

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

DELIVERABLE 2.1

BACKGROUND TEORICO

CLIENTI TRANSGENDER

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 tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia





SWITCH team:

Aragón A. M.; Baione, M.; Bonvicini, F.;
Brando-Garrido, C.; Campanino, M.;
Cardoner N.; Casoni, C.; Caterino, 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 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 PROJECT - 2020



BACKGROUND TEORICO

CLIENTI TRANSGENDER - LINEE GUIDA DI BASE

Index

INTRODUZIONE	5
1. IDENTITÀ TRANSGENDER	6
QUANTE PERSONE TRANSGENDER CI SONO?	6
DIAGNOSI MEDICA	6
COMING OUT	7
TRANSIZIONE	9
TRANSIZIONE SOCIALE	10
TRANSIZIONE LEGALE (RICONOSCIMENTO LEGALE DEL GENERE)	10
TRANSIZIONE FISICA	12
TRANSFOBIA	13
GATEKEEPING	14
1.1 LA DIFFERENZA TRA PERSONE TRANSGENDER E INTERSESSUALI	15
INTERSESSUALI	15
DEFINIZIONE DI INTERSESSUALE	15
QUANTO SONO COMUNI LE PERSONE INTERSESSUALI?	16
INTERVENTI MEDICI INTERSESSUALI	16
2. TERMINI E DEFINIZIONI DI BASE	17
3. RACCOMANDAZIONI GENERALI PER I PROFESSIONISTI IN CONTATTO CON I CLIENTI TRANSGENDER	
3.1 CONOSCENZA E CONSAPEVOLEZZA DEI PROFESSIONISTI COINVOLTI	24
3.2 SVILUPPO ATTRAVERSO IL CICLO DI VITA DELLE PERSONE TRANSGENDER	26
BAMBINI	26
ADOLESCENTI	27
CLIENTI ANZIANI	27



3.3 TRATTARE I CLIENTI TRANSGENDER	28
IN BREVE: RACCOMANDAZIONI GENERALI	28
QUALE NOME EPRONOM EUSARE?	29
DOPO IL COMINGOUT	29
FARE DOMANDE INTIME SOLO QUANDO NECESSARIO	30
CONOSCERE I PROPRI LIMITI	30
4. APPROCCI PSICOTERAPEUTICI APPLICABILI	30
4.1. APPROCCI OLISTICI, MODELLI "TOP-DOWN" E "BOTTOM UP"	31
4.2. METODI DI AUTO-AIUTO, GRUPPI DI SUPPORTO E COUNSELING	40
4.3. PRINCIPI DI CURA CENTRATI SUL CLIENTE	42
4.4. DOMINI DEL BENESSERE	44
5. MAPPATURA DELLE MIGLIOR PRATICHE TERAPEUTICHE DEL PROGETTO SWITCH IN TRE PAESI PARTNER	
SELEZIONE DEI TEMI PIÙ IMPORTANTI NELLA PRATICA TERAPEUTICA	45
6. CONCLUSIONE	48
APPENDICE-MAPPATURA DELLE MIGLIOR PRATICHE TERAPEUTICHE IN TRE PAESI PARTNER	
REPUBBLICA CECA	50
ITALIA	52
SPAGNA	58
BIBLIOGRAFIA	64



INTRODUZIONE

Questo rapporto sulle linee guida di base è stato redatto nell'ambito del progetto SWITCH (sostenere il benessere e l'integrazione delle vittime transgender in ambienti assistenziali con un approccio olistico).

Lo scopo delle linee guida è fornire punti di partenza teorici condivisi per il progetto SWITCH definendo e unificando i termini e i concetti relativi alle persone transgender, non binarie e intersessuali e al loro benessere psicologico nei tre paesi partecipanti dell'UE.

Successivamente, si propone che tali principi e approcci terapeutici adeguati vengano integrati nella metodologia formativa e applicati in contesti terapeutici e medici.

Questo testo servirà come guida di base utilizzata come struttura per fornire terapie informate e di qualità e altre cure mediche correlate per il gruppo target - persone transgender e intersessuali.

A causa della scarsa accettazione sociale, dei potenziali ostacoli durante il processo di transizione e di un alto grado di discriminazione nei confronti delle persone transgender e intersessuali, questo gruppo di genere differente è esposto a stress a lungo termine e ad alto rischio di problemi di salute mentale. I tassi di comportamenti suicidari (circa il 60%) e di autolesionismo (circa il 50%) tra la popolazione transgender sono eccessivamente alti rispetto alla popolazione generale, o addirittura rispetto ai clienti LGB. Sfortunatamente, l'assistenza terapeutica di qualità e il supporto per il benessere mentale dei membri del gruppo target spesso non sono disponibili o sono di difficile accesso. Le attuali linee guida teoriche e la successiva formazione pratica forniranno la metodologia e gli strumenti per avvicinarsi ai clienti transgender e intersessuali garantendo supporto e servizi ben informati.



Il rapporto è destinato alla medicina e ad altri settori, ai professionisti della salute mentale e come materiale di riferimento per i decisori politici.

1. IDENTITÀ TRANSGENDER

Transgender è un termine usato per descrivere le persone la cui identità di genere è diversa dal sesso assegnatogli alla nascita. L'identità di genere è interna a una persona, è la sensazione personale di essere un uomo o una donna (o un ragazzo o una ragazza).

L'identità di genere di alcune persone non si adatta perfettamente a queste due scelte. Per le persone transgender, il sesso assegnato alla nascita e la propria identità di genere interna non corrispondono (GLAAD, 2018).

QUANTE PERSONE TRANSGENDER CI SONO?

Non c'è un grande consenso sul numero di persone transgender. Mancano statistiche chiare per diversi motivi, incluso il fatto che molte persone trans non sono dichiarate (sia prima che dopo la transizione). In passato, le stime si basavano principalmente sui dati provenienti da professionisti della salute che indicavano il numero di persone che avevano subito un intervento chirurgico di riassegnazione del sesso o erano sottoposte a trattamento ormonale.

Tuttavia, tali stime non tengono conto delle persone transgender che non si sottopongono a interventi chirurgici di riassegnazione o altri trattamenti sanitari.

Secondo diversi sondaggi, il numero di persone trans sarebbe compreso tra lo 0,3% e l'1-4% (Amnesty International, 2014).



DIAGNOSI MEDICA

L'ente sanitaria delle Nazioni Unite ha approvato una soluzione per rimuovere il "Disturbo dell'identità di genere" dal suo manuale mondiale di diagnosi, che, secondo l'"Human Rights Watch", avrà un effetto liberatorio sulle persone transgender in tutto il mondo (Nazioni Unite, 2019).

Nella versione recentemente rivista della Classificazione internazionale delle malattie (ICD-11) dell'OMS, i "Disturbi dell'identità di genere" sono stati riformulati come "Incongruenza di genere".

L'incongruenza di genere è definita come un'incongruenza marcata e persistente tra il genere sperimentato di una persona e il sesso assegnato. La non conformità di genere è ora inclusa in un capitolo sulla salute sessuale, non più elencata tra i disturbi della salute mentale (WHO, 2019)

Questo progresso è in linea con gli sforzi per depatologizzare le persone transgender e di genere non conformi e le loro situazioni.

COMING OUT

Possiamo distinguere due fasi del coming out: interna ed esterna. Non è raro che alcune persone transgender passino anni o addirittura decenni prima di decidere di uscire pubblicamente.

La consapevolezza di essere una persona transgender può richiedere da pochi istanti a diversi decenni. Le persone transgender di solito hanno la sensazione nelle prime fasi della loro vita che il sesso assegnato non sia sincronizzato con il loro ruolo sociale, o si sentano fisicamente a disagio.

L'auto-realizzazione è un processo estremamente complicato. In una persona che mette in dubbio il proprio genere si può innescare un'intensa negazione o, a causa dei vincoli sociali, si possono ignorare consciamente o inconsciamente i segni che indicano il proprio transgenderismo.



Le persone transgender variano notevolmente nella scelta del se, come e quando rivelare il proprio status di transgender a familiari, amici intimi e altri. La prevalenza della discriminazione e della violenza contro le persone transgender può rendere il coming out una decisione rischiosa.

La paura di comportamenti di ritorsione, come essere allontanati dalla casa dei genitori, può influenzare la decisione di una persona transgender nel non dichiararsi affatto alle proprie famiglie, o di aspettare fino a quando non hanno raggiunto la propria indipendenza in età adulta.

I genitori che sono confusi o che rifiutano l'identità appena rivelata dal figlio transgender possono trattare ciò come una "fase" o tentare di riconvertire i loro figli alla "normalità".

Una ricerca condotta nel 2018 dall'organizzazione ceca Transparent z.s., nella comunità transgender ceca, ha indicato che le reazioni meno positive al coming out provenivano dai genitori (44% delle reazioni negative; il 28% delle reazioni positive provenivano dai padri e il 36% dalle madri).

Al contrario, le reazioni maggiormente positive provenivano dagli amici (73% delle reazioni positive), seguite dai coniugi o partner (62%) (Pavlica et al., 2018).

I dati scientifici sull'atteggiamento dei professionisti sanitari indicano che non si può presumere che i professionisti forniranno un'assistenza adeguata ed empatica.

Secondo Chapman et al. (2012), le famiglie LGBT che cercano assistenza sanitaria per i loro figli sono riluttanti a rivelare il loro orientamento sessuale ai professionisti sanitari, poiché non credono di essere assistite allo stesso modo delle famiglie eteronormative. Ciò rafforza l'importanza di utilizzare modelli di cura olistici incentrati sulla cura della persona e sulle caratteristiche di ogni sistema familiare. (Chapman et al, 2012).

Jenner (2010) afferma che è necessario proporre una revisione dei protocolli sanitari e adattarli ai bisogni di questa popolazione. Per questo autore, prendersi cura dei transgender richiede la conoscenza delle



riassegnazioni anatomiche, degli effetti della terapia ormonale e anche delle particolari sensibilità culturali della specifica comunità di identità di genere.

La qualità dell'assistenza sanitaria può essere determinata dall'importanza data alla sensibilità culturale, al cambiamento delle politiche istituzionali e all'integrità professionale (Jenner et al., 2010).

Carlström e Gabrielsson (2020) hanno studiato le esperienze dei clienti transgender negli incontri con il personale sanitario. Lo studio ha concluso che è importante riconoscere che le persone transgender sono profondamente vulnerabili e la loro dignità viene spesso violata quando ricevono cure mediche. Per questo motivo, Carlström e Gabrielsson insistono sul fatto che il personale sanitario può svolgere un ruolo centrale nell'agevolare e incoraggiare i clienti transgender. I professionisti sanitari possono contribuire a ristabilire e mantenere la fiducia delle persone transgender nell'assistenza sanitaria accettando le identità dei clienti trans e concentrandosi sui loro bisogni sanitari. (Carlström et al, 2020).

Secondo Sedlak, Veney e Doheny (2016), sebbene le questioni relative agli individui transgender (TI) siano ora discusse più apertamente dal grande pubblico, i professionisti sanitari spesso esprimono un disagio nell'interagire con i TI perché non sono stati istruiti alla cura dei TI e le loro cure sono spesso basate su stereotipi insensibili. (Sedlak et al, 2016).

TRANSIZIONE

I clienti che si identificano trans spesso intendono sottoporsi a un processo di transizione, il che significa acquisire l'aspetto visivo, le caratteristiche fisiche e i ruoli sociali al fine di uniformarsi con l'identità di genere di una persona. Questo si può dividere in tre componenti:

- Fisico: terapia ormonale sostitutiva (HRT), modifiche chirurgiche (chirurgia di riassegnazione del sesso - SRS o chirurgia di



riassegnazione di genere - GRS).

- Legale: modifica dell'indicatore di genere legale e del nome legale.
- Sociale: cambio di nome e pronomi; regolare il proprio aspetto esteriore; svolgere il ruolo di genere desiderato.

TRANSIZIONE SOCIALE

L'aspetto più difficile del processo di transizione è l'aspetto sociale. Il cambiamento sociale significa che una persona trans deve passare visibilmente e pubblicamente da un ruolo di genere a un altro. Le persone trans potrebbero subire un cambiamento dello stato sociale; ad esempio, le donne trans potrebbero scoprire che le tariffe salariali nella loro professione sono ridotte.

Anche le aspettative degli altri possono cambiare. Più una persona è anziana e più ruoli sociali ricopre, più complicata è la transizione. In casi estremi, una persona può trovarsi in isolamento sociale. Come accennato in precedenza, si raccomanda quindi che i clienti transgender abbiano un accesso sufficiente al supporto psicologico professionale durante questo periodo.

TRANSIZIONE LEGALE (RICONOSCIMENTO GIURIDICO DEL GENERE)

Trenta paesi in Europa hanno procedure legali rigorose, alcuni dei quali richiedono espressamente che alle persone trans venga diagnosticato un disturbo psicologico e siano quindi valutati da professionisti della salute mentale, che siano sottoposti a sterilizzazione e altri interventi medici, di divorziare o essere single prima di poter cambiare il proprio nome e ottenere il



riconoscimento legale del genere. Tutte queste procedure sono costose e richiedono tempo e molte sono discutibili nella loro efficacia.

Il riconoscimento di genere ha delle conseguenze oltre ad essere un atto amministrativo: è essenziale per molte persone trans essere in grado di vivere una vita dignitosa. Tali requisiti arbitrari e potenzialmente discriminatori, o una totale mancanza di legislazione, significano che in termini pratici i clienti trans non hanno alcuna protezione e possono essere danneggiati nei vari processi; ad esempio, molte persone trans in quei paesi devono portare con sé documenti che non corrispondono alla loro identità di genere e devono utilizzare questi documenti quotidianamente per scopi di autoidentificazione in ogni sfera sociale.

Ciò lascia i clienti trans impotenti nella scelta di quando e come dichiararsi ed esposti al bullismo, alla discriminazione, alla violenza e altro nelle loro attività quotidiane come andare al lavoro, andare all'ufficio postale, fare la spesa o vedere un dentista.

Il requisito della sterilizzazione forzata è invasivo, disumano e ingiusto, rimuovendo l'autodeterminazione e l'autonomia dei clienti trans e causando potenzialmente tensione mentale per chi ancora spera di essere un genitore, per non parlare delle potenziali complicazioni in chirurgia, problemi di salute inutili e ulteriori cambiamenti ormonali. Il requisito di divorziare o mantenere lo stato di single (anche quando il coniuge del cliente trans è d'accordo e sostiene il cambiamento di genere) può rompere le famiglie e distruggere la rete di supporto primaria di un cliente trans. Tutti questi processi possono compromettere la sicurezza del lavoro o l'esperienza professionale di un cliente trans, dato il lungo tempo necessario per assolvere tutti i passaggi.

Tali requisiti arbitrari e infondati violano la dignità, l'integrità fisica, il diritto di una persona a formare una famiglia e il diritto di essere esente da trattamenti degradanti e disumani.

Alcuni paesi progressisti offrono un modello di autodeterminazione (Belgio, Danimarca, Irlanda, Lussemburgo, Malta, Norvegia e Portogallo) in



cui i candidati possono essere formalmente riconosciuti nel loro genere preferito senza l'obbligo di soddisfare i requisiti medici, di stato civile o di età.

TRANSIZIONE FISICA

Questa è la parte più visibile della transizione e per la maggior parte delle persone un simbolo o sinonimo di transizione in quanto tale.

Non tutte le persone trans sono automaticamente interessate a tutti gli interventi chirurgici disponibili - in generale, più forte è la disforia, maggiore è l'interesse per gli interventi chirurgici.

Ogni paese legifera la transizione in modo diverso, quindi è consigliato familiarizzare con le procedure del proprio paese. In ogni caso, il processo deve iniziare con una decisione personale di transizione, spinta dalla sensazione che la propria identità di genere non corrisponda alle norme / ruoli culturali attribuiti al sesso assegnato alla nascita.

In alcuni paesi, è necessario effettuare una diagnosi e una serie di esami medici (endocrinologici, interni, psicologici, ecc.) prima di iniziare l'HRT (terapia ormonale sostitutiva) o l'SRS (chirurgia di riassegnazione del sesso).

Parte integrante della diagnosi è il cosiddetto Test di Vita Reale, in cui una persona deve esercitarsi a vivere nel ruolo del genere con cui si identifica per qualche tempo prima di sottoporsi alla SRS. Questa esperienza può causare ulteriore stress alle persone trans.

Dopo la terapia ormonale sostitutiva, una persona inizia a cambiare fisicamente (e spesso mentalmente), ciò è associato a frequenti esperienze di coming out e a numerosi rischi come perdere il lavoro, conflitti con familiari, amici o conoscenti e altro ancora.

È raccomandato che la persona in fase di transizione abbia abbastanza sostegno intorno a sé (buoni amici e / o qualche aiuto psicologico professionale) durante questo periodo.



Come citato sopra, in alcuni paesi (ad esempio, la Repubblica Ceca) coloro che vogliono cambiare legalmente il loro genere devono comunque essere sottoposti a sterilizzazione chirurgica forzata.

La chirurgia di riassegnazione di genere (GRS) prevede gli interventi di femminilizzazione e mascolinizzazione.

Un'anatomia tipicamente femminile di genere può richiedere uno o una serie di interventi chirurgici di femminilizzazione, tra cui orchiectomia, vaginoplastica, mastoplastica additiva femminilizzante, intervento di femminilizzazione facciale, plastica di riduzione del pomo d'Adamo (rasatura tracheale) e chirurgia di femminilizzazione vocale, tra gli altri.

Un'anatomia tipicamente maschile di genere può richiedere uno o più interventi di mascolinizzazione, inclusi interventi di mascolinizzazione del torace (chirurgia superiore), isterectomia, falloplastica, metoidioplastica e scrotoplastica.

TRANSFOBIA

Transfobia è un termine usato per descrivere l'intensa avversione o il pregiudizio nei confronti delle persone transgender, di genere diverso e intersessuali. La transfobia può manifestarsi in due modi principali: attiva (agendo intenzionalmente contro persone di genere diverso) o passiva (non riconoscere o consentire il fatto che esista la varianza di genere) (Young Scot, n. D., Galop, n. D.).

Può volerci del tempo prima che gli altri intorno alla persona trans si abituino a usare i nuovi pronomi. Gli errori sono comprensibili, ma negare volutamente l'identità di una persona trans utilizzando i pronomi sbagliati ("misgendering") o il nome precedente ("deadnaming") è una forma di transfobia che ha dimostrato effetti psicologici negativi sulla persona trans. La transfobia si manifesta anche attraverso la discriminazione, come impedire a



una persona trans di usare il bagno o rifiutare loro i servizi o il lavoro in base alla propria identità trans. Più gravemente, la transfobia può portare a incitamento all'odio o persino violenti crimini d'odio. Ogni anno vengono segnalati a livello globale numerosi attacchi transfobici e omicidi di persone transgender.

La mancanza di azioni penali in questi casi, l'ascesa di movimenti socio-politici estremisti e intolleranti e di leggi emanate contro i diritti dei transgender mettono in pericolo direttamente e indirettamente la vita delle persone trans. La mancanza di reti di supporto ufficiali può aggravare questa situazione.

GATEKEEPING

Il gatekeeping avviene più comunemente in campo medico, dove i medici possono controllare il decorso della transizione di un cliente transgender o negarlo del tutto.

Le argomentazioni dei gatekeeper medici si basano sulla convinzione che le persone transgender non siano in grado di determinare le proprie identità e debbano sottoporsi a mesi o addirittura anni di terapia prima di poter effettuare la transizione. Alcuni gatekeeper affermano che le diagnosi o i problemi psicologici sono il motivo per ritardare o negare la transizione. I problemi psicologici dei clienti trans sono spesso causati dalla loro disforia corporea e dallo stress di passare la vita con la sensazione di essere del sesso sbagliato, quindi la loro mancanza di potere nel processo di transizione può avere un ulteriore impatto negativo sulla loro salute mentale.

Tale gatekeeping è una forma di transfobia, poiché l'insistenza del ruolo medico sulla perizia nega la libertà di decisione dei clienti trans nelle loro vite. La transizione, nel complesso, non è un processo semplice, facile o piacevole.

Uomini effeminati, donne mascoline e altri che potrebbero pensare



che la loro vita sarebbe più semplice se appartenessero “all'altro” genere non cambiano sesso. Coloro che scelgono di realizzare la transizione agiscono partendo da un bisogno profondo e da una lunga e complessa considerazione (Wikipedia, n. D.)

1.1 LA DIFFERENZA TRA PERSONE TRANSGENDER E INTERSESSUALI

INTERSESSUALE

Abbiamo stabilito che transgender significa che la propria identità di genere è incongruente con il sesso assegnato alla nascita. Intersex significa che una persona nasce con un numero di caratteri sessuali non adeguati alle definizioni specifiche di femmina o maschio. Alcune persone intersexuali sperimentano la disforia di genere e si identificano anche come transgender, ad esempio quando sono state introdotte alla società con un sesso e un genere e scoprono poi durante la pubertà (o prima) che esprimono caratteri sessuali del genere “altro” in più o invece di quelli presunti al sesso e al genere con il quale sono stati socializzati.

DEFINIZIONE DI INTERSESSUALE

Intersessualità è un termine ombrello relativo a varie situazioni in cui una persona nasce con caratteri sessuali primari e/o secondari che non sono definibili come esclusivamente maschili o femminili.

Ad esempio, una persona che sembra una donna all'esterno può avere un'anatomia tipicamente maschile all'interno; una ragazza con un clitoride grande, o senza apertura vaginale, o un ragazzo che nasce con un pene molto piccolo, o con uno scroto diviso che può somigliare alle labbra



vaginali. Si può nascere quindi con un mosaico genetico, con un mix dei propri cromosomi XX e XY (Intersex Society of North America, n. d.).

Intersex è un termine generale usato per descrivere un'ampia gamma di variazioni corporee naturali. In alcuni casi, i tratti intersessuali sono visibili alla nascita mentre in altri non sono evidenti fino alla pubertà. Alcune variazioni cromosomiche inter-sessuali potrebbero non essere affatto fisicamente evidenti (Office of the High Commissioner for Human Rights, 2015).

QUANTO SONO COMUNI LE PERSONE INTERSESSUALI?

Fino all'1,7% delle nascite umane (1 su 60) può essere intersessuale, comprese le variazioni che potrebbero non essere evidenti all'inizio. I bambini con genitali che non possono essere facilmente classificati come maschi o femmine possono essere circa 1 su 1.500 (Fausto-Sterling, 2000).

INTERVENTI MEDICI INTERSESSUALI

Dagli anni '20, i chirurghi hanno tentato di "porre rimedio" a una gamma crescente di condizioni. Negli anni '50, un team di medici specialisti presso la Johns Hopkins University (USA) sviluppò quello che è stato definito il sistema di "genere ottimale di allevamento" per il trattamento di bambini con variazioni intersessuali. Il team di Hopkins credeva che qualsiasi bambino potesse essere trasformato in una ragazza o un ragazzo "reale" con un'assegnazione di genere precoce, alterando i loro corpi e convincendo loro e i genitori a credere e ad agire in conformità con l'assegnazione di quel genere. Con la diffusione del modello Hopkins in tutto il mondo, i chirurghi hanno eseguito interventi chirurgici genitali su bambini intersessuali senza il loro consenso, ritenendo che fosse necessario ed efficace (Wikipedia, 2020).



Sfortunatamente, in molti paesi, i bambini con genitali ambigui sono ancora costretti a subire un intervento chirurgico per essere legalmente riconosciuti come femmine o maschi, anche se per la maggior parte la loro condizione non è pericolosa per la vita.

Si dice che per i chirurghi sia più facile "scavare una buca" che "costruire un palo", quindi alla maggior parte dei bambini intersessuali viene assegnato il genere femminile alla nascita. Sono ancora pochi i paesi che hanno previsto il riconoscimento legale delle persone intersessuali (Germania, Austria, Nuova Zelanda, Australia, Malta, India e Canada).

Il riconoscimento legale delle persone intersessuali riguarda, in primo luogo, il loro accesso agli stessi diritti degli altri uomini e donne; in secondo luogo, il loro diritto di richiedere modifiche amministrative ai documenti legali quando la loro assegnazione sessuale originale è ritenuta inappropriata; e in terzo luogo, mentre gli schemi di opt-in potrebbero aiutare alcuni individui, il riconoscimento legale non riguarda la creazione del terzo sesso o la classificazione di genere per le persone intersessuali come gruppo, ma il riconoscimento della loro autodeterminazione (Asia Pacific Forum of National Human Rights Institutions, 2016).

2. DEFINIZIONI E TERMINI DI BASE

- **Sesso** – una definizione strettamente biologica, basata su determinati set/insiemi di caratteristiche fisiche, tipicamente separate nelle categorie di "maschio" e "femmina".
- **Sesso assegnato alla Nascita**– il sesso assegnato alla nascita si riferisce al sesso (maschio o femmina) attribuito a un bambino/a alla nascita dal personale medico in base a determinati set/insiemi di caratteristiche fisiche (genitali, cromosomi, gonadi, ormoni, ecc.). Può anche essere indicato come sesso alla nascita, sesso biologico o sesso



natale.

- **Genere** – ruoli socialmente o culturalmente costruiti con cui le persone in una società si identificano, in base alla loro identità di genere; tali ruoli variano storicamente e geograficamente e sono associati a determinati aspetti fisici, espressioni e aspettative.
- **Identità di genere** – l'interpretazione e la categorizzazione di una persona nel proprio genere, nel quale trova una comoda definizione di se stesso, espressa attraverso le interazioni con altre persone.
- **Persone Trans (gender)**– persona la cui identità di genere è incongruente con il sesso che è stato assegnato alla nascita. I termini "trans" e "transgender" sono usati esclusivamente come aggettivi.
- **Donna Trans (gender)** – una donna nata con caratteristiche sessuali maschili, Assegnata Maschio alla Nascita (AMAN) e non si identifica con il ruolo sociale di un uomo. A volte le donne trans sono anche chiamate MtF (da maschio a femmina), sebbene questo termine semplifichi eccessivamente il processo.
- **Uomo Trans (gender)** – un uomo che è nato con caratteristiche sessuali femminili, Assegnato Femmina alla Nascita (AFAN) e non si identifica con il ruolo sociale di una donna. Gli uomini trans sono a volte indicati come FtM (da femmina a maschio), sebbene questo termine semplifichi eccessivamente il processo.
- **Transessuale** – termine storico, oggi ampiamente considerato superato, relativo alla precedente diagnosi medica di transessualismo che è stata sostituita dalla diagnosi di "incongruenza di genere".
- **Transessualismo, Transessualità** – una diagnosi medica che rientra nei disturbi mentali, codificati F64.0 nelle versioni precedenti dell'International Classification of Diseases (ICD). Questa diagnosi è stata sostituita da quella di Incongruenza di Genere, non più classificata come disturbo mentale, ma come condizione legata alla



salute sessuale.

- **Incongruenza di Genere** – una diagnosi medica che sostituirà il Transessualismo / Disturbo dell'identità di genere nell'ICD a partire dal 2022. Indica lo spostamento nella prospettiva dalla categoria del disturbo mentale e si focalizza sull'aspetto sociale della condizione transgender oltre a quella fisica.
- **Persona Cis (gender)** – una persona la cui identità di genere è in linea con il sesso assegnato alla nascita, ad esempio una persona assegnata come maschio alla nascita, è stata cresciuta come un uomo e si considera un uomo.
- **Intersessuale** – un termine generale usato per una varietà di condizioni in cui una persona nasce con caratteri biologici che non si adattano alle definizioni specifiche di femmina o maschio.
- **Persone Non Binarie, Genere Differente, o Queer** – coloro il cui senso interno di genere non rientra nel genere binario (femminile / maschile); Le persone non binarie sono estremamente diverse in termini di identità e possono essere fluide o fisse in termini di genere; questi possono includere:
 - **Bigenere** – una persona la cui identità cambia tra femminile e maschile a seconda del contesto o della situazione.
 - **Persona dal Genere Fluido** – una persona la cui identificazione di genere muta o cambia.
 - **Androgena** – persona la cui identità non è né femminile né maschile, che presenta un genere misto o neutro.
 - **Pangender** – una persona la cui identità è composta da tutte le identità di genere.
 - **Agender** – una persona che non ha un senso personale di identità di genere.
 - **Genderless** – una persona che non si identifica con alcun genere.



- **Genere non conforme** – una persona la cui espressione di genere non è conforme alle aspettative della società di femminile o maschile.
- **TwoSpirit** – una persona che ricopre i ruoli di entrambi i sessi; tradizionalmente utilizzato nelle culture dei nativi americani, ma il termine viene utilizzato anche come termine generico per "terzi generi" in altre culture.
- **Travestito, Cross-dresser, DragQueen/King** – non rientra nell'attuale significato di "transgender", in quanto denota una persona che preferisce gli stili di abbigliamento e l'espressione di genere di un altro genere o che si veste di un altro genere per il divertimento o la performance personale.
- **Disforia** – sentimenti negativi associati alle proprie caratteristiche fisiche, vissuti dalla maggior parte delle persone trans in misura maggiore o minore.
- **Transizione** – il processo di acquisizione delle caratteristiche visive, fisiche e del ruolo sociale che è in accordo con l'identità di genere di una persona:
- **Fisica** – terapia ormonale sostitutiva, cambiamenti chirurgici, chirurgia di riassegnazione del sesso - SRS o chirurgia di riassegnazione di genere – GRS.
- **Legale** – cambio di indicatore di genere legale e nome legale, altri indicatori di genere come le cifre nei numeri di identificazione nazionale che indicano il sesso.
- **Sociale** – cambio di nome e pronomi; regolazione dell'espressione visiva; svolgere il ruolo di genere desiderato.
- **RCS (Riconversione Chirurgica di Sesso) - RCG (Riconversione Chirurgica di Genere)** – chirurgia di riassegnazione del sesso, chirurgia di riassegnazione di genere
- **TOS** – terapia ormonale sostitutiva durante la transizione



- **Test Di Vita Reale (Real-LifeTest-RLT) -Real-LifeExperience (RLE)**–requisito medico comune per i clienti trans per dimostrare di essere in grado di vivere nel loro autentico ruolo di genere. La durata può variare da un paio di mesi ad anni. Mentre per molte persone questa pratica può essere utile, per altri pone rischi e stress inutili.
- **Riconoscimento legale del genere** - la procedura ufficiale per modificare il nome e l'identificativo di genere di una persona che effettua il trasferimento nei registri ufficiali e in documenti quali certificato di nascita, carta d'identità, passaporto o patente di guida. In alcuni paesi, è impossibile per una persona transgender avere il proprio genere riconosciuto dalla legge. In altri paesi, la procedura può essere lunga, difficile e umiliante.
- **Passaggio** – fase nella quale la persona inizia ad essere percepita e accettata da altre persone in modo coerente con la propria identità di genere.
- **Misgendering** - riferirsi a persone usando pronomi o linguaggi di genere sbagliati (può accadere per errore, negligenza o ricerca di confronto); collegato a **Deadnaming** (utilizzando il vecchio nome di qualcuno).
- **Autodeterminazione** – il diritto intrinseco di dichiarare il proprio genere e fare scelte per identificarsi nel proprio modo autentico di espressione.
- **Transfobia** – la paura o l'odio delle persone trans, spesso espressi sotto forma di attacchi verbali o fisici (insulti, conflitto, aggressione).
- **Gatekeeping** – qualsiasi requisito che controlli l'accesso alle risorse per le persone transgender; spesso utilizzato per quanto riguarda la transizione medica e legale, dove ci sono rigidi requisiti formali che i clienti trans devono soddisfare affinché la propria transizione sia riconosciuta dal punto di vista medico o legale.
- **Depatologizzazione** - processo che implica un cambio di prospettiva ufficiale, in cui la molteplicità delle identità transgender non sono più



considerate condizioni patologiche / disturbi medici che necessitano di guarigione, ma scelte di salute e comportamento accettabili, in cui le persone trans e non binarie sono rispettate come agenti della propria identità.

- **Domanda di genere** - una persona che potrebbe fare domande o esplorare la propria identità di genere e quest'ultima potrebbe non essere in linea con il sesso assegnato alla nascita.

3. RACCOMANDAZIONI GENERALI PER I PROFESSIONISTI IN CONTATTO CON I CLIENTI TRANSGENDER

Come primo punto di contatto durante il processo di transizione e riconoscimento legale del genere, i professionisti sanitari svolgono un ruolo cruciale nel successivo sviluppo e benessere dei clienti transgender e intersessuali. È quindi allarmante vedere quanto spesso i professionisti sanitari (inclusi quelli trans-specifici) agiscono in modi che non sono di supporto o che risultano dannosi per i loro clienti transgender e intersessuali. Secondo i risultati di un'indagine di ricerca sulle speranze e le paure delle persone trans in Repubblica Ceca condotto da Transparent z.s., il trattamento più molesto, discriminante e degradante contro i clienti transgender viene perpetrato dai professionisti sanitari. Un quarto degli intervistati (25,1%) ha elencato esperienze negative e degradanti con professionisti che hanno fornito una qualche forma di assistenza (medici, psicologi, sessuologi, ecclesiastici, ecc.), seguiti solo da maltrattamenti e discriminazioni nelle scuole (24,3%), dalla famiglia e dalle persone vicine (21,3%), sul posto di lavoro (12,8%), nei luoghi pubblici (8,1%), dalla polizia (5,3%), ecc. (Pavlica et al., 2018). È quindi molto importante fornire raccomandazioni direttamente rilevanti per i professionisti sanitari in generale e in particolare l'assistenza sanitaria trans-specifica.

Ai clienti transgender dovrebbe essere dato lo spazio per strutturare la



propria identità sulla base delle proprie condizioni, senza essere costretti a rientrare in categorie a cui sentono di non appartenere. La priorità dovrebbe essere data al rispetto e alla comprensione di ogni persona transgender come individuo; un'attenzione speciale dovrebbe essere dedicata all'inclusione del genere non binario e delle identità sessuali, inviando un messaggio chiaro che le persone transgender non saranno discriminate o non verranno negate loro risorse, in quanto si potranno identificare andando oltre un sistema di genere rigorosamente binario.

La transizione medica non dovrebbe essere trattata come un prerequisito per affermare una valida identità trans nell'ambito della transizione medica; più opzioni, piuttosto che un'unica traiettoria normativa, dovrebbero essere riconosciute come praticabili.

Nessun trattamento o procedura medica dovrebbe essere un prerequisito per il riconoscimento legale del genere, incluso ma non limitato a terapia ormonale sostitutiva, interventi di chirurgia, sterilizzazione chirurgica o non chirurgica o chirurgia genitale.

Medici abilitati, personale medico e studenti di medicina dovrebbero essere sistematicamente supportati da un regolare aggiornamento professionale e da una formazione sulle questioni trans, compresa la consapevolezza degli sviluppi internazionali in questo campo.

I professionisti sanitari dovrebbero fare uno sforzo per chiedere ai clienti transgender i nomi e i pronomi che preferiscono, piuttosto che presumerli solo dai documenti legali.

Ai clienti transgender dovrebbe essere consentito di scegliere i propri nomi, senza l'attuale requisito di una forma neutrale rispetto al genere anche per quelli che preferirebbero una forma chiaramente maschile o femminile.

La possibilità di sottoporsi a qualsiasi trattamento, inclusa la terapia ormonale sostitutiva e / o gli interventi chirurgici di transizione, dovrebbe rimanere riconosciuta come necessaria dal punto di vista medico per quei transgender che desiderano sottoporsi a tali trattamenti. La scelta di



sottoporsi a un trattamento (ad es. terapia ormonale sostitutiva) dovrebbe, tuttavia, non essere considerata come consenso automatico ad altri trattamenti (es. qualsiasi intervento chirurgico) a meno che non lo desideri l'individuo.

Piuttosto che rendere i finanziamenti per la terapia ormonale sostitutiva e gli interventi chirurgici subordinati alla definizione dello status di transgender come disturbo, le persone transgender dovrebbero essere supportate nelle decisioni che prendono sulla propria salute. Va notato che ci sono molte circostanze legate alla salute come la gravidanza, il parto, il congedo parentale e la necessità di assegni familiari, che non sono classificati come stati patologici, ma consentono alla persona di ricevere assistenza finanziaria dallo Stato. Il fatto che tale sostegno finanziario sia disponibile riflette il valore attribuito a ciascuna circostanza dalla società e dallo Stato.

Lo stesso principio può essere applicato all'autodeterminazione corporea in generale. Va considerato anche l'accesso a trattamenti specifici separato dalla questione del riconoscimento legale del genere.

Si raccomanda ai professionisti sanitari di osservare attentamente gli sviluppi internazionali che tendono alla depatologizzazione delle identità trans in campo medico (sostenuta attivamente dall'organizzazione medica WPATH), e a rendere il riconoscimento legale di genere subordinato all'autoidentificazione piuttosto che all'approvazione da parte di un organismo di regolamentazione o di qualsiasi particolare procedura medica nel campo legale.

3.1 CONOSCENZA E CONSAPEVOLEZZA DEI PROFESSIONISTI COINVOLTI

I principi etici degli psicologi e il codice di condotta (APA, 2010) includono l'identità di genere come un fattore per il quale gli psicologi possono aver bisogno di fare formazione, esperienza, consulenza o



supervisione al fine di poter garantire la loro competenza (APA, 2010).

È importante che gli psicologi si impegnino in una formazione continua sui problemi legati all'identità e all'espressione di genere come fondamento per una pratica psicologica affermativa a causa dell'alto livello di ignoranza sociale e stigma associati a Transgender e Gender Non Conforming (TGNC), assicurando che l'educazione psicologica, la formazione e la supervisione siano affermative e non tese a drammatizzare (Namaste, 2000), strumentalizzare o patologizzare le persone TGNC (Lev, 2004).

Proprio perché la maggior parte degli psicologi ha ricevuto poca o nessuna formazione sulla popolazione LGBT e non si sente istruito in materia (APA, 2015), colleghi esperti sono chiamati a implementare e diffondere la formazione continua e pratiche di formazione, contribuendo a colmare queste lacune.

È essenziale, prima di tutto, che gli psicologi che ricevono una formazione in questo campo sviluppino un atteggiamento professionale non giudicante nei confronti delle persone che sperimentano identità ed espressioni di genere diverse dalle loro.

È importante aumentare la consapevolezza del privilegio dei cisgender, dei pregiudizi e delle discriminazioni contro i trans, ospitare gruppi che invitano le persone espansive di genere a offrire le loro prospettive personali, o includere le loro narrazioni nelle letture del corso (ACA, 2009)

Secondo l'ACA, ALGBTIC Competenze per il counseling dei Clienti transgender, come si può evincere dal contesto delle relazioni di aiuto, gli psicologi dovrebbero avere maggiori conoscenze riguardo ai seguenti punti:

- Aspetti fisici (ad es. accesso all'assistenza sanitaria, HIV e altri problemi di salute).
- Aspetti sociali (ad es. relazioni con la famiglia / partner).
- Aspetti emotivi (ad es. ansia, depressione, abuso di sostanze).
- Aspetti culturali (ad esempio, mancanza di sostegno da parte di altri



nella loro razza /gruppo etnico).

- Aspetti spirituali (ad esempio, possibili conflitti tra i loro valori spirituali e quelli della loro famiglia).
- Fattori di stress, ad esempio problemi finanziari a causa della discriminazione sul lavoro (ACA, 2009).

È importante fornire spazi di formazione in cui i professionisti sanitari possano consolidare le proprie capacità intrapersonali e interpersonali per:

- Identificare e tenere a mente la propria cultura di appartenenza, valori e principi, per gestire pregiudizi o stereotipi.
- Conoscere e applicare correttamente modelli di comunicazione che promuovono l'empatia e un rapporto di fiducia con persone trans e intersessuali, per prevenire la violenza nelle pratiche sanitarie e nei protocolli sanitari che attualmente esistono.

3.2 SVILUPPO ATTRAVERSO IL CICLO DI VITA DELLE PERSONE TRANSGENDER

I professionisti che lavorano per il benessere delle persone transgender (Psicologi, Psicoterapeuti, Psichiatri, Counselors, Sociologi, Educatori) sono incoraggiati ad aggiornarsi sulla letteratura pertinente (APA, 2015) e a considerare le caratteristiche peculiari di ciascuna delle diverse fasi del ciclo di vita nei seguenti gruppi:

BAMBINI

Poiché la non conformità di genere può essere transitoria in particolare per i bambini più piccoli, il ruolo dello psicologo può essere quello di aiutare i bambini e le loro famiglie attraverso il processo di esplorazione e autoidentificazione (Ehrensaft et al., 2012). Inoltre, gli psicologi possono fornire



ai genitori informazioni sulle potenziali traiettorie a lungo termine che i bambini possono intraprendere riguardo alla loro identità di genere, insieme agli interventi medici disponibili per gli adolescenti la cui identificazione TGNC persiste (Edwards-Leeper et al., 2012).

ADOLESCENTI

Nel lavorare con gli adolescenti, è importante considerare alcune condizioni che possono guidare meglio l'intervento:

- Alcuni adolescenti non hanno una storia forte di non conformità del ruolo di genere o incongruità di genere nell'infanzia.
- Alcuni di questi adolescenti potrebbero aver trattenuto i loro sentimenti di non conformità di genere per paura del rifiuto, confusione, fusione di identità di genere e orientamento sessuale, o per mancanza di consapevolezza dell'opzione di identificarsi come TGNC.
- I genitori di questi adolescenti potrebbero aver bisogno di ulteriore assistenza per comprendere e sostenere i loro figli.

CLIENTI ANZIANI

L'intervento con gli anziani dovrebbe tenere in considerazione i loro bisogni bio-psico-sociali, sia in termini di contesti sociali (isolamento/esclusione), sia offrire supporto nell'affrontare le loro esperienze psicologiche di vergogna, colpa e transfobia interiorizzata, rispettando la loro libertà nel modo in cui scelgono di uscire pubblicamente.

A livello biologico, è necessario supportare l'evoluzione della propria identità o l'espressione di genere del cliente a qualsiasi età, riconoscendo il fatto che questi percorsi spesso non erano accessibili o praticabili nelle fasi precedenti della vita.



3.3 TRATTARE I CLIENTI TRANSGENDER

RACCOMANDAZIONI GENERALI IN BREVE

1. Credere - tutte le identità sono valide;
2. Rispettare - non solo tollerare, ma rispettare la diversità e l'espressione di genere;
3. Supportare, responsabilizzare - creare spazi sicuri, comunicare, fare amicizia;
4. Proteggere - proteggere i clienti trans e incoraggiare il rispetto per loro, anche in loro assenza.
 - Non dare mai per scontato il sesso di qualcuno in base al modo in cui si veste o si esprime. A meno che tu non lo sappia per certo, è meglio usare un linguaggio neutro rispetto al genere o chiedere con discrezione.
 - Rispettare il nome preferito del cliente, anche se è diverso dal nome nei documenti legali.
 - Usare i pronomi preferiti dal cliente o il linguaggio di genere e ricordare agli altri di usarli anche in loro assenza.
 - Credere e rispettare i modi in cui la persona si riferisce a sé stessa.
 - Non discuterne con altre persone se il cliente desidera mantenere segreta la propria identità di genere.
 - Garantire un facile accesso ai servizi igienici e alle strutture di genere - chiedere ai clienti trans quali preferiscono utilizzare e assicurarsi che possano usarli in sicurezza.



QUALE NOME E PRONOME USARE?

Per alcuni clienti transgender, l'uso del loro nome di nascita può causare ansia, per altri è una parte della loro storia di vita che vogliono lasciarsi alle spalle. Rispettate il nome che una persona transgender sta attualmente usando. Se capita di conoscere il nome di nascita di una persona transgender (il nome che è stato dato alla nascita, ma che non usa più), non dividerlo. Condividere il nome di nascita di una persona transgender e / o le sue foto prima della transizione senza il suo permesso costituisce una violazione della privacy.

Nel caso in cui non si sa quale pronome usa una persona, se possibile, ascoltare prima i pronomi che gli altri usano per rivolgersi a quella persona. Se si deve chiedere, iniziare chiedendo i pronomi che usa il richiedente. Ad esempio, "Sono Dan, uso i pronomi egli e lui. E tu?" Usare quel dato pronome per rivolgersi a quella persona e incoraggiare gli altri a fare lo stesso. Può accadere che il richiedente usi involontariamente il pronome sbagliato: ammettere semplicemente l'errore, chiedendo scusa, poi andare avanti (GLAAD, 2018).

DOPO IL COMING OUT

Rivelare la propria identità trans a qualcuno è profondamente personale. Ci vuole fiducia e coraggio nel parlare di identità di genere o transizione di genere. Lo scenario migliore è probabilmente quello di: 1) chiedere quali domande, se ce ne sono, sono accettabili per il richiedente; e 2) riconoscere che, mentre le domande possono nascere da una curiosità innocente del richiedente, la persona trans può scegliere di terminare la discussione in qualsiasi momento possa sentirsi a disagio. Ciò rende più facile per la persona trans mantenere la privacy e l'integrità.



FARE DOMANDE INTIME SOLO QUANDO NECESSARIO

Non è appropriato chiedere a qualsiasi cliente, sia cisgender che transgender, dei loro genitali. Lo stesso vale per "la chirurgia" o il loro stato chirurgico - sia che si tratti di "pre-operatorio" o "post-operatorio". Se desiderano condividere tali informazioni, decideranno di farlo (GLAAD, 2018).

CONOSCERE I PROPRI LIMITI

Se non si conosce un'informazione rilevante quando si prende in carico un cliente transgender, è sempre meglio chiedere. Fare supposizioni o dire qualcosa che potrebbe non essere corretto può in alcuni casi essere doloroso. È possibile anche trovare informazioni utili online per saperne di più (GLAAD, 2018).

4. APPLICAZIONE DI APPROCCI PSICOTERAPEUTICI

Si stima che il 38,2% dei cittadini dell'Unione europea (200 milioni di persone) soffra di stress emotivo dovuto a disturbi mentali. Tra le persone transgender, ad esempio, in un campione di 573 donne transgender, il 64,2% era depresso o affetto da disturbi dell'umore ($n = 96$, 31,6%), autolesionismo suicida e non suicidario ($n = 50$, 16,5%), e disturbi d'ansia ($n = 44$, 14,5%) (Reisner et al, 2016). Questi disturbi mentali includono disturbi d'ansia (14,0%), insonnia (7,0%), depressione maggiore (6,9%), disturbi somatoformi (6,3%), dipendenza da alcol e droghe ($> 4\%$), ADHD (5%) nella popolazione più giovane e demenza (fino al 30%, a seconda dell'età) (EAP, 2020). Il tasso di tentativi di suicidio tra le persone transgender varia dal 32% al 50% nei paesi europei (Virupasha et al, 2016).



Gli approcci verbali tradizionali costituiscono la maggior parte dei metodi terapeutici e di consulenza utilizzati in questi casi. Tuttavia, sono consigliati anche approcci basati sul corpo e olistici che abbracciano un concetto completo della personalità e possono soddisfare meglio le esigenze dei clienti transgender. I professionisti della salute mentale devono comprendere le dimensioni biologiche e socio-psico-spirituali dell'essere umano, per prevenire il riduzionismo durante la consulenza e la terapia.

I clienti transgender meritano l'accessibilità a cure per la salute mentale di alta qualità. Hanno il diritto di essere informati sulle opzioni per la consulenza o il trattamento terapeutico. I clienti transgender possono essere vulnerabili quando cercano servizi di salute mentale e ci sono molti modelli, tra cui "bottom-up" (basato sul corpo: sensazioni, approccio neurobiologico, emotivo), "top-down" (basato sul cervello: approccio cognitivo, linguistico, educativo) o approcci misti, che possono facilitare il benessere, in base alle esigenze dei clienti e ai benefici desiderati.

Il fattore più importante nel trattamento dei clienti transgender è che il professionista che fornisce assistenza sanitaria mentale sia gender-affirming nel suo approccio, il che significa che non mette in dubbio la validità dell'autodeterminazione del cliente trans o patologizza il cliente trans, e che supporta il cliente nell'esplorazione dei temi che il cliente stesso porta alla consulenza o alla terapia senza giudizio (PROUD, 2015).

4.1 APPROCCI OLISTICI, MODELLI "TOP-DOWN" E "BOTTOM UP"

Tra i modelli "top-down", i modelli umanistici sono inclusi fra gli approcci più popolari:

Terapia psicodinamica: la terapia psicodinamica è una forma approfondita di terapia della parola che attinge ed estende le teorie ed i principi della psicoanalisi. La terapia psicodinamica non si concentra



specificamente sui problemi o sul comportamento, ma sul dipingere un'immagine dell'esperienza di vita del cliente, localizzando il posto del cliente e le sue relazioni con il mondo. Il cliente racconta la propria storia, esaminando come le sue esperienze passate, in particolare quelle dell'infanzia e quelle apprese in quel momento, possano continuare a influenzare i suoi attuali modelli di comportamento, emozioni, scelte e relazioni. (Psychodynamic Therapy, 2020).

Terapia della Gestalt: nella Terapia della Gestalt, sviluppata da Fritz e Laura Perls come alternativa alla psicoanalisi, il terapeuta lavora con il cliente, principalmente attraverso la conversazione, esplorando il qui e ora. Il nome allude al concetto che il significato della vita è più della semplice somma delle sue parti. I clienti possono elaborare le loro esperienze attuali reinterpretandole con il terapeuta, mentre il terapeuta riporta il cliente al momento presente. La Terapia della Gestalt è un modello non giudicante e non patologizzante, ove si presuppone che i disturbi psicologici derivino da desideri nascosti, bisogni, ricordi che sorgeranno quando il cliente è pronto ad affrontarli e trovare la guarigione. (Amendt-Lyon et al., 2020).

Terapia centrata sulla persona (Roger): la consulenza/psicoterapia centrata sulla persona è stata la prima terapia del linguaggio basata sulla ricerca empirica condotta dal suo fondatore, Carl Rogers. Questa terapia era originariamente concepita come non direttiva ed è diventata un modello non gerarchico in cui il terapeuta crede nell'innata tendenza attualizzante del cliente a trovare e realizzare il proprio potenziale.

La terapia centrata sulla persona si basa su questa fiducia dell'autonomia e della capacità del cliente di auto-curarsi, quando viene sostenuto da un terapeuta che detiene uno spazio sicuro in cui il cliente può fare le sue elaborazioni. Il terapeuta offre al cliente la propria autenticità (congruenza), empatia e accettazione (considerazione positiva incondizionata). È una terapia non patologizzante, in cui si crede che le convinzioni, le emozioni e le azioni dei clienti siano risposte ragionevoli alle loro esperienze. (Wistreich, 2020).



Approcci cognitivi e comportamentali

La terapia cognitivo comportamentale (CBT) e la **terapia cognitivo-comportamentale affettiva (ACBT)** possono essere utilizzate come modalità di supporto per la riconversione comportamentale nel breve termine, in risposta ad ansie sociali, disturbo ossessivo compulsivo, autolesionismo e altri problemi più estremi che causano gravi restrizioni nel funzionamento quotidiano del cliente.

La terapia cognitivo comportamentale (CBT) è una forma di psicoterapia centrata su come i nostri pensieri influenzano il modo in cui ci sentiamo e agiamo.

È un modello strutturato, direttivo ed educativo, solitamente a breve termine, con l'obiettivo di cambiare le risposte emotive di un cliente in modo che possano modificarsi i comportamenti. Sebbene la relazione terapeutica sia importante affinché tale approccio sia efficace, non è al centro della collaborazione terapeuta/paziente.

La CBT è un modello educativo che utilizza il metodo socratico e il metodo induttivo (i clienti hanno esercizi da fare a casa.) CBT è un termine generico che include Terapia cognitiva, Terapia comportamentale dialettica, Terapia comportamentale razionale, Terapia comportamentale emotiva razionale e Terapia vivente razionale, tra gli altri. (National Association of Cognitive Behavioral Therapists, 2020)

Molti clienti transgender possono trarre vantaggio da approcci psicoterapeutici più olistici, basati sul corpo-mente, "bottom-up", perché hanno a che fare con problemi specifici riguardanti le loro sensazioni corporee, l'immagine corporea, i cambiamenti ormonali, l'esperienza fisica quotidiana nel mondo e la disconnessione tra ciò che credono di essere e ciò che lo specchio o la società riflette su di loro. L'integrazione della teoria dell'attaccamento e delle neuroscienze apre ampie possibilità negli interventi psicoterapeutici e di consulenza.



Le terapie Expressive Arts (EXA) vanno oltre i tradizionali approcci di psicoterapia verbale. EXA si concentra sulla sensibilità e reattività alle esigenze dei diversi bisogni dei clienti. Si utilizzano sbocchi creativi come mezzo per connettersi con il sé, esplorare le proprie preoccupazioni attraverso l'arte e trovare diversità e nuove capacità di coping attraverso l'autoespressione. EXA può essere particolarmente utile per i clienti che hanno difficoltà a verbalizzare o conversare sulle loro esperienze, pensieri ed emozioni. Le terapie artistiche espressive includono Arteterapia, Drammaterapia, Poesia o Biblioterapia e narrazione, Giocoterapia, Musicoterapia, Ritmo Terapia del tamburo, Danza/Terapia del movimento. EXA può essere utilizzato con individui e gruppi, e può aiutare i clienti transgender a sbloccare ed elaborare problemi più profondi e costruire la resilienza.

Terapie somatiche/corpo-mente/centrata sui traumi

Le modalità somatiche sono terapie olistiche che coinvolgono il corpo nell'accesso a una saggezza più profonda a cui non è possibile giungere con la terapia della parola. Le terapie traumatiche si concentrano sul lavoro con il cliente in un modo che elabori l'esperienza del trauma in modo attento e sicuro. Molti clienti transgender hanno sperimentato traumi durante i rispettivi viaggi per trovare la loro identità e, poiché i loro corpi sono centrali in quel viaggio, la terapia somatica e centrata sul trauma può aiutarli a imparare ad affrontare la complessità della loro situazione.

Il trauma può iniziare come stress acuto dovuto a una minaccia per la vita percepita o come il prodotto finale di stress cumulato. Entrambi i tipi di stress possono compromettere seriamente la capacità di una persona di funzionare con resilienza e facilità. Il trauma può derivare da un'ampia varietà di fattori di stress come incidenti, procedure mediche invasive, aggressioni sessuali o fisiche, abuso emotivo, negligenza, guerra, disastri naturali, perdite, traumi alla nascita o fattori di stress corrosivi di paura e conflitto in corso (Levine, 2020).



Le terapie corpo-mente si basano sullo sviluppo dell'individuo. I metodi si concentrano sull'apprendimento sensomotorio e sulla riconfigurazione dell'esperienza storica passata, sulla creazione di nuove esperienze e sull'attivazione dell'apprendimento neuroplastico, consentendo la creazione di nuovi percorsi neurologici e di nuove mappe mentali.

La **psicologia somatica** offre concetti chiave che includono:

Radicalamento o grounding: grounding significa percepire attivamente il corpo, sentendo la propria connessione con la terra e rimanere nel momento presente per diminuire l'ansia.

Coltivare la **consapevolezza somatica**: ovvero lavorare con schemi di respiro e tensione che si tengono appena sotto la nostra consapevolezza cosciente. Quando portiamo consapevolezza alle nostre sensazioni fisiche, creiamo cambiamento.

Rimanere **descrittivi**: si può entrare nell'esperienza somatica del cliente in dettaglio - nominando le sensazioni con parole descrittive che annotano la temperatura, il movimento, la pressione.

Approfondimento della consapevolezza: possiamo approfondire l'esperienza amplificando delicatamente le sensazioni (schemi, tensione) che abbiamo notato, ma in modo tale che non sia travolgente.

Focalizzarsi sulle **risorse**: possiamo consentire ai clienti di trovare risorse in sé stessi - ricordi corporei di momenti in cui si sono sentiti forti e al sicuro – imparando così ad osservare e ricordare le sensazioni che accadono nei loro corpi quando si sentono calmi, rilassati, pacifici.

Titolazione: questa consapevolezza ci aiuta a notare dove tratteniamo la tensione nel corpo. La titolazione, usata nell'esperienza somatica (Peter Levine) e nella psicoterapia sensomotoria (Pat Ogden e Kekuni Minton), è un modo per scaricare quella tensione lentamente e progressivamente, alternando la nostra attenzione tra il sentire l'angoscia e il sentirsi al sicuro e calmi.

Sequenzialità: quando rilasciamo la tensione, possiamo sentire



cambiamenti nelle nostre sensazioni e stati emotivi, respirazione, ecc. che ci portano più avanti lungo un percorso di guarigione.

Movimento e processo: le terapie somatiche esaminano le nostre posture, i nostri gesti e l'uso dello spazio per leggere la storia che il corpo racconta delle nostre esperienze.

Sviluppo dei confini: concentrarsi sul qui e ora ci consente di rimanere reattivi alle nostre esigenze e sviluppare confini chiari. I limiti ci consentono di riconoscere e parlare "sì" o "no" in un modo che ci fa sentire protetti e forti.

Auto-regolazione: le neuroscienze informano fortemente le terapie somatiche su come rispondiamo ai fattori di stress della vita e alle esperienze traumatiche. La ricerca sottolinea l'importanza di restare cognitivamente incarnati mentre si provano forti emozioni o sensazioni. Quando riusciamo a sentire le nostre sensazioni corporee, possiamo imparare a temperare la nostra intensità emotiva (Schwartz, 2017).

Terapia somatica

I moderni approcci somatici incorporano la teoria polivagale, la biosintesi, la bioenergetica, l'EMDR, la meditazione, la consapevolezza, la neuroplasticità e molto altro.

La teoria polivagale ha introdotto una nuova prospettiva sulla relazione tra il sistema nervoso autonomo (SNA) e il comportamento. Il SNA è stato identificato come un "sistema": sono stati identificati i circuiti neurali coinvolti nella regolazione del SNA e si è inteso che la reattività autonoma è adattativa nel contesto della filogenesi del SNA dei vertebrati (Porges, 2007). La teoria polivagale identifica i tre circuiti del decimo nervo vago cranico (vagante), che rispondono a circostanze sicure, potenzialmente pericolose e pericolose per la vita (Cherland, 2012). Il sistema nervoso parasimpatico (legato alla sopravvivenza - il più antico sistema rettiliano) è un sistema di alimentazione e riproduzione passivo che crea una linea di base metabolica operativa per gestire l'ossigeno e il nutrimento attraverso il sangue. La via



vagale dorsale è responsabile degli stati di arresto o congelamento. Il sistema nervoso sintetico (riconoscimento del pericolo/lotta o fuga, un sistema limbico più recente) è un insieme più sofisticato di risposte, che ci consente di rispondere alla minaccia, all'alimentazione e alla riproduzione tramite arti e muscoli. Il Sistema di Coinvolgimento Sociale (vitale - il sistema più moderno) supporta un massiccio sviluppo corticale, attivando il legame materno (protezione estesa dei processori della corteccia immatura vulnerabili) e la cooperazione sociale (linguaggio e strutture sociali) attraverso le funzioni facciali.

La **biosintesi** rappresenta un approccio olistico e umanistico della psicoterapia somatica. I punti di partenza di base per questo approccio includono la connessione tra il cliente e il terapeuta e il reciproco rispecchiarsi dei processi mentali e fisici. La biosintesi si fida del sano potenziale del cliente per la crescita e l'armonia e per creare connessioni tra il sé interno ed esterno. La biosintesi lavora con l'espressione corporea, le emozioni e i pensieri, comprese le intuizioni e le immagini interiori, la sessualità e la spiritualità. Il cliente esplora le proprie reti di relazioni con gli altri, in particolare i primi legami familiari, lo sviluppo che inizia prima della nascita. La biosintesi funziona simbolicamente così come con il corpo per attingere a questi ricordi. (European Association for Psychotherapy, 2019; Biosynthesis Therapy, 2020).

La **bioenergetica** è un modo per comprendere la personalità attraverso il corpo e i suoi processi energetici. Alexander Lowen ha sviluppato la bioenergetica come studio della personalità umana in termini di processi energetici del corpo. Lowen ha creato il modello psicoterapeutico corporeo Bioenergetic Analysis (BA) per aiutare i clienti a vivere una vita più realizzata. Questo lavoro inizia con le funzioni di base del corpo - respirazione, motilità, sensazione ed espressione, indagando su qualsiasi restrizione individuata, sia fisicamente nel corpo, emotivamente nei sentimenti e intellettualmente nella cognizione. La BA crede nella capacità del corpo di



guarire se stesso, ed è unico in quanto combina un'analisi della personalità e del carattere con tecniche corporee ed esercizi fisici per riconoscere e rilasciare la tensione muscolare cronica, che vede come un passaggio necessario da superare. blocchi nei sentimenti, nei comportamenti e negli atteggiamenti. (Fondazione Lowen, 2020).

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) La EMDR è un trattamento psicoterapeutico ideato da Francine Shapiro, che mira ad alleviare il disagio associato ai ricordi traumatici. La terapia EMDR sulle Informazioni Adattive aiuta i clienti ad accedere, elaborare e risolvere i loro ricordi traumatici. I clienti vengono aiutati a rilasciare lo stress e le loro risposte fisiche, oltre a rinegoziare i modelli di convinzioni negative. Durante la terapia EMDR, il cliente ricorda il materiale emotivamente disturbante in piccole dosi sequenziali di breve durata, mentre contemporaneamente si concentra su uno stimolo esterno diretto dal terapeuta, attraverso i movimenti oculari laterali. È possibile utilizzare altri stimoli, tra cui il tocco delle mani e la stimolazione uditiva. La terapia EMDR utilizza un protocollo su tre fronti: (1) prima il cliente elabora gli eventi passati preoccupanti collegando i ricordi con nuove informazioni adattative; (2) i trigger sono desensibilizzati quando le circostanze di attivazione sono mirate; (3) vengono incorporati modelli immaginali di eventi futuri, per aiutare il cliente ad acquisire le abilità necessarie per il funzionamento adattivo. (Istituto EMDR, 2020).

Il **NeuroAffective Relational Model (NARM)**, sviluppato da Laurence Heller, è un approccio non direttivo e non invasivo per il trattamento dell'attaccamento, dei traumi relazionali e dello sviluppo. Utilizzando sia l'approccio top-down che quello bottom-up, il NARM utilizza l'indagine consapevole per esplorare l'identità del cliente e unificare lo sviluppo biologico e psicologico, concentrandosi al tempo stesso sul tracciamento della sensazione sensoriale del cliente nel corpo e supportando la regolazione del sistema nervoso. (Heller, 2019).



Il **Pesso Boyden System Psychomotor** (PBSP) enfatizza l'esperienza di attaccamento precoce, lavorando con i modelli di sviluppo. Creato nel 1961 da Albert Pesso e Diane Boyden-Pesso, il PBSP è il sistema terapeutico più avanzato disponibile per la rieducazione emotiva o la riprogrammazione. Il PBSP utilizza tecniche per aiutare i clienti a identificare i deficit emotivi e creare nuovi ricordi. Queste nuove memorie forniscono un soddisfacimento simbolico dei bisogni evolutivi di base di spazio, nutrimento, sostegno, protezione e limiti. Molti aspetti delle teorie e delle tecniche PBSP hanno stretti parallelismi nelle recenti scoperte neuroscientifiche sui neuroni specchio, l'empatia, la moralità e l'impatto del linguaggio sulla teoria della mente (Pesso PBSP International LLC, 2011).

Il **Seeking Safety** (Najavits, 2002) è un modello evidence-based che può essere utilizzato nella consulenza di gruppo o individuale. È stato specificamente sviluppato per aiutare i sopravvissuti con traumi concomitanti e disturbi da uso di sostanze e, soprattutto, in un modo che non chieda loro di approfondire narrazioni traumatiche emotivamente angoscianti. Pertanto, la "sicurezza" è un concetto profondo con vari livelli di significato: sicurezza del cliente mentre svolge il lavoro; aiutare i clienti a immaginare come sarebbe la sicurezza nelle loro vite; aiutarli ad apprendere nuove modalità specifiche di coping. Il Seeking Safety si focalizza sul presente, insegnando una vasta gamma di modalità di coping sicure che i clienti potrebbero non aver mai appreso – se sono cresciuti in famiglie disfunzionali – o potrebbero aver perso nel corso della vita mentre le loro dipendenze e i traumi sono esacerbati. Tutte le capacità di coping del Seeking Safety si applicano contemporaneamente sia al trauma che alla dipendenza, fornendo un trattamento integrato che può aiutare a rafforzare la motivazione e guidare i clienti a vedere le connessioni tra i loro problemi di trauma e dipendenza (Najavits, 2019).



4.2 METODI DI AUTOAIUTO, GRUPPI DI SOSTEGNO E CONSULENZA

Esistono molte modalità che i clienti trans possono utilizzare da soli, come ad esempio:

La **meditazione**, la focalizzazione intenzionale e autoregolata dell'attenzione per rilassare e calmare la mente e il corpo. È stato scientificamente provato che la pratica della meditazione modifica vari stati fisici e psicologici (ad es. aumento del flusso sanguigno cerebrale; riduzione dell'attività metabolica, frequenza cardiaca e respiratoria, pressione sanguigna, consumo di ossigeno e tensione muscolare; diminuzione dei sintomi di ansia e depressione).

La **mindfulness** è sospendere il giudizio e portare intenzionalmente la propria attenzione alle esperienze interne ed esterne nel qui e ora. Ciò può includere la consapevolezza di sensazioni, pensieri, stati corporei, coscienza, emozioni o dell'ambiente. La consapevolezza ci chiede di essere aperti alle possibilità. Può essere praticato attraverso la meditazione, il movimento, la consapevolezza sensoriale, ecc. (Edenfield, T., & Saeed, S., 2012).

Trauma-Sensitive Yoga (TCTSY) è un intervento clinico testato empiricamente per il trauma complesso o il disturbo post-traumatico (PTSD) da stress, cronico resistente al trattamento. La TCTSY comprende anche teorie del trauma, dell'attaccamento e delle neuroscienze. Essa utilizza gli elementi principali dell'hatha yoga, creando forme e movimenti specifici con il corpo. Queste forme sono praticate in un modo che potenzia e rafforza il rapporto del praticante di yoga con il proprio corpo. Si enfatizzano così il riferimento dei partecipanti alla sensazione sensoriale nel processo, consentendo ai partecipanti di ripristinare la loro connessione tra mente e corpo e coltivare un senso di agentività (agency) che è spesso compromesso a causa del trauma (TCTSY, 2020). I sintomi del disturbo post-traumatico da stress hanno mostrato una significativa riduzione dalla pratica dello yoga,



paragonabile ad approcci psicoterapeutici e psicofarmacologici ben studiati. Lo yoga può migliorare il funzionamento e le capacità di coping delle persone traumatizzate perché imparano a tollerare una varietà di esperienze fisiche e sensoriali legate alla paura e alla mancanza di aiuto e ad aumentare la loro consapevolezza emotiva e la tolleranza affettiva (Van der Kolk, 2014).

I **gruppi di supporto per la salute mentale** peer-to-peer provenienti dalle comunità transgender e intersessuali, in particolare, possono essere inestimabili, specialmente nei casi in cui il sistema sanitario pubblico non fornisce un aiuto e supporto sensibile e ben informato. I gruppi di auto-aiuto possono essere organizzati da un facilitatore professionista, o dalle stesse persone transgender e intersessuali, per coloro che cercano un sentimento di appartenenza o hanno bisogno di consigli e aiuto urgenti.

Per incoraggiare i partecipanti ad aprirsi e condividere le loro esperienze, i gruppi devono offrire facilitazioni imparziali e sensibili, sicurezza e protezione dei membri e accordi di riservatezza. I partecipanti sono responsabilizzati dall'ambiente non gerarchico e non patologizzante, che promuove anche la costruzione della comunità, la fiducia, le amicizie e la resilienza collettiva. Come indicato dall'indagine di ricerca sulle speranze e le paure delle persone trans nella Repubblica Ceca, i gruppi di supporto peer-to-peer (non guidati da un sessuologo) si sono classificati al primo posto nei servizi legati alla transizione tra i rispondenti transgender (92,2% soddisfazione), seguita dal supporto degli amici, del sistema sanitario e della psicoterapia privata: (78,4% di cure psicoterapiche oltre quella richiesta per gli esami relativi alla transizione e 68,7% assistenza psicologica durante gli esami relativi alla transizione) (Pavlica et al., 2018) .

Altre utili terapie e modalità basate sul corpo includono Centratura sul corpo-mente, Indagine compassionevole, Continuum, Focusing, Metodo Hakomi, NeuroAffective Touch, Esperienza Somatica, Terapia dell'Attacco Somatico e altro ancora. In molte città europee, i clienti possono individuare



pratiche di auto-aiuto come quelle sopra menzionate con un'attenzione specifica al servizio delle persone trans e intersessuali.

4.3 PRINCIPI DI ASSISTENZA CENTRATA SUL CLIENTE

- Lavorare passo dopo passo.
- Il cliente conosce meglio le proprie esigenze.
- Comunicazione sicura e riservata.
- Esplorare rispettosamente le opzioni.
- Ricerca di punti di accesso alle risorse del cliente, verbalizzazione, immaginazione, creatività, approcci e attività orientati al movimento, terapia espressiva (arteterapia, dramma terapia, danza terapia, musicoterapia, ecc.).
- Accettare e lavorare con l'apprensione del cliente.

Caratteristiche dello psicologo affermativo basato sui punti di forza

- Lontano dal pregiudizio anti-trans, consapevole e sensibile alla diversità di genere; valorizza e rispetta le differenze.
- È consapevole della transfobia e della transnegatività; riconosce il privilegio cisgender.
- È consapevole delle barriere istituzionali e sociali al successo.
- È a suo agio con le differenze che esistono tra sé e i clienti.
- È consapevole dei propri valori e pregiudizi personali e di come influiscono sui clienti delle minoranze di genere.
- Comprende le identità che si intersecano; transgender e non conforming sono solo una parte dell'identità (Ervin, A. n.d.)



Rendere i luoghi clinici più accessibili ai transgender

Esistenza	Appartenenza	Adattabilità	Inclusività	Sviluppo
Io e il mio corpo Mi prendo cura di me e del mio aspetto Scelgo fra uno stile di vita salutare e non	Il mio posto nel mondo Vedo me stesso come una parte dell'ambiente di vita Mi sento al sicuro a scuola, al lavoro e in strada	Vita quotidiana Accetto il mio corpo così com'è e penso ai miei sentimenti e al mio aspetto Ho un lavoro, studio per un lavoro che desidero fare	Pienezza Ognuna delle mie parti è essenziale alla mia totalità Uso pienamente le mie risorse	Coraggio Mostro coraggio, rispondo alle sfide e continuo a lavorare su di me Ho il potenziale per continuare a crescere durante la mia vita
Io come persona Sono indipendente Ho idee sul mio futuro	Il mio posto fra le persone Sono importante, rispettabile e apprezzabile Ho degli amici	Il mio tempo libero Prendo parte in attività sportive o passo il mio tempo libero con delle persone	Pienezza Leadership condivisa Aspetti integranti della personalità attraverso il corpo e la mente	Passaggio della vita La vita va avanti finché si conclude
Io e la mia anima Credo nel futuro Credo che la mia vita abbia un significato	Il mio posto nella società Sono capace di prendermi cura di me stesso, e accetto i servizi medici e sociali Nel mio tempo libero, partecipo ad attività di comunità	Vivere in maniera indipendente Programmo il mio lavoro Posso gestire i miei problemi	Significato La mia vita ha un significato e sono consapevole della sua unicità e interezza	Spiritualità Sono consapevole delle mie connessioni con me stesso, con gli altri, con la natura e con l'universo



- Includere tutti i sessi nei moduli dei dati sanitari dei pazienti.
- Introdurre cartellonistica, opere d'arte e informazioni mediche con varianti di genere nelle aree di accoglienza e nelle sale visita.
- Istruire tutto il personale su come affermare l'identità di genere di un paziente e accogliere tutti i clienti.
- Fornire ai clienti servizi igienici unisex.
- Chiedere all'individuo transgender quale pronome preferisce (Selix et al, 2016.)

4.4 DOMINI DEL BENESSERE

I domini del benessere possono aiutare le pratiche di counselling nel promuovere una maggiore soddisfazione e qualità della vita.

5. LA MAPPATURA DEL PROGETTO SWITCH DELLE MIGLIORI PRATICHE TERAPEUTICHE NEI TRE PAESI PARTNER

"Supportare il benessere e l'integrazione delle vittime transgender in ambienti assistenziali con approccio olistico" (SWITCH) ha utilizzato un'intervista orientativa approfondita per mappare le migliori pratiche terapeutiche nei tre paesi partner. Gli intervistati erano terapeuti selezionati con esperienza a lungo termine nella fornitura di servizi di terapia e consulenza a persone transgender, non binarie e intersessuali nella Repubblica Ceca, in Italia e in Spagna. All'intervista hanno partecipato otto terapeuti dalla Repubblica Ceca, cinque dall'Italia e sei dalla Spagna. Lo scopo dell'intervista è stato quello di determinare i bisogni e le barriere riscontrate nei servizi psicologici e psicoterapeutici nella pratica con persone



trans, non binarie e intersessuali nei singoli paesi partner. L'intervista è stata composta attingendo ai 25 temi definiti nel manuale "Seeking Safety", rivolto principalmente ai clienti che soffrono di traumi e PTSD (Najavits, 2002, 2009).

Con il consenso informato e un colloquio approfondito, abbiamo ottenuto informazioni sulle pratiche terapeutiche nei tre paesi partner. L'intervista è stata distribuita in inglese e accompagnata da una traduzione nella rispettiva lingua madre di ogni paese (ceco, spagnolo, italiano) per motivi di accuratezza. Le informazioni fornite in inglese sono state analizzate, sintetizzate e valutate. Nonostante l'esiguo numero di intervistati e il potenziale di imprecisione linguistica, le risposte sono un importante indicatore qualitativo per la buona pratica, fornendo una serie di esperienze e raccomandazioni dei terapeuti.

Le informazioni risultanti possono essere utilizzate per migliorare le metodologie e gli standard terapeutici per lavorare con persone trans, non binarie e intersessuali nei singoli paesi e come ispirazione per ulteriori lavori di ricerca. Inoltre, i dati possono anche servire per scopi di sviluppo ed educativi. Un riepilogo dettagliato per ogni paese partecipante è disponibile nell'Appendice 1.

Principi generalmente confermati di buona pratica terapeutica e di consulenza nei tre paesi partner:

- Approccio esauriente, rispettoso e non gerarchico, rivolto ai clienti in modo etico.
- Istruzione e sensibilizzazione di esperti, persone trans e altri.
- Applicazione di principi etici per tutti i clienti; non patologizzante, destigmatizzante.

SELEZIONE DEGLI ARGOMENTI PIÙ IMPORTANTI NELLA PRATICA TERAPEUTICA

Gli argomenti più comuni incontrati dai terapeuti nella loro pratica, in



ordine gerarchico:

Spagna	Italia	Repubblica Ceca
Relazioni sane	Dolore emotivo	Sicurezza, fiducia e supporto dagli altri
Chiedere aiuto	Creare significati e supposizioni	Dolore emotivo
Dolore emotivo	Relazioni sane	Relazioni sane
Prendersi cura di sè stessi e della propria salute	Chiedere aiuto	Accettazione da parte della famiglia, degli amici e della scuola
Comunità e risorse comunitarie	Onestà	Accettazione da parte della società e sul lavoro
Scoprire ed esplorare	Integrazione del Sè diviso	Preoccupazione di non far capire la propria identità
Attivare	Accettazione da parte della famiglia, degli amici e della scuola	Coming out
Rispettare il proprio tempo	Aspetto	Disforia fisica e aspetto
Disforia fisica e aspetto	Accettazione da parte della società	Considerare la transazione ufficiale
Considerare la transazione ufficiale	Solitudine, possibilità di socializzazione	Stress nello spazio pubblico
Accettazione sul lavoro	Stereotipi e aspettative degli altri	Stress da situazioni sociali
Accettazione da parte della società	Orientamento sessuale/sexualità	
Preoccupazioni di non aver capito la propria identità	Depressione e ansia	
Interventi chirurgici	Preoccupazioni di non aver capito la propria identità	
Coming out e accettazione da familiari e amici	Stress da situazioni sociali	
Possibilità di socializzazione, solitudine	Realizzazione di ruoli sociali binari	
Stereotipi e aspettative degli altri		



Problemi sul lavoro, sicurezza dell'occupazione		
Discriminazione sul lavoro e in altri ambiti della vita		
Impatto della terapia ormonale sulla salute mentale		
Accettazione da parte della società	Orientamento sessuale/sexualità	

Gli argomenti meno comuni incontrati dai terapeuti sono stati fede vs identità, divorzio obbligatorio, dipendenze e problemi di intersessualità.

Le barriere psicologiche, biologiche, ambientali e sociali, nonché quelle economiche e lavorative variano a seconda della fascia di età e delle necessità di vita degli individui. Gli argomenti generali rilevanti per i clienti nei tre paesi rientrano nella sfera delle barriere biologiche relative alla prevenzione delle malattie e delle complicazioni o rischi per la salute. La bassa autostima e fiducia in se stessi e lo stress delle minoranze sono le barriere psicologiche più comuni, insieme a stereotipi e pregiudizi e integrazione del corpo e della mente. Supporto psicologico inaccessibile, mancanza di terapeuti coperti da assicurazione sanitaria. Mancanza di formazione specialistica per esperti, istruzione per famiglie, sul posto di lavoro e nelle scuole, scarsa sensibilizzazione. Le barriere nell'ambiente e nella società sono state definite come mancanza di informazione ed educazione, discriminazione e violenza. Le barriere nella sfera economica del lavoro comprendevano pregiudizi, condizioni di lavoro discriminanti, disparità di opportunità e requisiti legislativi durante la transizione.

I rischi in relazione alla salute mentale si manifestano principalmente nelle seguenti aree:

Spagna: depressione, frequenti sbalzi d'umore, sentimenti di disperazione, paura del rifiuto, paura dell'impossibilità di creare relazioni sane con gli altri,



conseguenze del bullismo, autolesionismo e pensieri di autolesionismo, comportamento suicidario, ansia, somatizzazione, abuso di sostanze, disturbi alimentari, sfiducia nella società, resistenza e rifiuto della società maggioritaria, isolamento.

Repubblica Ceca: lo stress derivante da bisogni insoddisfatti si manifesta principalmente nella depressione; ansia (soprattutto ansia sociale); sentimenti ripetitivi di disperazione; sbalzi d'umore; pensieri compulsivi che si traducono in rituali simili a DOC. Qualche menzione di disturbi alimentari; autolesionismo; somatizzazione; rabbia e aggressività; abuso di alcol e droghe. Vengono menzionati anche problemi relazionali, permanenza in relazioni disfunzionali, isolamento sociale e solitudine. Rischio di diagnosi errata (es.: Disturbo borderline di personalità).

Italia: ansia, somatizzazione, depressione, frequenti sbalzi d'umore, disregolazione emotiva, sentimenti di disperazione, paura del rifiuto, sensazione di alterità, stigmatizzazione, autolesionismo e pensieri di autolesionismo, comportamento suicidario, abuso di sostanze, gioco d'azzardo, sfiducia nella società, resistenza e rifiuto della società maggioritaria e isolamento.

6. Conclusioni

Il difficile contesto dell'incongruenza di genere, della transizione e del riconoscimento legale del genere in Europa (e oltre) richiede un'introduzione approfondita sui concetti attuali e un approfondimento sulle basi, sia teoriche che pratiche, di un'assistenza ben informata e di alta qualità. La chiave per il benessere della popolazione transgender e intersessuale non si basa solo sulla situazione del panorama europeo. Lo scopo di questo rapporto sulle Linee



Guida di Base è di esplorare il contesto e fornire un terreno comune per le attività successive nell'ambito del progetto SWITCH (Sostenere il benessere e l'integrazione delle vittime transgender in ambienti assistenziali con un approccio olistico).

L'ambito del progetto abbraccia tre paesi partecipanti, i cui esperti hanno collaborato al Rapporto, ma fornisce un riferimento importante e prezioso per coloro che lavorano con persone transgender e intersessuali altrove in Europa e oltre. Gli strumenti terapeutici e la metodologia qui delineati sono intesi come una risorsa per istruire ulteriormente i professionisti sanitari su come adottare un approccio delicato e imparziale alle cure trans-specifiche. Questi servizi sanitari sono spesso la porta di ingresso per il riconoscimento legale del genere dei clienti trans e l'affermazione sociale della loro vera identità. Con un'assistenza sanitaria rispettosa e trans-informata, i professionisti possono contribuire a sostenere i clienti trans nel condurre una vita sicura e dignitosa.

Oltre agli specialisti in sanità e salute mentale, questo rapporto può servire come risorsa per educatori e decisori politici, avendo così implicazioni più ampie nella sfera del riconoscimento di genere e dei diritti delle persone transgender e intersessuali.



APPENDICE - MAPPATURA DELLE MIGLIORI PRATICHE TERAPEUTICHE IN TRE PAESI PARTNER

REPUBBLICA CECA

Il progetto SWITCH ha coinvolto cinque consulenti/terapeuti professionisti della Repubblica Ceca che forniscono servizi di consulenza e psicoterapia a persone della comunità transgender/non binaria/intersessuale.

Il numero di clienti per i singoli professionisti variava, da diversi clienti a diverse dozzine. Gli uomini trans erano leggermente predominanti rispetto alle donne trans. C'erano pochissimi clienti non binari, quasi nessuno, e i professionisti non avevano clienti intersessuali.

I metodi terapeutici usati con gli utenti sono stati vari, ma nessun professionista ha utilizzato un solo modello; i terapeuti avevano spesso un approccio diversificato. Alcuni professionisti (due) hanno utilizzato modelli psicoanalitici o psicodinamici: arte-terapia, psicoterapia umanistica, terapia attraverso il dramma, terapia orientata al corpo e altri diversi metodi. Un esperto ha fornito solo consulenza on-line (a distanza), non servizi di terapia.

Tutti i professionisti hanno ottenuto dati sui loro clienti principalmente attraverso interviste, meno spesso utilizzando strumenti formali. La comunicazione aperta è stata considerata lo strumento più importante,



insieme a un approccio non direttivo e rispettoso. Gli standard etici citati più di frequente includevano: rivolgersi al cliente utilizzando il nome e il sesso preferiti, essere aperti a qualsiasi cambiamento e sviluppo relativo al nome e al genere preferiti, non patologizzare il problema dell'essere transgender.

Gli argomenti più frequentemente portati dai clienti trans al counselling/terapia sono stati la sicurezza, il supporto degli altri, la definizione dei confini nelle relazioni, il dolore emotivo, il rapporto con la comunità e le risorse della comunità. La dipendenza da sostanze, al contrario, è stato l'argomento meno comune.

L'elenco dei 25 argomenti principali affrontati è riportato nel manuale

"Seeking Safety", che si concentra sul lavoro con traumi e PTSD.

La parte successiva ha indagato specificamente argomenti relativi agli utenti trans, non binari e intersessuali, il più frequente dei quali è stato "l'accettazione di amici e familiari", seguito da coming out, accettazione da parte della società Ceca, stress negli spazi pubblici, accettazione sul luogo di lavoro, preoccupazioni sul possibile fraintendimento dell'identità, disforia fisica e problemi legati all'aspetto fisico, valutazione della transizione ufficiale, tema della terapia ormonale e dei suoi effetti sulla salute mentale. L'argomento meno frequente è stato la questione dell'identità intersessuale, seguita dal divorzio obbligatorio e il rapporto tra fede e identità. L'elenco di argomenti sopra riportato si basa sull'esperienza contenuta nel rapporto finale "Concerns and Wishes of Trans People" e sulle pratiche di Transparent z.s.

Tutti gli esperti hanno convenuto che le esigenze e i bisogni dei clienti differiscono nelle diverse fasi della vita. I bambini e gli adolescenti affrontano



principalmente il problema dell'accettazione da parte dei genitori e della scuola. Gli adulti affrontano problemi principalmente legati al lavoro e alle relazioni familiari e si adattano a un nuovo ruolo nella vita. I hanno dichiarato di non avere esperienza con clienti anziani. Uno specialista ha sottolineato come per gli anziani ci sia un alto rischio di solitudine e la necessità di servizi speciali per gli anziani (e il rischio che non siano rispettati) così come del contatto con coetanei con esperienze simili.

Secondo gli esperti, lo stress a lungo termine derivante dal mancato soddisfacimento dei bisogni delle persone trans può manifestarsi nei seguenti modi: depressione, ansia (soprattutto ansia sociale), sentimenti reiterati di disperazione, sbalzi d'umore o pensieri ossessivi che portano a rituali simili a quelli del disturbo ossessivo-compulsivo. Alcuni utenti hanno menzionato disturbi alimentari, autolesionismo, manifestazioni somatiche, rabbia e aggressività, abuso di alcol e droghe. Le persone valutate hanno anche espresso i loro problemi di relazione, come il mantenimento di relazioni disfunzionali, l'isolamento sociale e la solitudine.

Un esperto ha affermato che ad alcuni utenti è stato diagnosticato un Disturbo Borderline di Personalità, ma che i sintomi che avrebbero giustificato una tale diagnosi, dal punto di vista del professionista, erano probabilmente una "conseguenza di frustrazione, paura e tensione a lungo termine".

Conclusioni dei professionisti relative al lavoro con clienti trans, non binari e intersessuali:

"Per la stragrande maggioranza dei clienti, è fondamentale avere la possibilità di intraprendere una terapia che sia aperta e che li accetti, consentendo loro di stabilire in autonomia i limiti della terapia, e che sia



coperta dal loro regime assicurativo. Tutti, in particolare i clienti più giovani, apprezzerrebbero il supporto nei loro rapporti familiari".

"Le pratiche specialistiche fornite (sessuologia, sebbene sia inclusa anche l'endocrinologia) sono principalmente improntate ad un approccio puramente medico che è canonico e obsoleto, incoerente e quindi incontrollabile. Manca un supporto sostenibile (non solo dal punto di vista economico) professionale e terapeutico. Non esiste una rete di esperti che crei un ambiente amichevole (anche le reazioni degli esperti sono standard, non importa quanto ben intenzionate, e quindi degradanti).

ITALIA

Il progetto SWITCH ha coinvolto cinque consulenti/terapeuti professionisti italiani che forniscono servizi di consulenza e psicoterapia a persone della comunità transgender/non binaria/intersessuale.

Il numero di utenti per i singoli professionisti variava, da diversi clienti a venti o trenta. Gli utenti più frequenti erano le persone trans; gli uomini trans erano leggermente predominanti sulle donne trans. C'erano pochissimi utenti non binari, quasi nessuno, e i professionisti non avevano alcuna esperienza con tale categoria. I professionisti hanno seguito alcuni casi di persone intersessuali.

I metodi terapeutici usati con questi utenti sono stati vari, ma nessuno ha lavorato nell'ambito di un solo modello; spesso i terapeuti hanno adottato approccio diversificato. Alcuni professionisti (3) hanno utilizzato principalmente



il lavoro con la psicoterapia familiare all'interno di un approccio sistemico o psicodinamico. Alcuni hanno menzionato la psicoterapia corporea, l'arte terapia e l'immaginazione, la meditazione guidata, il lavoro con le emozioni, la dramma-terapia (psicodramma e giochi di ruolo), la psicoterapia narrativa, gli approcci psicologici positivi e la mediazione familiare.

Tutti i professionisti hanno ottenuto dati sui loro utenti principalmente attraverso interviste, meno spesso utilizzando strumenti formali. Sono stati utilizzati strumenti specifici per identificare i problemi mentali più gravi e per valutare il rischio di suicidio, e metodi proiettivi (disegno della figura umana, famiglia). Un professionista ha menzionato il monitoraggio delle cartelle cliniche e l'utilizzo di un'intervista strutturata ispirata a Kernberg. Un terapeuta ha affermato che quando la psicodiagnostica era richiesta per andare oltre l'obiettivo del colloquio clinico, ha utilizzato test focalizzati sulla struttura della personalità, in particolare il questionario completo MMPI II. Un altro professionista ha invece suggerito di non utilizzare l'MMPI, perché dal suo punto di vista l'indice di mascolinità nel questionario non era adatto al tipo di utenza e avrebbe dovuto essere modificato. Uno dei terapeuti ha affermato di aver collaborato con uno psichiatra quando ha avuto necessità di una valutazione più approfondita dello stato mentale dell'utente.

Un professionista ha segnalato specificamente la letteratura sul trauma (Michele Giannantonio, 2003-2009, v. 2.1 Da Giannantonio, M. (2009). Psicotraumatologia. Fondamenti e strumenti operativi. Torino: Centro Scientifico Editore). Due terapeuti hanno dichiarato di utilizzare la versione italiana delle raccomandazioni dell'American Psychological Association per lavorare con le persone transgender (APA, 2015: Guidelines for psych practice



with transgender and gender non-conforming people. American Psychologist, 70 (9), 832 -864. [Http://dx.doi.org/10.1037/a0039906](http://dx.doi.org/10.1037/a0039906)). Tali raccomandazioni sono state tradotte in italiano e sono disponibili su <https://psicamp.it/index.asp?Page=psicologia-transgender-linee-guida>.

Le raccomandazioni più importanti per lavorare con le persone trans sono state le seguenti:

La necessità di una formazione specializzata per poter lavorare con le persone LGBT per i professionisti sanitari e per le altre discipline, la messa in rete dei servizi necessari e l'interconnessione delle cure. Coltivare una relazione con le comunità LGBT per superare i pregiudizi della società e le difese delle persone LGBT. Concentrarsi su possibili barriere all'accesso alle cure, sui temi delle possibili discriminazioni e violenze.

I maggiori principi etici citati sono stati: rispetto delle stesse regole etiche di quando si lavora con qualsiasi altro cliente, ascolto sensibile e rispettoso, assenza di giudizio, non patologizzazione della questione transgender (ma rilevamento precoce di possibili disturbi mentali), aderenza ai principi etici dell'APA.

Nel questionario, i professionisti hanno indicato i seguenti argomenti come più frequentemente implicati quando lavorano con gli utenti trans:

- Dolore emotivo
- Significati e preconcetti
- Relazioni sane
- Richiesta di aiuto
- Sincerità
- Reintegrazione del sé diviso



Gli argomenti meno comunemente menzionati sono stati la dipendenza da sostanze, il supporto di altri (nel recupero), il disturbo post-traumatico da stress, i segnali di sicurezza e pericolo.

L'elenco dei 25 argomenti principali è indicato nel manuale "Seeking Safety", che si concentra sul lavoro con traumi e PTSD.

In un altro questionario, incentrato specificamente sui temi degli utenti trans, non binari e intersessuali, gli argomenti più comuni sono stati i seguenti (dall'alto verso il basso e dal più al meno frequente):

- Accettazione da parte di familiari, amici, scuola
- Aspetto fisico
- Accettazione sociale
- Solitudine, bisogno di socializzazione
- Stereotipi e aspettative sociali
- Orientamento sessuale/asessualità
- Depressione e ansia
- Timore che le altre persone non comprendono l'identità
- Stress da situazioni sociali
- Adempiere al ruolo di uomo/donna.

Gli argomenti meno menzionati sono stati il divorzio obbligatorio e la fede in rapporto all'identità. L'elenco sopramenzionato si basa sull'esperienza contenuta nei rapporti finali Concerns and Wishes of Trans People e le pratiche di Trans-parent z.s.

Sono stati menzionati anche i temi della depersonalizzazione e del tempo/adattamento a un nuovo ruolo.

I bisogni psicologici sia delle donne trans che degli uomini trans



includevano il supporto nel processo di transizione, l'adattamento a un nuovo ruolo, il supporto in caso di paure e dubbi relativi al "nuovo corpo" o alla nuova sessualità. Supporto nell'integrazione della psiche e del corpo, aiuto in caso di mancanza di fiducia negli altri e nel superare le esperienze traumatiche causate dai conflitti con i propri cari (genitori e famiglia). Negli uomini trans, il supporto per "sentirsi uomini" nonostante la presenza dei cicli mestruali e di altri processi fisiologici. Le persone non binarie hanno bisogno di supporto soprattutto per ancorarsi al proprio schema soggettivo, per supportare la loro definizione di identità che la società non considera. I terapeuti di solito non hanno abbastanza esperienza con i bisogni psicologici nelle persone intersessuali. Tutti i gruppi hanno menzionato la necessità di ascolto e sostegno.

Per quanto riguarda le esigenze pedagogiche speciali, viene menzionata la necessità di supportare le persone trans* per ripristinare la fiducia negli altri e per sostenere la consapevolezza di sé e la fiducia in se stessi. Incoraggiarli a non percepire il loro ruolo di uomini/donne secondo le aspettative e i pregiudizi dell'ambiente, ma secondo se stessi. Viene menzionata anche l'educazione ambientale delle persone trans. Per quanto riguarda le persone non binarie e intersessuali, la società non ha quasi informazioni.

Le esigenze economiche e occupazionali più comuni sono la richiesta di condizioni di lavoro non discriminatorie, il problema della ricerca di lavoro e della mancanza di opportunità di lavoro e il tema della prostituzione tra donne / uomini transessuali.

Sono state identificate le seguenti barriere e aree critiche:

1. Barriere fisiche/biologiche per le persone trans - malattie precedenti che complicano la transizione, transizione definita solo da aspetti fisici,



personale medico e di assistenza scarsamente addestrato, rifiuto o incomprensione da parte del personale medico e sfiducia e rifiuto dell'assistenza sanitaria. Sono stati sottolineati anche tratti del corpo e marcatori biologici che determinano il sesso.

2. Barriere psicologiche per le persone trans - confronto con la società e le proprie aspettative, sentirsi minacciati, pregiudizi contro le persone trans (e sfiducia sociale nei confronti delle persone trans), esperienze di discriminazione, stigma, vergogna, solitudine, dolore emotivo. Sensazione di incompletezza, sensazione di non essere percepiti come un "vero uomo / donna". Problemi di genitorialità e riproduzione, stereotipi interiorizzati. Per le persone non binarie, mancanza di consapevolezza dei problemi nella società, incomprensione, lotta con i requisiti per definire il proprio genere, depressione e frustrazione.

3. Barriere nella sfera lavorativa/professionale: discriminazione contro le persone trans* nelle condizioni di lavoro generali, pregiudizi, discriminazione dovuta al processo di transizione in corso, più difficile realizzazione dell'indipendenza economica/finanziaria, difficoltà a trovare un lavoro corrispondente alla propria istruzione ed esperienza.

4. Barriere sociali: in generale, ambienti meno tolleranti e disinformati, compresi quelli sanitari, nonché ostacoli ufficiali alla transizione, un ritardo nel riconoscimento legale dell'identità, incomprensioni, discriminazione e pregiudizio, mancanza di informazioni, intolleranza o mancanza di comprensione nei confronti delle persone non binarie.

Tutti gli esperti hanno convenuto che le esigenze e i bisogni dei clienti differiscono nelle diverse fasi della vita. I più giovani hanno principalmente il problema dell'accettazione da parte dei genitori e della scuola; è necessaria



la formazione di genitori ed educatori. Anche i bambini hanno bisogno di sostegno per l'autoaccettazione.

Gli adolescenti affrontano i problemi degli inibitori ormonali nell'adolescenza e dell'inizio del processo di transizione, della socializzazione e delle relazioni con i coetanei, della necessità di trovare "un loro" gruppo, dei sensi di colpa e dell'incapacità di essere all'altezza delle aspettative della società e dell'ambiente, dei sentimenti di rifiuto. Gli adolescenti hanno bisogno di una guida per stabilire i confini nelle relazioni, nel sostenere la loro identità e nello stabilire relazioni con il terapeuta

Gli adulti affrontano principalmente i problemi del vivere la vita con pienezza, dell'autorealizzazione, dell'accettazione nella società, della conferma della loro identità e della comprensione di "chi sono io". Secondo uno degli esperti, ci sono anche giovani adulti che, a causa delle pressioni familiari, non hanno potuto lavorare sull'identità e richiedono solo un "certificato di disforia di genere", senza accedere così al lavoro psicoterapeutico. I professionisti hanno segnalato una mancanza di esperienza con i clienti anziani. Tuttavia, hanno notato la necessità di migliorare la reputazione delle persone trans più anziane, di supportarle nelle loro scelte e decisioni basate sui loro bisogni e non sulle aspettative della società. A causa dell'età, gli anziani possono sentirsi meno vincolati dalle regole in cui hanno vissuto le loro vite precedenti e decidere di cambiare.

Secondo gli esperti, lo stress a lungo termine derivante dal mancato soddisfacimento dei bisogni delle persone trans può manifestarsi nei seguenti modi: ansia, somatizzazione, stati depressivi, frequenti sbalzi d'umore, disregolazione emotiva, sentimenti di disperazione, paura del rifiuto, sensazione



di alterità, stigmatizzazione, autolesionismo o pensieri al riguardo, comportamento suicida. Abuso di sostanze, gioco d'azzardo. Sfiducia nella società, sfida e rifiuto della società, isolamento.

Infine, i commenti degli esperti riportavano un'enfasi sulla necessità di lavorare con le famiglie delle persone trans sulla loro accettazione, comprensione e sulle identità trans non patologizzanti.

SPAGNA

Il progetto SWITCH ha coinvolto sei consulenti/terapeuti professionisti dalla Spagna che forniscono servizi di consulenza e psicoterapia a persone della comunità transgender/non binaria/intersessuale.

Il numero di utenti per i singoli professionisti variava, da diversi clienti a diverse centinaia. Gli utenti sottoposti a consulenza e terapia più frequentemente erano persone trans e gli uomini trans erano leggermente predominanti sulle donne trans. Gli utenti non binari erano significativamente più bassi, o i professionisti non avevano alcuna esperienza con tale gruppo. I professionisti avevano una esperienza ridotta con gli utenti intersessuali.

I metodi terapeutici impiegati sono stati vari, ma nessuno operava all'interno di un solo modello; i terapeuti cercavano un approccio diversificato. La maggior parte dei terapeuti (4) utilizzava principalmente un approccio cognitivo-comportamentale, altri (3) hanno citato anche la psicoterapia della Gestalt. Sono state menzionate anche la psicoterapia narrativa e la mediazione familiare. In due casi è stata menzionata la psicoterapia



affermativa LGBT+.

Tutti i professionisti hanno ottenuto dati sui loro clienti principalmente attraverso interviste, meno spesso utilizzando strumenti formali. Alcuni strumenti sono stati utilizzati per identificare problemi mentali più gravi (ad esempio BDI) o rischio di suicidi, i questionari incentrati sulla relazione e sugli atteggiamenti (Adult Attachment Questionnaire, TREC Belief and Attitudes Scale).

Due professionisti hanno citato The World Professional Association for Transgender Health Standards of Care for the Health of Transsexual,

Transgender, and Gender Nonconforming People (WPATH standards of care guide, disponibile al link [https://www.wpath.org / pubblicazioni / soc](https://www.wpath.org/publicazioni/soc)), come la principale risorsa di informazioni. Sono state menzionate anche pubblicazioni sul lavoro psicoterapeutico (ad esempio Theory of Personal Constructs, Kelly, 1995 o Rational Emotive Behavioral Therapy, de Lega, Sorribes, Calvo, 2017). È stato fatto riferimento alla legislazione del 2007 relativa al riconoscimento legale del genere e al cambio di nome.

Le raccomandazioni più importanti per lavorare con le persone trans sono state:

Mantenere un approccio globale, non direttivo e rispettoso. I terapeuti dovrebbero essere consapevoli dei propri modelli di convinzioni e atteggiamenti nei confronti delle persone LGBT+ e dovrebbero decentralizzare l'eteronormatività nel loro approccio. Ascolto attivo e astensione il più possibile dalla valutazione. Necessità di formare professionisti sanitari e di altri campi su come lavorare con le persone LGBT+, creare reti tra i servizi necessari e interconnessione delle cure.



I maggiori principi etici citati sono stati: mantenere le stesse regole etiche di quando si lavora con qualsiasi altro cliente, rivolgersi al cliente nel suo genere preferito e, soprattutto, astenersi dal patologizzare le questioni transgender.

Nel questionario, i professionisti hanno indicato i seguenti argomenti come più frequentemente implicati nel lavoro con gli utenti trans:

- Relazioni sane
- Richiesta di aiuto
- Dolore emotivo
- Prendersi cura di se stessi e della propria salute
- Risorse comunitarie
- Scoperta ed esplorazione
- Affrontare le offese
- Rispettare il proprio tempo

Gli argomenti meno comuni erano significati e pregiudizi, disturbo post-traumatico da stress, dipendenza da sostanze e cambiamento nel pensiero.

L'elenco dei 25 argomenti principali è definito nel manuale "Seeking

Safety", che si concentra sul lavoro con traumi e PTSD.

In un altro questionario, focalizzato specificamente sui temi degli utenti trans, non binari e intersessuali, gli argomenti più comuni sono stati i seguenti (dall'alto verso il basso dal più al meno frequente):

- Disforia corporea e tema dell'apparenza
- valutazione della possibilità di effettuare la transizione ufficiale
- Accettazione sul lavoro



- Accettazione da parte della società
- Preoccupazioni relative all'impossibilità di fare comprendere e accettare la propria identità
- Interventi chirurgici e loro qualità
- Coming out e accettazione
- Accettazione da parte di familiari e amici
- Possibilità di socializzazione, solitudine
- Stereotipi e aspettative sociali
- Problemi sul posto di lavoro / nella ricerca di un lavoro
- Discriminazione
- Lavoro e altri ambiti della vita
- Preoccupazioni per l'accettazione sul lavoro
- Terapia ormonale e relativo effetto sulla condizione mentale

L'argomento meno comune è stato l'intersessualità, seguito dal divorzio obbligatorio e dalla relazione tra fede e l'identità. L'elenco precedente si basa sull'esperienza contenuta nei rapporti finali Preoccupazioni e desideri delle persone trans e nelle pratiche di Transparent z.s.

Tra gli altri argomenti menzionati dagli intervistati c'erano: "Rabbia per il fatto che sono nato in questo modo", tristezza e sentimenti di ingiustizia, transizione in età avanzata, accettazione da parte della famiglia inclusi i nonni, problemi a scuola, difficoltà nel trovare un partner e disaccordi nelle relazioni e terapia di coppia. I genitori di bambini transgender spesso erano alla ricerca di spiegazioni biologiche.

I bisogni psicologici sia nelle donne trans che negli uomini trans includevano l'accettazione della propria identità e del proprio corpo, il sostegno nel fare



coming out in famiglia e al lavoro e nel superare la paura del rifiuto, problemi di genitorialità, lotta ai pregiudizi pubblici (donne trans associate alla prostituzione) e discriminazione, ricerca di partner di vita/sessuali, amici, realizzazione personale. Inoltre, è emerso il problema della depressione, dell'ansia, della fobia sociale, dell'autolesionismo, della transfobia interiorizzata. Per le persone non binarie, i bisogni si sono concentrati sulla necessità di supporto, soprattutto per il fatto di non essere riconosciuti dalla società, sulla necessità di rendere i loro bisogni riconosciuti e visibili, di ancorarsi al proprio schema soggettivo, di trovare la propria strada, di supporto nella gestione della frustrazione e di lavorare con le emozioni.

È stato notato che i terapeuti di solito non hanno abbastanza esperienza con i bisogni psicologici dei clienti intersessuali.

L'educazione sulle identità trans è stata segnalata come necessaria, in particolare per il personale pedagogico, gli studenti e gli insegnanti e la società educativa, con l'obiettivo di non stigmatizzare e patologizzare le persone transgender. L'istruzione orientata verso le persone trans dovrebbe concentrarsi in particolare sulla sensibilizzazione circa i loro diritti e opportunità. C'è un bisogno specifico di educare la società alle identità non binarie e intersessuali, compresi i professionisti della salute e dell'istruzione.

Le esigenze economiche e occupazionali più comuni degli intervistati erano la mancanza di non stigmatizzazione nella ricerca di lavoro e nei colloqui di lavoro e la mancanza di condizioni di lavoro sicure e non discriminatorie. Devono essere modificate le condizioni per il cambio formale di nome e identità, le norme vigenti sono considerate discriminatorie. La questione delle persone non binarie dovrebbe essere inclusa nei documenti legali. Altre esigenze includevano la



necessità di comprensione, la possibilità di autodeterminazione di genere e la necessità di professionisti più formati che lavorassero su questo argomento.

Sono state identificate le seguenti barriere e aree critiche:

1. Barriere fisiche/biologiche per le persone trans - mancanza di monitoraggio e prevenzione della salute, malattie pregresse che complicano la transizione, personale medico scarsamente formato ed erogazione di cure subordinate alla transizione. Problemi di salute legati all'uso di ormoni. Bassa qualità delle procedure chirurgiche.

2. Barriere psicologiche: scarsa autostima, stress delle minoranze, sentirsi minacciati, vivere in una società con pregiudizi nei confronti delle persone trans (e sfiducia nei confronti delle persone trans nella società), paura del rifiuto, esperienza di discriminazione, sentirsi incompleti, preoccupazioni sugli effetti di ormoni sulla psiche. Nelle donne trans, esperienza di degrado dell'oggetto del desiderio sessuale, attribuendo alla donna il ruolo di prostituta; gli uomini trans invece non sono considerati "uomini veri". Problemi di genitorialità e riproduzione. Stereotipi interiorizzati. Per le persone non binarie, mancanza di consapevolezza dei problemi nella società, esperienza di incomprensioni.

3. Barriere nella sfera lavorativa/professionale: minori opportunità per entrare nel mercato del lavoro, mancanza di stabilità correlata al lavoro, sostegno insufficiente nell'istruzione e potenziale abbandono scolastico, che porta di conseguenza a una posizione più difficile sul mercato del lavoro, ad un effetto negativo sulle opportunità di lavoro oppure a discriminazione intorno al processo di transizione e il cambiamento dei documenti legali e dei nomi delle persone trans, transfobia sociale.



4. Barriere nella società: condizioni legali di transizione - ad esempio, il requisito di uso di ormoni per due anni prima che una persona possa cambiare ufficialmente nome e documenti, l'intervento chirurgico non coperto dall'assicurazione sanitaria, la durata dell'intero processo e procedure legali. Ambienti intolleranti e disinformati, soprattutto al di fuori delle grandi città, in cui le persone trans sono emarginate e incomprese.

Tutti gli esperti hanno convenuto che le esigenze e i bisogni dei clienti differiscono nelle diverse fasi della vita. I bambini si preoccupano principalmente dell'accoglienza da parte dei genitori e della scuola; è necessaria l'istruzione per genitori ed educatori. Gli adolescenti affrontano i problemi degli inibitori ormonali nell'adolescenza e nell'avvio del processo di transizione, cure mediche adeguate, comunicazione e accettazione, socializzazione e relazioni dei genitori con i coetanei, autolesionismo e comportamento suicida.

Gli adulti affrontano problemi principalmente per il sostegno nel mercato del lavoro, l'accettazione sul lavoro e il sostegno degli amici, l'assistenza sanitaria e la possibilità di transizione indipendentemente dall'età, le questioni emergenti di discriminazione, una legislazione non sufficientemente applicabile contro l'intolleranza e la discriminazione. I clienti anziani hanno un alto rischio di solitudine: non ci sono abbastanza informazioni su questo problema all'interno dei servizi per gli anziani (e il rischio di non rispettare la loro identità e le loro esigenze). Il trattamento ormonale e chirurgico dovrebbe essere disponibile indipendentemente dall'età. Si dovrebbe prestare attenzione alle donne trans anziane che hanno una storia o sono attivamente impegnate nella prostituzione.

Secondo gli esperti, lo stress a lungo termine derivante dal mancato soddisfacimento dei bisogni delle persone trans può manifestarsi come segue:



stati depressivi, frequenti sbalzi d'umore, incapacità di provare felicità, sentimenti di disperazione, paura del rifiuto, paura dell'incapacità creare relazioni funzionali con le persone, espressione degli effetti del bullismo, autolesionismo o considerazioni di autolesionismo, comportamento suicida. Sono stati menzionati anche ansia, somatizzazione, abuso di sostanze, disturbi alimentari/problemi con l'assunzione di cibo, nonché sfiducia nella società, sfida e rifiuto della società, isolamento.

Infine, i commenti degli esperti includevano un'enfasi sul rispetto verso le persone trans, il sostegno alla formazione continua di esperti in professioni assistenziali riguardo all'argomento e il sostegno al miglioramento della qualità della vita delle persone trans, l'importanza del sostegno per loro e le loro famiglie e la necessità di emanare modifiche legali per garantire i diritti e la dignità delle persone trans.

BIBLIOGRAFIA

1. ACA ALBTIC Transgender Committee. (2009) ALBTIC Counseling Transgender Clients. Retrieved November 10, 2020, from https://www.counseling.org/Resources/Competencies/ALBTIC_Competencies.pdf
2. Amendt-Lyon, N., Spagnuolo Lobb, M. (n.d.). Description of Gestalt Therapy. Retrieved November 10, 2020, from <https://www.eagt.org/joomla/index.php/2016-02-25-13-29-31/de- scription-of-gt>
3. American Psychological Association. (2015). Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming Peo-



- ple. *American Psychologist*, 70(9), 832-864.
doi.org/10.1037/a0039906)
<https://www.apa.org/practice/guide-lines/transgender.pdf>
4. Amnesty International. (2014). *The State Decides Who I Am, Lack of Legal Recognition for Transgender People in Europe*, retrieved November 10, 2020 from https://www.amnesty.eu/wp-content/uploads/2018/10/the_state_decides_who_i_am.pdf
 5. Asia Pacific Forum of National Human Rights Institutions. (2016). *Promoting and Protecting Human Rights in relation to Sexual Orientation, Gender Identity and Sex Characteristics*. Asia Pacific Forum of National Human Rights Institutions. ISBN 978-0-9942513-7-4.
 6. Carlström, R., Ek, S., & Gabrielsson, S. (2020). 'Treat me with respect': transgender persons' experiences of encounters with healthcare staff. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*.
 7. Center for Trauma & Embodiment at Justice Resource Institute, About. (n.d.). Retrieved November 10, 2020, from <https://www.traumasensitiveyoga.com/about>
 8. Chapman, R., Zappia, T., & Shields, L. (2012). An essay about health professionals' attitudes toward lesbian, gay, bisexual and transgender parents seeking healthcare for their children. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(2), 333-339.
 9. Cherland E. (2012). The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, Self-Regulation. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 21(4).
 10. Edenfield, T., & Saeed, S. (2012). An update on mindfulness meditation as a self-help treatment for anxiety and depression. Retrieved November 10, 2020, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3500142/>
 11. 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(3), 321-336.
12. Ehrensaft, D. (2012). From gender identity disorder to gender identity creativity: True gender self child therapy. *Journal of homosexuality*, 59(3), 337-356.
 13. Galop (n.d.). Transphobia. Retrieved November 10, 2020, from <https://www.galop.org.uk/transphobia/>
 14. GLAAD (2018). Transgender FAQ. Retrieved November 10, 2020, from <https://www.glaad.org/transgender/transfaq>
 15. Institute, Inc. (2020) What is EMDR? Retrieved November 10, 2020, from <https://www.emdr.com/what-is-emdr/>
 16. Intersex Society of North America (n. d.). What is intersex? (n.d.). Retrieved November 10, 2020, from https://isna.org/faq/what_is_inter-sex/
 17. Ervin, A. (n.d.). The Ethics of Working with Ground Rules Transgender and Gender. Retrieved November 10, 2020, from https://cdn.ymaws.com/www.papsy.org/resource/collection/C954A5EF-F25C-4505-A0EA-25C6047A068D/W16_Ethics_of_Transgender.pdf
 18. Fausto-Sterling, Anne (2000). *Sexing the Body: Gender Politics and Construction of Sexuality*. New York: Basic Books.
 19. European Association for Psychotherapy. (2019). Biosynthesis Therapy. Retrieved November 10, 2020, from <https://www.europsych.org/approaches/biosynthesis/>
 20. Heller, L. (2019). Introduction to the NeuroAffective Relational Model [NARM]. Retrieved November 10, 2020, from <https://drlaurence-heller.com/narm-introduction/>
 21. Heller, L. (2019). What is NARM? Retrieved November 10, 2020, from <https://narmtraining.com/what-is-narm/>
 22. Jenner, C. O. (2010). Transsexual primary care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22(8), 403-408.



23. Lev, A. I. (2004). Transgender emergence: Understanding diverse gender identities and expressions. Retrieved May, 1, 2018.
24. Levine, P. (2020). What Is Somatic Experiencing? Retrieved November 10, 2020, from <https://traumahealing.org/about-us/>
25. Lowen Foundation, (n.d.). What are Bioenergetics? Retrieved November 10, 2020, from <https://www.lowenfoundation.org/what-is-bioenergetics>
26. Najavits, L. (2019). Seeking Safety: A Model to Address Trauma and Addiction Together. Retrieved November 10, 2020, from <https://www.rehabs.com/pro-talk/seeking-safety-an-evidence-based-model-to-address-trauma-and-addiction-together/>
27. Namaste, V. (2000). Invisible Lives: The Erasure of Transsexual and Transgendered People. University of Chicago Press, Chicago.
28. National Association of Cognitive Behavioral Therapists. (n.d.). What is Cognitive-Behavioral Therapy (CBT)? Retrieved November 10, 2020, from <https://nacbt.org/whatiscbt.htm/>
29. Office of the High Commissioner for Human Rights. (2015). A step forward for intersex visibility and human rights. Retrieved November 10, 2020, from <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/Astepforwardfor-intersexvisibility.aspx>
30. Pavlica, K. et al. (2018). The Fears and Hopes of Trans People. Prague: Transparent, z. s.
31. Pesso PBSP International LLC, 2011. Retrieved November 13, 2020, from <https://pbsp.com/>.
32. Porges, S. W. (2007). The polyvagal perspective. Biological psychology, 74(2), 116-143.
33. Platforma pro rovnoprávnost, uznání a diverzitu z.s. (PROUD). (2015). Report on Trans People and Their Experience Health Care and Legislation in the Czech Republic. Prague: PROUD.



34. Psychology Today (n.d.). Psychodynamic Therapy. Retrieved November 10, 2020, from <https://www.psychologytoday.com/us/therapy-types/psychodynamic-therapy>
35. Reisner, S. L., Poteat, T., Keatley, J., Cabral, M., Mothopeng, T., Dunham, E., Holland, C. E., Max, R., & Baral, S. D. (2016). Global health burden and needs of transgender populations: a review. *Lancet* (London, England), 388(10042), 412–436.
36. Seeking Safety (2020) <http://www.treatment-innovations.org> and www.seekingsafety.org:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1868418/>
37. Sedlak, C. A., Veney, A. J., & Doheny, M. O. B. (2016). Caring for the transgender individual. *Orthopaedic Nursing*, 35(5), 301-306.
38. Selix, N. and S. Rowniak. 2016. "Provision of Patient-Centered Transgender Care." *Journal of Midwifery and Women's Health*. 61(6):744-751. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jmwh.12518>
39. Schwartz, A. (2017, December 19). Somatic Therapy: Dr. Arielle Schwartz. Retrieved November 12, 2020, from <https://drarielleschwartz.com/somatic-therapy/>
40. TCTSY. (n.d.) What Is Trauma-Sensitive Yoga? About. Retrieved November 10, 2020, from <https://www.traumasensitivelyoga.com/about>
41. The International Focusing Institute (n.d.). What Is Focusing? Retrieved November 10, 2020, from <https://focusing.org/felt-sense/what-focusing>
42. The Young Scot Card (n.d.). What is transphobia? Retrieved November 10, 2020, from <https://young.scot/get-informed/national/what-is-transphobia>
43. United Nations. (2019). A major win for transgender rights: UN health agency drops 'gender identity disorder', as official diagnosis.



- Retrieved November 10, 2020, from <https://www.un.org/sustainable-development/blog/2019/05/a-major-win-for-transgender-rights-un-health-agency-drops-gender-identity-disorder-as-official-diagnosis/>
44. Van der Kolk B., Stone, L., West, J., Rhodes, A., Emerson, D., Suvak, M., & Spinazzola, J. (2014). Yoga as an adjunctive treatment for posttraumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *The Journal of clinical psychiatry*, 75(6), 559-565.
 45. Virupaksha, H. G., Muralidhar, D., & Ramakrishna, J. (2016). Suicide and Suicidal Behavior Among Transgender Persons. *Indian journal of psychological medicine*, 38(6), 505-509.
 46. Wistreich, N. (n.d.). What is the Person-Centred Approach? Retrieved November 10, 2020, from <https://www.thepca.org.uk/about/what-is-it.html>
 47. Wikipedia. (n.d.). Transphobia. Retrieved November 10, 2020, from <https://rationalwiki.org/wiki/Transphobia>
 48. Wikipedia. (2020). History of intersex surgery. Retrieved November 10, 2020, from https://en.wikipedia.org/wiki/History_of_intersex_surgery
 49. World Health Organization (WHO). (2019). *The ICD-11 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Genève, Switzerland: World Health Organization.
 50. World Professional Association for Transgender Health (WPATH). (2011). *Standards of Care (SOC) for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People*. Retrieved November 10, 2020, from <https://www.wpath.org/publications/soc>