia l'identità di genere sia l'orientamento sessuale. Le persone two-spirit godono di un certo rispetto e assumono un ruolo spirituale nella loro comunità.

Uomo transgender, uomo trans: una persona a cui è stato assegnato il sesso femminile alla nascita ma che si identifica come uomo (vedi *FTM*).

125

Appendice B

Linee-Guida per la Pratica Psicologica

con Persone Transgender e Gender Nonconforming Conoscenza di base e consapevolezza

Linea-guida 1. Lo psicologo comprende che il genere è un costrutto non binario che ammette un'ampia gamma di possibilità delle identità di genere e che l'identità di genere di una persona può essere o meno congruente con sesso assegnato alla nascita.

Linea-guida 2. Lo psicologo comprende che l'identità di genere e l'orientamento sessuale sono costrutti tra loro distinti ma interrelati.

Linea-guida 3. Gli psicologi cercano di comprendere l'intersezione fra l'identità di genere e le altre identità culturali delle persone TGNC.

Linea-guida 4. Gli psicologi sono consapevoli di come le proprie attitudini e conoscenze circa l'identità e l'espressione di genere possano influenzare la qualità della cura che viene fornita alle persone TGNC

e alle loro famiglie.

Stigma, discriminazione e barriere alle cure

Linea-guida 5. Gli psicologi riconoscono il peso che lo stigma, il pregiudizio, la discriminazione e la violenza esercitano sulla salute e sul benessere delle persone TGNC.

126

Adattamento italiano delle “Linee-guida per la pratica psicologica ...

Linea-guida 6. Gli psicologi, riconoscendo il peso delle barriere istituzionali sulla vita delle persone TGNC, sono chiamati ad un impegno attivo per lo sviluppo di ambienti affermativi.

Linea-guida 7. Lo psicologo riconosce l’esigenza di promuovere un processo di cambiamento sociale che porti ad una riduzione degli effetti negativi dello stigma sulla salute e sul benessere delle persone TGNC.

Lo sviluppo nel ciclo di vita

Linea-guida 8. Gli psicologi che lavorano con giovani TGNC o con chi si interroga sul proprio genere (gender-questioning) comprendono i differenti bisogni evolutivi di bambini e adolescenti, considerando che non in tutti i giovani l’identità TGNC persisterà fino all’età adulta.

Linea-guida 9. Lo psicologo si impegna a comprendere le particolari sfide che le persone anziane TGNC sperimentano e la resilienza che esse possono sviluppare.

Valutazione, terapia e intervento

Linea-guida 10. Lo psicologo si impegna a comprendere se e in che modo i problemi di salute mentale di una persona TGNC siano correlati all’identità di genere, nonché gli effetti psicologici del minority stress.

Linea-guida 11. Lo psicologo riconosce che ricevere supporto sociale e cure affermative aumenta la probabilità di esiti di vita positivi per le persone TGNC.

Linea-guida 12. Gli psicologi si sforzano di comprendere gli effetti che il cambiamento dell’identità e dell’espressione di genere provoca sulle relazioni

sentimentali e sessuali delle persone TGNC.

Linea-guida 13. Lo psicologo cerca di comprendere le molteplici forme che la genitorialità e la formazione di una famiglia assumono tra le persone TGNC.

Linea-guida 14. Gli psicologi riconoscono le potenzialità di un approccio interdisciplinare nell'offrire assistenza alle persone TGNC e si impegnano a lavorare in sinergia con altri professionisti.

Appendice B

127

Ricerca, Istruzione e Formazione

Linea-guida 15. Gli psicologi rispettano il benessere e i diritti delle persone TGNC che partecipano alla ricerca e si impegnano a rappresentare accuratamente i risultati, evitandone l'uso improprio o il travisamento.

Linea-guida 16. Gli psicologi devono preparare i tirocinanti a lavorare con le persone TGNC in modo competente.

129

Note sui curatori

Paolo Valerio: Professore Ordinario di Psicologia Clinica presso l'Università degli Studi di Napoli Federico II. Delegato del Rettore per gli studenti con disabilità, Direttore del Centro di Ateneo SInAPSi e del Programma Dipartimentale di Psicologia dell'Unità Operativa Complessa di Psichiatria e Psicologia del Policlinico Universitario di Napoli.

Presidente della Fondazione "Genere Identità Cultura" e dell'Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere (O.N.I.G.). È stato coordinatore scientifico di numerosi progetti nazionali ed internazionali sulla prevenzione dello stigma sessuale e di genere.

Vincenzo Bochicchio: Ricercatore Universitario, psicologo, insegna

Psicopatologia dello Sviluppo e Filosofia Teoretica presso l'Università della Calabria. È stato Visiting Scholar presso la Columbia University di New York. Le sue aree principali di interesse e ricerca sono l'epistemologia della psicologia clinica, la psicologia teoretica, la percezione, le questioni di genere e la non conformità di genere in infanzia.

Fabrizio Mezza: Psicologo, collabora con la Sezione Antidiscriminazione e Cultura delle Differenze del Centro di Ateneo SInAPSi dell'Università degli Studi di Napoli Federico II. Le sue aree principali di interesse e ricerca sono i transgenderismi, il minority stress e la salute psico-fisica degli anziani LGBT.

Anna Lisa Amodeo: Ricercatrice in Psicologia Clinica presso l'Università degli Studi di Napoli Federico II, psicologa e psicoterapeuta. Ha coordinato e partecipato a numerosi progetti e gruppi di ricerca nazionale ed internazionali sulla prevenzione del rischio individuale e di gruppo. È la responsabile scientifica della Sezione Antidiscriminazione

130

Adattamento italiano delle “Linee-guida per la pratica psicologica ...

e Cultura delle Differenze del Centro di Ateneo SInAPSi. Le sue aree principali di interesse e ricerca sono l'omofobia, il bullismo omofobico, l'identità sessuale e di genere, i transgenderismi, i metodi di intervento psicologico nelle istituzioni e il counselling di gruppo.

Roberto Vitelli: Ricercatore in Psicologia Clinica presso l'Università degli Studi di Napoli Federico II. Cofondatore del Servizio di Assistenza Psicologica per Persone con Disforia di Genere attivo presso l'Unità Operativa Complessa di Psichiatria e Psicologia del Dipartimento ad Attività Integrata Testa-Collo - Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II - Napoli. È autore di numerose pubblicazioni scientifiche su riviste nazionali ed internazionali sul tema della Disforia di Genere e delle condizioni di Varianza di Genere.

Cristiano Scandurra: Ricercatore di Psicologia Clinica presso l'Università degli Studi di Napoli Federico II, socio dell'Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere (O.N.I.G.). Ha partecipato a numerosi progetti e

gruppi di ricerca nazionali ed internazionali sulla prevenzione dello stigma sessuale e di genere. È stato Training Fellow presso il Summer Institute in LGBT Population Health (The Fenway Institute & Boston University School of Public Health) e Visiting Student presso la Columbia University (Heilbrunn Department of Population and Family Health, Mailman School of Public Health). È autore di numerose pubblicazioni scientifiche su riviste nazionali ed internazionali sul tema della Disforia e della Varianza di Genere.

131

Indice

<i>Prefazione</i>	pag. 5
Presentazione al lettore italiano	» 7
Introduzione	» 9
OBIETTIVO	» 10
ANALISI DEI BISOGNI	» 12
UTENZA	» 13
DISTINZIONE TRA STANDARD E LINEE-GUIDA	» 13
CONFORMITÀ	» 14
PROCESSO DI SVILUPPO DELLE LINEE-GUIDA	» 14
SELEZIONE DELL'EVIDENZA	» 16
Conoscenza di base e consapevolezza	» 17
LINEA-GUIDA 1	» 17
LINEA-GUIDA 2	» 21
LINEA-GUIDA 3	» 25

LINEA-GUIDA 4	» 27
Stigma, discriminazione e barriere alle cure	» 31
LINEA-GUIDA 5	» 31
LINEA-GUIDA 6	» 38
LINEA-GUIDA 7	» 41

132

Adattamento italiano delle “Linee-guida per la pratica psicologica ...	
Lo sviluppo nel ciclo di vita	pag. 45
LINEA-GUIDA 8	» 45
LINEA-GUIDA 9	» 52
Valutazione, terapia e intervento	» 57
LINEA-GUIDA 10	» 57
LINEA-GUIDA 11	» 61
LINEA-GUIDA 12	» 65
LINEA-GUIDA 13	» 69
LINEA-GUIDA 14	» 74
Ricerca, istruzione e formazione	» 79
LINEA-GUIDA 15	» 79
LINEA-GUIDA 16	» 82
Bibliografia	» 85

Appendice A: » 117

Appendice B: » 125

Note sui curatori » 129

Publicato da Ordine degli Psicologi della Regione Campania Piazzetta
Matilde Serao, 7 – 80132 Napoli

Collana Contesti Innovativi dell'Intervento Psicologico - Volume 3

Codice ISBN 9788898561056

Finito di stampare

nel mese di marzo 2018

dalla Poligrafica F.lli Ariello

Editori s.a.s. - Napoli

Questo prodotto è stato realizzato nel rispetto delle regole stabilite dal
sistema di gestione qualità conforme ai requisiti ISO 9001:2008 valutato da
Bureau Veritas Italia S.p.A. e coperto dal certificato numero 209065