

Supporting Wellbeing and Integration of Transgender Victims in Care Environments with Holistic Approach

DELIVERABLE 2.3

GUIDA DEL PROFILO PSICOLOGICO

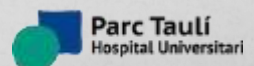
PROJECT NUMBER 881635 - SWITCH - REC- AG- 2019 / REC- RDAP- GBV- AG- 2019



Questo progetto è stato finanziato nell'ambito del Programma Europeo Diritti, Uguaglianza e Cittadinanza (2014-2020).



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia
IRCCS Istituto in tecnologia avanzate e modelli assistenziali in oncologia



Il contenuto di questa pubblicazione rappresenta solo il punto di vista dell'autore ed è sua esclusiva responsabilità. La Commissione Europea non si assume alcuna responsabilità per l'uso che può essere fatto delle informazioni in essa contenute.



SWITCH team:

Aragón A. M.; Baione, M.; Bonvicini, F.;
Brando-Garrido, C.; Campanino, M.;
Cardoner N.; Casoni, C.; Catilino, F.;
Dolezalova, P.; Escotorin-Soza, P.; Espelt
C.; Giuliani, S.; Goldberg, X.; Graglia, M.;
Heumann, V.; Malkova, M.; Marino, M.;
Moscano, E.; Orlikova, B.; Pavlica, K.;
Riboldi, B.; Roche, O. R.; Roche, V. I.;
Salzillo, S.; Sanzo I.; Simonova, Z.;
Tedesco, I.



Questo progetto è stato finanziato nell'ambito del Programma Europeo Diritti, Uguaglianza e Cittadinanza (2014-2020).

Il contenuto di questo deliverable rappresenta solo il punto di vista dell'autore ed è sua esclusiva responsabilità. La Commissione Europea non si assume alcuna responsabilità per l'uso che può essere fatto delle informazioni in esso contenute.



GUIDA DEL PROFILO PSICOLOGICO

Indice

INTRODUZIONE	4
1. IDENTITA' TRANSGENDER	5
Descrizione del quadro normativo di tutti i paesi partner	5
2. BACKGROUND TEORICO TRANSGENDER/VIOLENZA	9
3. RICONOSCIMENTO E CONSAPEVOLEZZA DELLA VIOLENZA	12
4. BIBLIOGRAFIA	16
ALLEGATO	17
Valutazione dell'Impatto dell'Evento	18
Profilo Psicologico	22



Introduzione

Questo prodotto contiene una guida per i professionisti per comprendere meglio le conseguenze psicologiche della violenza su persone con incongruenza di genere. Questa guida aiuta i professionisti (psicologi, psicoterapeuti e assistenti sociali) a costruire un profilo psicologico della vittima che può essere utilizzato anche in caso di denuncia di violenza e per i seguenti obiettivi:

- supportare l'accessibilità ai servizi di supporto nazionali (polizia, ricoveri ospedalieri, dormitori, ecc.) per le persone vittime di violenza omofobica e transfobica e rafforzare la capacità di fornire una risposta specifica e una assistenza adeguata;
- avviare percorsi facilitati di accesso per le persone transgender, non binarie e intersessuali ai servizi legati alla sicurezza anche per il supporto alla denuncia di eventuali reati o violenze subite.

“È vietata qualsiasi forma di discriminazione fondata, in particolare, sul sesso... o le tendenze sessuali” (Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, articolo 21).

Attualmente, l'UE ha creato una legislazione che lotta contro la discriminazione basata sull'orientamento sessuale solo nel contesto dell'occupazione.

Tuttavia, in 8 Stati membri (Belgio, Bulgaria, Germania, Spagna, Austria, Romania, Slovenia e Slovacchia), la legislazione antidiscriminatoria basata sull'orientamento sessuale (che copre anche l'identità di genere) riguarda non solo l'occupazione, ma anche tutte le aree aggiuntive (aree sociali come l'istruzione, la protezione sociale, l'assistenza sanitaria, così come l'accesso a beni e servizi, compresi gli alloggi).

La legislazione comunitaria obbliga inoltre gli Stati membri a istituire organismi di parità unicamente nell'ambito della discriminazione razziale o sessuale.



1. Identità transgender

Transgender è un termine utilizzato per descrivere le persone la cui identità di genere differisce dal sesso loro assegnato alla nascita.

L'identità di genere è il senso interno e personale di una persona di essere uomo o donna (o ragazzo o ragazza). L'identità di genere di alcune persone non rientra perfettamente in queste due scelte. Per le persone transgender, il sesso che è stato loro assegnato alla nascita e la loro identità di genere interna non corrispondono (GLAAD, 2018).

DESCRIZIONE DEL QUADRO NORMATIVO DI TUTTI I PAESI PARTNER

ITALIA

Per quanto riguarda il contesto legislativo italiano, la legge Zan contro l'omofobia e la transfobia è stata approvata alla Camera il 4 novembre 2020.

Il testo della legge si compone di dieci articoli, con i quali vengono introdotti nuovi reati, modellato il relativo sistema sanzionatorio, istituita la giornata nazionale contro le discriminazioni, prevista l'istituzione di centri per la tutela delle vittime di discriminazione.

Ora la legge è all'esame del Senato della Repubblica per l'approvazione definitiva.

L'art. 604 bis c.p. che punisce la discriminazione razziale, etnica, nazionale e religiosa, viene modificato dall'art. 1 della nuova legge, e prevederà anche la repressione degli atti discriminatori basati "sul sesso, sul genere, sull'orientamento sessuale e sull'identità di genere".

La nuova formulazione dell'art. 604 stabilirà infatti anche un aumento della pena fino alla metà per i reati commessi per finalità di discriminazione o di odio fondate sul sesso, sul genere, sull'orientamento sessuale o sull'identità di genere, ovvero per agevolare organizzazioni, movimenti associazioni o gruppi che abbiano tra i loro scopi le suddette finalità.

Art. 6 del testo di legge approvato alla Camera stabilisce che la giornata nazionale contro l'omofobia, la lesbofobia, la bifobia e la transfobia si celebra il 17 maggio, con l'obiettivo di promuovere la cultura del rispetto e dell'inclusione e contrastare il pregiudizio, la discriminazione e la violenza motivati dall'orientamento sessuale e dall'identità di genere.



Le iniziative per le celebrazioni saranno prese dalle amministrazioni pubbliche e dalle scuole, ma la giornata non avrà carattere di festa.

Art. 7 impegna l'UNAR (Ufficio per la lotta alle discriminazioni istituito presso la Presidenza del Consiglio-Dipartimento per le pari opportunità) con il compito di elaborare ogni tre anni, una strategia nazionale di contrasto alle discriminazioni per motivi legati all'orientamento sessuale e all'identità di genere, comprendente misure che riguardano il mondo della scuola, del lavoro, della comunicazione mediatica.

Le iniziative di contrasto alle discriminazioni sono assistite e finanziate dal Fondo Pari Opportunità per il quale sono stati stanziati 4 milioni di euro ogni anno a partire dal 2020.

Tali risorse finanzieranno anche la creazione, su tutto il territorio nazionale, di centri contro le discriminazioni basate sull'orientamento sessuale e sull'identità di genere, che assicurino assistenza legale, sanitaria, psicologica, di mediazione sociale e, ove necessario, alloggio e vitto alle vittime dei reati previsti dall'articolo 604-bis.

SPAGNA

Nel 2007 è stata approvata in Spagna la legge 03/2007 che regola la rettifica della registrazione della menzione relativa al sesso delle persone, che esclude l'obbligo di sottoporsi a un intervento chirurgico di riassegnazione genitale per accedere al cambio di sesso registrato (art.4.2). Tuttavia, è indispensabile presentare una diagnosi psichiatrica di "disforia di genere" (art.4.1. a) e seguire un trattamento ormonale per un periodo minimo di due anni (art.4.1. b).

In Catalogna, l'approvazione della Legge 11/2014 per la difesa dei diritti delle persone LGBTI fornisce il quadro normativo necessario per la costruzione di un modello di cura non patologico che rispetti la diversità trans. La legge mira a garantire un'assistenza completa alle persone transgender in condizioni di parità e la partecipazione della persona interessata al processo decisionale (art. 16). Specifica inoltre che le persone transgender devono essere in grado di rispettare le disposizioni della legge senza la necessità di alcuna diagnosi di disforia di genere (art. 23).

Le altre leggi autonome per garantire i diritti, la parità di trattamento e la non discriminazione delle persone LGTBI e delle loro famiglie sono le seguenti (le più recenti):



- Andalusia: Legge 08/2017;
- Aragona: Legge 04/2018;
- Navarra: Legge 08/2017;
- Madrid: Legge 03/2016;
- Comunità Valenzana: Legge 23/2018;
- Estremadura: Legge 12/2015;
- Galizia: Legge 02/2014;
- Isole Baleari: Legge 08/2016;
- Isole Canarie: Legge 08/2014;
- Murcia: Legge 08/2016;
- Paesi Baschi: Legge 14/2012.

REPUBBLICA CECA

Il riconoscimento legale del genere è disponibile per le persone transgender nella Repubblica Ceca e il processo di transizione legale è regolato dalla legge 89/2012 (29) del Codice Civile e dalla legge 373/2011 sui Servizi Sanitari Specifici. Tuttavia, l'intera procedura, strettamente intrecciata alla transizione medica, è associata a requisiti discriminatori e degradanti sia in termini legali che sanitari. Le violazioni più evidenti dei diritti delle persone transgender sono il requisito della sterilizzazione (trattamento chirurgico) e il divorzio come condizione per il riconoscimento legale di un'offerta incorporata nella legge. Il sistema ceco di transizione include pratiche standard e di routine che comportano metodi diagnostici e trattamenti stressanti e degradanti per i clienti transgender negli ambienti di cura e portano a un'eccessiva medicalizzazione e patologizzazione della situazione transgender. Pertanto, le persone transgender e intersessuali.

La Repubblica Ceca è stata piuttosto in ritardo nell'attuazione della legislazione antidiscriminazione nel contesto dell'UE. La legge antidiscriminazione vieta la discriminazione basata sull'orientamento sessuale e l'identità di genere sul lavoro, così come la protezione sociale, le prestazioni sociali, l'assistenza sanitaria, l'istruzione e l'accesso a beni e servizi pubblici, compresi gli alloggi. Questa legislazione ha lo scopo di fornire uno strumento giudiziario e amministrativo a sostegno delle vittime di questo tipo di discriminazione, ma a causa dei limiti il suo beneficio è piuttosto limitato.



La motivazione dell'odio di genere non è esplicitamente inclusa nel codice penale ceco, ma può essere implicita come parte delle definizioni di "altro gruppo di persone" o "altra circostanza aggravante". Il tribunale deve prendere in considerazione (come circostanza aggravante) la motivazione del crimine se è commesso per avidità, vendetta, motivi nazionali, razziali, etnici, religiosi, di classe e altri simili motivi di odio e particolarmente deprecabili. Tuttavia, non c'è una spiegazione esplicita nella giurisprudenza che le persone transgender (così come le lesbiche e i gay) appartengano ad "altri gruppi di persone" o che la transfobia possa essere classificata come "altra motivazione particolarmente deprecabile". Allo stesso modo, il codice penale non definisce la "violenza d'odio". La sensibilizzazione sulla violenza motivata dall'orientamento sessuale o dall'identità di genere delle vittime non è promossa dalle autorità pubbliche ma principalmente dalle ONG.

Le persone intersessuali in quanto tali non sono esplicitamente protette dalla legislazione ceca e la loro situazione rimane inesplorata.

Informazioni non ufficiali da parte di persone intersessuali indicano la pratica della chirurgia genitale nella prima infanzia eseguita su alcune persone intersessuali che porta a traumi e complicazioni di salute nell'adolescenza e nell'età adulta.



2. Background teorico riguardante la violenza contro la popolazione transgender

La violenza attuata verso le persone transgender risulta essere un tema che intreccia altre problematiche sociali, già esistenti.

Goffman sostiene che gli individui con uno stigma discredito hanno dei segni visibili che permettono alle persone di inserirli in una categoria stigmatizzata (ad esempio la condizione di disabilità o il colore della pelle).

In passato le persone transgender, in particolare le donne trans e le persone trans femminili, erano ad alto rischio di essere stigmatizzate a causa del difficile accesso alle procedure di riattribuzione chirurgica, l'inefficacia della transizione medica per alcuni individui o la mancanza di pianificazione della stessa (Goffman, 1963).

Oggi, la stragrande maggioranza delle persone transgender, hanno una transizione efficace, (per lo più attraverso la terapia ormonale, l'auto-presentazione e la formazione della voce). In alcuni contesti il problema consiste piuttosto nella mancanza di accesso alla terapia ormonale o alla transizione stessa, così come nelle situazioni di rischio in cui si trovano le persone transgender.

Considerando tutti questi aspetti, la violenza perpetrata contro la popolazione transgender è un crimine d'odio, e il risultato di un clima sociale che sanziona severamente le persone che non si conformano alle norme imposte dalla società riguardo all'identità di genere.

I perpetratori di tali violenze risultano essere per lo più uomini sconosciuti che agiscono in gruppo, anche se l'origine delle esperienze discriminatorie sembrano iniziare nella famiglia di origine, facendo sì che nel corso della loro vita gli individui transgender subiscano dei traumi cumulativi. Tale disagio è aggravato dalla percezione di scarsa tutela da parte delle istituzioni giudiziarie e dalla sfiducia nei confronti delle forze dell'ordine.

Da varie indagini è emerso che più della metà delle persone transgender ha vissuto un episodio di violenza o molestia, fisica e sessuale, commenti transfobici, abusi verbali e comportamenti intimidatori e da ulteriori studi e report (Lombardi et al., 2001) emerge che la più forte associazione di esperienza violenta è associata a discriminazioni di tipo economico.

Le maggiori discriminazioni sembrano infatti essere sul posto di lavoro, sotto forma di violenze, intimidazioni o aggressioni da parte di supervisori e



colleghi; subiscono una violazione e spesso distruzione delle loro proprietà, vengono cacciati dalle proprie abitazioni quando manifestano la loro identità di genere, mentre vengono molestate, intimidite e aggredite in luoghi pubblici (GenderPAC, 1997). Un ulteriore ambito in cui le persone transgender rischiano di ricevere un trattamento iniquo è rappresentato dai contesti socio-sanitari in cui i dispositivi cisnormativi ostacolano l'accesso o una fruizione efficace dei servizi (Graglia, 2012). Un altro dato rilevante è che i giovani transgender hanno una maggiore probabilità di subire violenza rispetto alle persone anziane, venendo disprezzati, rinchiusi o cacciati dalle loro case, ed esponendosi quindi a svariati fattori di rischio: utilizzo di droghe, suicidio, esposizione a malattie sessualmente trasmissibili, abbandono scolastico, tutti effetti di quella che viene definita vittimizzazione secondaria, ovvero la percezione di ritenersi i responsabili di quello che hanno subito.

Nel 2008, il National Center for Transgender Equality e la National LGBTQ Task Force hanno formato una partnership di ricerca rivoluzionaria per affrontare questo problema, lanciando il primo studio nazionale completo sulla discriminazione transgender. Il rapporto emerso fornisce informazioni sulla discriminazione in tutti i principali settori della vita, inclusi l'alloggio, l'occupazione, la salute e l'accesso all'assistenza sanitaria, l'istruzione, la vita familiare, la giustizia penale e i documenti di identità.

Va infine menzionato il discorso della trans-genitorialità, per cui l'individuo transgender viene spesso abbandonato dal compagno, o ha problemi nella tutela dei figli, in quanto si registra una forte resistenza culturale all'idea che il ruolo materno possa essere incarnato da una persona di sesso maschile e viceversa (Luciani, 2008). Le persone transgender vengono ritenute inadatte a crescere un figlio, in quanto si pensa che quest'ultimo possa presentare delle problematiche nel corso del suo sviluppo psico-fisico.

Riassumendo questi risultati, possiamo identificare i principali tipi di violenza subiti dalla popolazione transgender:

- Discriminazione;
- stigmatizzazione;
- mobbing / perdita del lavoro;
- bullismo;
- cyberbullismo;
- violenza psicologica (minacce, umiliazioni, offese, violenza istituzionale, ecc.);



- violenza fisica (percosse, pugni, calci, sterilizzazione, ecc.);
- violenza sessuale.



3. Riconoscimento e consapevolezza della violenza

La guida si propone di definire un protocollo operativo e gli strumenti utili per fornire una risposta specifica e un'assistenza adeguata ai professionisti (psicologi, psichiatri, psicoterapeuti) coinvolti nei servizi di supporto (pubblici o privati) per le persone vittime di violenza omofobica e transfobica. È un fatto consolidato nella letteratura scientifica che le persone LGBTI, nel corso della loro vita, hanno maggiori probabilità di incontrare esperienze di violenza all'interno del loro ambiente sociale (Herek, 2009).

In campo scientifico c'è anche una crescente consapevolezza del maggior rischio che le persone LGBTI corrono di sviluppare un disturbo da stress post-traumatico (PTSD), anche se, ad oggi, le ricerche volte a indagare il PTSD in persone appartenenti a minoranze di identità sessuale è abbastanza limitato, hanno però evidenziato la maggiore prevalenza di PTSD tra la popolazione LGBTI rispetto a quella cisgender ed eterosessuale (D'Augelli et al., 2006; Gilman et al., 2001).

Considerando gli alti tassi di esperienze traumatiche vissute da molte persone LGBTI, è necessaria dunque una maggiore consapevolezza da parte di tutti i professionisti che lavorano nel campo della salute mentale. A tal fine, nelle prime fasi del processo di consulenza, suggeriamo al clinico di somministrare il test "The Impact of Event Scale-Revised (IES-R) (Weiss e Marmar 1997). (ALLEGATO 1)

Il test è un'auto misurazione del disagio soggettivo attuale in risposta a uno specifico evento traumatico. La scala a 22 voci include 3 sottoscale rappresentative dei principali gruppi di sintomi da stress post-traumatico: intrusione, evitamento e iperattività (American Psychiatric Association 1994).

La sottoscala Intrusione include 8 elementi relativi a pensieri intrusivi, incubi, sentimenti intrusivi e immagini associate all'evento traumatico. La sottoscala di Evitamento include 8 elementi relativi all'evitamento di sentimenti, situazioni e idee. La sottoscala Iperattività comprende 6 voci relative a difficoltà di concentrazione, rabbia e irritabilità, eccitazione psicofisiologica in seguito all'esposizione a promemoria e ipervigilanza. Il test aiuta a rilevare l'effetto dello stress senza particolari indicazioni sul tipo di esperienza traumatica a cui si riferisce (routine, trauma quotidiano o stress acuto). Allo stesso tempo, punteggi elevati su Evitamento, Intrusione e Iperattività suggeriscono l'esposizione a un evento traumatico.

Sintomi come invadenza, evitamento e iperattività sono segni evidenti di un fallimento nell'elaborazione dell'esperienza traumatica.



Dopo un evento traumatico, infatti, il sistema cognitivo cerca di elaborare le informazioni ad esso associate e non ancora integrate, arrivando a valutarle come incompatibili e minacciose per il proprio modello di sé e del mondo. Pertanto, la persona inizia a sperimentare i sintomi a livello cognitivo, comportamentale e fisiologico.

Come ulteriore elemento di valutazione della presenza di trauma, è possibile indagare qualsiasi stato dissociativo in generale, perdita di memoria, disconnessione dal corpo e dalla memoria fisica e quindi avere PTSD o altri sintomi, disforica, ecc., attraverso il test Dissociative Experiences Scale II - DES II.

Il DES-II è un'auto valutazione composta da 28 item sulle esperienze dissociative. La dissociazione è spesso considerata un meccanismo di difesa psicologica per le vittime di eventi traumatizzanti e la scala è di particolare utilità per misurare la dissociazione tra le persone con PTSD, disturbi dissociativi, disturbo borderline di personalità e persone con una storia di abuso. In effetti, i sintomi dissociativi possono essere considerati un indicatore transdiagnostico di coping disfunzionale; punteggi elevati sopra alla media sono associati a molti disturbi.

La scala inoltre può essere utilizzata durante il corso del trattamento per monitorare i progressi nel tempo. Il DES ha tre sottoscale:

1. Amnesia
2. Depersonalizzazione / derealizzazione
- 3 Dissociazione.

La vittima si ritrova a rivivere ripetutamente il momento del trauma attraverso contenuti mentali indesiderati e invadenti come, ad esempio, flashback, pensieri, ricordi paurosi o incubi ricorrenti legati all'evento. Le valutazioni delle informazioni relative al trauma irrompono così nella coscienza in modi diversi, portando la persona a sperimentare una paura intensa e una reattività fisiologica (battito cardiaco accelerato, sudorazione, tensione muscolare e nausea).

L'ipersensibilità ai segnali di pericolo porta ad essere costantemente in allerta, a vivere in uno stato di ipervigilanza e tensione che interferisce con la capacità di calmarsi, addormentarsi, concentrarsi. Di conseguenza, nel tentativo di evitare costantemente di rivivere il trauma, la persona si impegna in strategie di coping, inclusa l'evitamento di stimoli che richiamano, simboleggiano o sono in qualche modo associati all'evento traumatico (Yule 2000).



La strategia di evitamento può essere funzionale nel breve periodo, ma nel tempo può diventare sempre più problematica, perché, a livello comportamentale, porta la persona a ritirarsi dalle interazioni sociali, alla distanza dai luoghi abituali, a un cambiamento significativo delle proprie abitudini per non incorrere in stimoli che possono innescare sintomi di disturbo; a livello di esperienza interna, impedisce alla persona di elaborare esperienze traumatiche. Le informazioni raccolte durante il colloquio clinico orientato aiutano a comprendere la natura del trauma (un tipo di evento) e a localizzarlo nel tempo grazie alla narrazione.

Le informazioni raccolte durante il colloquio clinico orientato aiutano a comprendere la natura del trauma (un tipo di evento) e a localizzarlo nel tempo grazie alla narrazione.

Riconoscere la violenza subita (discriminazione, violenza fisica, minacce, ecc.) consente di avere una maggiore consapevolezza della propria condizione e rappresenta un momento di forte empowerment nell'avvio di percorsi di protezione e sicurezza. Proprio a questo scopo, il clinico può favorire l'insorgenza di atti di omofobia e transfobia, anche facilitando l'accesso delle persone LGBTI ai servizi preposti alla tutela e/o al supporto della denuncia di eventuali crimini o violenze subite.

La promozione della salute delle persone transgender non riguarda esclusivamente l'ambito clinico, ma richiede altresì un approccio globale che sappia intervenire anche a livello sociale, ossia intervenendo sulla matrice socioculturale su cui si basa lo stigma transnegativo. In quest'ottica risulta fondamentale la formazione non solo del personale delle istituzioni psico-socio-sanitarie, ma degli operatori di tutte le istituzioni pubbliche, come le agenzie educative e le pubbliche amministrazioni (Graglia, 2019).

Il documento allegato "Profilo psicologico" aiuta il clinico a strutturare un report che raccolga le principali informazioni sul processo di assistenza / supporto / consulenza avviato; può essere valido a supporto della denuncia di reati o violenze subite in quanto comprende un parere tecnico sulla compatibilità tra quanto dichiarato dalla persona e quanto emerso a livello clinico (interviste e test); può essere utilizzato per segnalare e informare le Forze dell'Ordine, il personale della Procura della Repubblica e servizi di supporto alle persone vittime di violenza, rispetto a specifiche tematiche LGBT (ospedali, servizi sociali, ecc.). (ALLEGATO 2).

Il modello proposto è suddiviso in sezioni. Il medico può descrivere in ciascuna sezione in base al caso, alle prove e alle osservazioni cliniche, come segue:



- raccolta di dati anamnestici;
- descrizione dell'ultimo episodio di violenza;
- descrizione del profilo della vittima;
- dichiarazione di compatibilità e prognosi;
- suggerimento per l'azione / invio.



5. Bibliografia

1. D'Augelli AR, Grossman AH, Starks MT. *Childhood gender atypicality, victimization, and PTSD among lesbian, gay, and bisexual youth*. *J Interpers Violence*. 2006;21(11):1462–1482.
2. Gilman SE, Cochran SD, Mays VM, Hughes M, Ostrow D, Kessler RC. *Risk of psychiatric disorders among individuals reporting same-sex sexual partners in the National Comorbidity Survey*. *Am J Public Health*. 2001;91(6):933–939.
3. Herek GM. *Hate crimes and stigma-related experiences among sexual minority adults in the United States: prevalence estimates from a national probability sample*. *J Interpers Violence*. 2009;24(1):54–74.
4. Weiss D, Marmar C (1997) In: Wilson P, Keane T (eds) *Assessing psychological trauma and post-traumatic stress disorder: a handbook for practitioners*. New York, Guilford Press. pp 399–411.
5. Moran LJ, Sharpe AN. *Violence, identity and policing: The Case of violence against transgender people*. *Criminal Justice*. 2004;4(4):395-417. doi:10.1177/1466802504048656
6. Tarynn M. Witten & A. Evan Eyler (1999) *Hate crimes and violence against the Transgendered*, *Peace Review*, 11:3, 461-468, DOI: 10.1080/10402659908426291
7. Lombardi, Emilia L. ,Wilchins, Riki Anne , Priesing, Dana and Malouf, Diana(2002) 'Gender Violence', *Journal of Homosexuality*, 42: 1, 89 — 101
8. Grant, J., Mottet, L., & Tanis, J. (s.d.). *Injustice at every turn: A report of the national transgender discrimination survey*. National Center for Transgender Equality.
9. Valerio, P., Scandurra, C., & Marasciano, P. (2016). *Una visione psico-sociale sulle varianze di genere: Tra invisibilità, stigma e risorse*, in “Disforie di genere. Attualità e prospettive” (Graglia M., Nadalin A. D. a cura), *Rivista di Sessuologia*, 40, 2.
10. Volpato, C. (2015-2016). *Oltre i confini di genere: l'esperienza di pregiudizio, discriminazione ed esclusione sociale delle persone transgender*.
11. Graglia M. (2019), *Le differenze di sesso, genere e orientamento, buone prassi per l'inclusione*. Carocci; Roma.
12. Graglia M. (2012), *Omofobia, strumenti di analisi e intervento*. Carocci, Roma.



ALLEGATI

1. VALUTAZIONE DELL'IMPATTO DELL'EVENTO

2. PROFILO PSICOLOGICO



Allegato 1 – VALUTAZIONE DELL'IMPATTO DELL'EVENTO

SCALA DI IMPATTO DELL'EVENTO-Rivista (IES-R)

(Impact of Event Scale – Revised; IES-R)

Nome e Cognome: _____

Codice (se richiesto): _____

Data: _____

Descriva brevemente l'evento traumatico:

ISTRUZIONI: la seguente è una lista di difficoltà che le persone hanno talvolta in seguito ad eventi stressanti della vita. Legga per favore ogni frase ed indichi quanto l'ha coinvolta ognuna delle difficoltà in questione relativamente agli ultimi sette giorni.

Quanto è stato coinvolto da queste difficoltà?

	Per niente	Un po'	Moderatamente	Molto	Estremamente
1. Ogni cosa che me lo ricordava mi faceva vivere emozioni relative ad esso	0	1	2	3	4
2. Ho avuto difficoltà a restare addormentato	0	1	2	3	4
3. Altre cose hanno continuato a farmi pensare	0	1	2	3	4
4. Mi sono sentito irritabile ed arrabbiato	0	1	2	3	4
5. Ho evitato di lasciarmi sconvolgere quando ci ho pensato o mi è stato ricordato	0	1	2	3	4
6. Ci ho pensato senza averne l'intenzione	0	1	2	3	4
7. Ho avuto la sensazione che non fosse successo o non fosse reale	0	1	2	3	4



8. Sono stato lontano da cose che potevano ricordarmelo	0	1	2	3	4
9. Le immagini di esso mi entravano nella mia mente all'improvviso	0	1	2	3	4
10. Sono stato nervoso e mi sono spaventato facilmente	0	1	2	3	4
11. Ho cercato di non pensarci	0	1	2	3	4
12. Sono stato consapevole di avere ancora molte emozioni su di esso, ma non sono riuscito a gestirle	0	1	2	3	4
13. Le mie emozioni riguardo ad esso sono state una specie di intontimento	0	1	2	3	4
14. Mi sono ritrovato a comportarmi o a provare emozioni come se fossi ritornato indietro al momento	0	1	2	3	4
15. Ho avuto difficoltà ad addormentarmi	0	1	2	3	4
16. Ho provato ondate di forti emozioni relative ad esso	0	1	2	3	4
17. Ho cercato di rimuoverlo dalla memoria	0	1	2	3	4
18. Ho avuto difficoltà a concentrarmi	0	1	2	3	4
19. Cose che me lo hanno fatto ricordare mi hanno provocato reazioni fisiche come sudorazione, difficoltà a respirare, nausea o accelerazione del cuore.	0	1	2	3	4
20. Ho fatto sogni su di esso	0	1	2	3	4
21. Mi sono ritrovato ad essere guardingo e vigilante rispetto all'ambiente o alle persone	0	1	2	3	4
22. Ho cercato di non parlarne	0	1	2	3	4



SCORING SCALA IES-R

Subscala Evitamento = media degli items 5,7,8,11,12,13,17,22

Subscala Intrusività = media degli items 1,2,3,6,9,14,16,20

Subscala Iperarousal = media degli items 4,10,15,18,19,21

Punteggio medio totale IES-R Somma delle medie delle 3 subscale

Il massimo punteggio medio di ognuna delle 3 subscale è 4, quindi il punteggio medio totale massimo della scala IES-R è 12. Bassi punteggi sono migliori. Un punteggio totale alla IES-R di 33 o superiore su un punteggio massimo di 88 significa la probabile presenza di un PTSD.

Weiss, D.S. (2007). The Impact of Event Scale-Revised. In J.P. Wilson, & T.M. Keane (Eds.) *Assessing psychological trauma and PTSD: a practitioner's handbook* (2nd ed., pp. 168-189). New York: Guilford Press.

Revised Impact of Event Scale (22 domande):

La versione rivisitata dell'*Impact of Event Scale* (IES-r) ha sette domande aggiuntive e un range di scoring da 0 a 88.

In questo test, punteggi che superano 24 possono essere abbastanza significativi. Punteggi alti hanno le seguenti associazioni.

Punteggio (IES-r) Conseguenza

24 o più	PTSD è una preoccupazione clinica. Quelli con punteggi di questo livello non hanno un pieno PTSD, hanno un parziale PTSD o almeno qualcuno dei sintomi.
33 e oltre	Questo rappresenta il migliore cutoff per una probabile diagnosi di PTSD. ⁷
37 o più	Questo è abbastanza per sopprimere il funzionamento del sistema immunitario (anche 10 anni dopo un evento di impatto).

IES-R è davvero utile nel misurare l'influenza dello stress della routine nella vita, i traumi giornalieri e lo stress acuto.

Riferimenti:

1. Horowitz, M. Wilner, N. & Alvarez, W. (1979). *Impact of Event Scale: A measure of subjective stress*. *Psychosomatic Medicine*, 41,209-218.



2. Weiss, D.S., & Marmar, C.R. (1997). *The Impact of Event Scale-Revised*. In J.P. Wilson & T.M. Keane (Eds.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (pp.399-411). New York: Guilford.
3. Hutchins, E. & Devilly, G.J. (2005). *Impact of Events Scale*. Victim's Web Site. <http://www.swin.edu.au/victims/resources/assessment/ptsd/ies.html>
4. Coffey, S.F. & Berglind, G. (2006). *Screening for PTSD in motor vehicle accident survivors using PSS-SR and IES*. *Journal of Traumatic Stress*. 19 (1):119-128.
5. Neal, L.A., Walter, B., Rollins, J., et al. (1994). *Convergent Validity of Measures of Post-Traumatic Stress Disorder in a Mixed Military and Civilian Population*. *Journal of Traumatic Stress*. 7 (3):447-455.
6. Asukai, N. Kato, H. et al. (2002). *Reliability and validity of the Japanese-language version of the Impact of event scale-revised (IES-R-J)*. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 190 (3): 175- 182.
7. Creamer, M. Bell, R. & Falilla, S. (2002). *Psychometric properties of the Impact of Event Scale- Revised*. *Behaviour Research and Therapy*. 41:1489-1496.
8. Kawamura, N. Yoshiharu, K. & Nozomu, A. (2001) *Suppression of Cellular Immunity in Men with a Past History of Post Traumatic Stress Disorder*. *American Journal of Psychiatry*. 158.



Allegato 2 – PROFILO PSICOLOGICO

PROFILO PSICOLOGICO

Raccolta dati anamnestici

Descrizione episodio/i traumatici

Descrizione del profilo della vittima

Compatibilità narrazione con gli elementi critici

Suggerimenti d'intervento/invio