



# 23.

## La disforia di genere

Vittorio Lingiardi, Nicola Carone

La storia diagnostica e sociale della disforia di genere è breve ma movimentata (Drescher 2010, 2013; Person 1999). Prima di riassumerla crediamo sia utile, per una migliore comprensione clinica dell'argomento, ricordare alcune definizioni e fissare alcune tappe fondamentali.

Il termine *genere* è stato usato per la prima volta negli anni Cinquanta del secolo scorso per distinguere l'identità e il ruolo in cui l'individuo si riconosce dall'anatomia dei suoi genitali. Per molto tempo, infatti, si è ritenuto che il sesso inevitabilmente coincidesse con il genere e lo determinasse, senza scarti né infrazioni (Lingiardi e Vono 2012). Si è, quindi, sentita la necessità di differenziare la categoria anatomica e biologica di appartenenza (*sesso*) dalle categorie psicologiche e sociali di *maschile* e *femminile* (*genere*) così come vengono a "costruirsi" culturalmente e ad articolarsi nei contesti relazionali. Un individuo nasce *femmina* o *maschio* (più raramente può presentare una condizione di *intersessualità*), ma la sua *identità di genere* (sentirsi un maschio, sentirsi una femmina, sentirsi qualcos'altro) e il suo *ruolo di genere* (aderire a comportamenti e aspettative socio-culturali di mascolinità e femminilità o di altro genere) non sempre coincidono con il suo sesso biologico. La confusione e la sovrapposizione tra *sesso*, *identità di genere*, *ruolo di genere* (e talvolta anche *orientamento sessuale*) ha generato confusione ed errori clinici e scientifici.



Quando sesso biologico, identità di genere e ruolo di genere “corrispondono” si parla di persone *cisgender*; quando tale “corrispondenza” non si realizza si parla di persone *transgender*. Solitamente, si usa il termine *transessuale* per definire un individuo, maschio o femmina, che sente il proprio sesso biologico non coerente con la propria identità di genere. La persona transessuale attua o si propone di attuare interventi chirurgici e/o ormonali mirati ad adeguare il proprio corpo al senso della propria identità. Il termine popolare *transgender* solitamente indica un individuo che, pur disconfermando le aspettative, i ruoli e gli atteggiamenti tradizionali legati al genere, può mantenere inalterato il proprio sesso biologico.

Il termine *transessualismo* è stato coniato nel 1923 dal medico tedesco, pioniere della sessuologia, Magnus Hirschfeld (seelischer Transsexualismus [*transessualismo psichico*]), e poi ripreso, nel 1949, dal sessuologo americano David Caldwell per definire il desiderio “di essere un membro a pieno titolo del sesso opposto”. Nel 1952, il marine statunitense George Jorgensen (1967) si sottopone, in Danimarca, a un intervento di riassegnazione chirurgica del sesso MtF (*Male to Female*) e torna negli Stati Uniti con un nuovo corpo e un nuovo nome, Christine Jorgensen. Nel 1960, Richard Green e John Money (Green e Money 1960) fanno notare la presenza di disforie di genere anche nei bambini e negli adolescenti e, pochi anni dopo, Robert Stoller (1964) introduce l'espressione *identità di genere* per indicare la percezione di sé come uomini o come donne, a prescindere dal proprio sesso biologico e dal proprio orientamento sessuale. Nel 1966, l'endocrinologo Harry Benjamin, dopo aver pubblicato il celebre studio *The Transsexual Phenomenon*, inizia a trattare i suoi pazienti con la terapia ormonale (Benjamin 1966).. La prima riassegnazione FtM (*Female to Male*) è del 1992: Sophia Hedwig diventa Karl Herman.

Oggi, pur in assenza di teorie e ricerche in grado di spiegare in modo soddisfacente i meccanismi alla base delle disforie di genere, la conoscenza e la comprensione delle persone transessuali e trans gender è molto aumentata. La stigmatizzazione sociale, in alcuni casi ancora molto forte, sta cedendo il passo a una graduale apertura culturale, sociale e giuridica alle realtà trans. Vari

film, per esempio, hanno affrontato l'argomento in relazione sia all'infanzia (*La mia vita in rosa* di Alain Berliner, 1997; *Boys Don't Cry* di Kimberly Peirce, 1999; *Tomboy* di Céline Sciamma, 2011) sia all'età adulta (*Transamerica* di Duncan Tucker, 2005; *A Girl Like Me: The Gwen Araujo Story* di Agnieszka Holland, 2006). E sono molte, in diversi paesi, le iniziative a sostegno delle persone trans: aumento dei network informativi rivolti ai/alle transessuali e ai loro familiari; diffusione delle organizzazioni a sostegno delle comunità trans; leggi che puniscono i reati di transfobia; proposte di legge che consentano di modificare il proprio nome in quello desiderato e maggior apertura scolastica per i bambini e le bambine con disforia di genere che chiedono di indossare anche a scuola gli abiti che desiderano.

Ricordiamo brevemente gli aspetti giuridici legati alle condizioni di disforia di genere con o senza riattribuzione chirurgica del sesso (Bilotta 2013). In Italia, fino al 1982, essere transessuali era "vietato", ma, anche in seguito alle battaglie del Movimento Identità Transessuale (MIT), la legge 164 del 14 aprile 1982 "riconosce la condizione delle persone transessuali e legittima la loro aspirazione ad appartenere al sesso opposto", autorizzando, quando valutato necessario, un adeguamento medico-chirurgico dei caratteri sessuali con sentenza del Tribunale. Oltre alla cosiddetta "grande soluzione" (transizione completa dal sesso biologico a quello esperito), in Germania è prevista anche la "piccola soluzione", che consente la riattribuzione anagrafica senza necessità di interventi ormonali e/o chirurgici.

La diagnosi di *disforia di genere* (*Gender Dysphoria*), recentemente introdotta nella quinta edizione del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (APA 2013), sostituisce e perfeziona quella di *disturbo dell'identità di genere*, a sua volta preceduta dalla diagnosi generica di *transessualismo*. Quest'ultima appare come categoria clinica per la prima volta nel 1975 nell'ICD-9 (Drescher, Cohen-Kettenis & Winter, 2012) e poco dopo nel DSM-III (APA 1980). Di seguito, presentiamo una tabella riassuntiva che ripercorre la storia diagnostica dell'identità di genere nell'infanzia, nell'adolescenza e nell'età adulta (tabella 23.1).

**Tabella 23.1** Storia delle diagnosi di genere nei DSM

Edizione (anno)	Classe diagnostica	Etichetta diagnostica
DSM-I (1952)	Non presente	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Nessuna</li> </ul>
DSM-II (1968)	Deviazioni sessuali	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Travestitismo</li> </ul>
DSM-III (1980)	Disturbi psicosessuali	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Transessualismo</li> <li>■ Disturbo dell'Identità di Genere della Fanciullezza</li> <li>■ Disturbo Atipico dell'Identità di Genere</li> </ul>
DSM-III-R (1987)	Disturbi che usualmente compaiono per la prima volta nell'infanzia nella fanciullezza e nell'adolescenza	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Disturbo dell'Identità di Genere della Fanciullezza</li> <li>■ Disturbo dell'Identità di Genere dell'Adolescenza e dell'Età Adulta, Tipo Non Transessuale</li> <li>■ Transessualismo</li> <li>■ Disturbo dell'Identità di Genere Non Altrimenti Specificato</li> </ul>
DSM-IV (1994)	Disturbi sessuali e dell'identità di genere	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Disturbo dell'Identità di Genere nei Bambini</li> <li>■ Disturbo dell'Identità di Genere in Adolescenti e Adulti</li> <li>■ Disturbo dell'Identità di Genere Non Altrimenti Specificato</li> </ul>
DSM-IV-TR (2000)	Disturbi sessuali e dell'identità di genere	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Disturbo dell'Identità di Genere nei Bambini</li> <li>■ Disturbo dell'Identità di Genere in Adolescenti e Adulti</li> <li>■ Disturbo dell'Identità di Genere Non Altrimenti Specificato</li> </ul>
DSM-5 (2013)	Disforia di genere	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Disforia di Genere nei Bambini</li> <li>■ Disforia di Genere in Adolescenti e Adulti</li> <li>■ Altra Disforia di Genere Specificata</li> <li>■ Disforia di Genere Non Specificata</li> </ul>

La quinta edizione del DSM (APA 2013) introduce cambiamenti importanti, a partire dalla scelta di una nuova etichetta diagnostica, dove il termine *disforia* sostituisce quello di *disturbo*.<sup>1</sup> Inizialmente, era stato proposto il termine *incongruenza di genere*, per caratterizzare l'aspetto nucleare della disforia, ossia un'incongruenza tra l'aspettativa di vita basata sul sesso di nascita e l'identità esperita e/o espressa. Con *disforia di genere* si vuole, invece, sia sottolineare la componente emotiva dolorosa e angosciante legata al genere di nascita sia ridurre la portata patologizzante della diagnosi (De Cuypere et al. 2010; Knudson et al. 2010; Zucker et al. 2013).

Nella fase preparatoria del DSM 5, il destino riservato al *disturbo dell'identità di genere* era stato motivo di non poche preoccupazioni e controversie: se mantenere la sua presenza nella nuova edizione del manuale diagnostico ne ribadiva la dimensione di disturbo mentale e ne rinforzava lo stigma sociale, la sua eliminazione annullava inevitabilmente le possibilità di rimborso sanitario/assicurativo degli interventi medici necessari. Nel controverso equilibrio tra varianza di genere come frutto della "normale variabilità umana" (Drescher 2013, p. 11) o, al contrario, espressione di patologia, l'American Psychiatric Association ha deciso di non derubricare la diagnosi in modo da garantire le coperture assicurative, di utilizzare il termine non patologizzante di *disforia* e ha pubblicato due *position statements* in cui ribadisce l'opposizione a qualsiasi forma di discriminazione delle persone transgender (APA 2012a) e il supporto all'assistenza sanitaria per le cure ormonali e le operazioni di riattribuzione chirurgica del sesso (APA 2012b).

Sostenuta da rassegne della letteratura (Cohen-Kettenis e Pfäfflin 2010; Drescher 2010; Meyer-Bahlburg 2010; Vance et al. 2010; Zucker, 2010) e da comunicati sulla base di evidenze cliniche (*Clinical and Public Health Committee*) e di ricerca (*Scientific Review Committee*), la diagnosi di *disforia di genere* trova nel DSM 5 una

---

<sup>1</sup> Per ragioni di omogeneità, nel capitolo abbiamo utilizzato "disforia di genere" (DG) anche in riferimento a modelli clinici e teorici che, precedenti al DSM-5, impiegano l'espressione Disturbo dell'Identità di Genere (DIG).

### Tabella 23.2 DSM-5 Disforia di genere nei bambini - Criteri diagnostici

**A.** Una marcata incongruenza tra il genere esperito/espresso da un individuo e il genere assegnato, della durata di almeno 6 mesi, che si manifesta attraverso almeno sei dei seguenti criteri (di cui uno deve necessariamente essere il criterio A1):

- Un forte desiderio di appartenere al genere opposto o insistenza sul fatto di appartenere al genere opposto (o a un genere alternativo diverso da quello assegnato).
- Nei maschi (genere assegnato), una forte preferenza per il travestimento con abbigliamento tipico del genere opposto o per la simulazione dell'abbigliamento femminile; nelle femmine (genere assegnato), una forte preferenza per l'indossare abbigliamento tipicamente maschile e una forte resistenza a indossare abbigliamento tipicamente femminile.
- Una forte preferenza per i ruoli cross-gender nei giochi di simulazione o di fantasia.
- Una forte preferenza per giocattoli, giochi o attività stereotipicamente utilizzati o praticati dal genere opposto.
- Una forte preferenza per compagni di gioco del genere opposto.
- Nei maschi (genere assegnato), un forte rifiuto di giocattoli, giochi e attività tipicamente maschili, e un forte evitamento di giochi di lotta; nelle femmine (genere assegnato), un forte rifiuto di giocattoli, giochi e attività tipicamente femminili.
- Una forte avversione per la propria anatomia sessuale.
- Un forte desiderio per le caratteristiche primarie e/o secondarie corrispondenti al genere esperito.

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

*Specificare se:*

**Con un disturbo dello sviluppo sessuale** (ad esempio, un disturbo androgenitale congenito come iperplasia surrenale congenita oppure sindrome da insensibilità agli androgeni).

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

nuova veste. In particolare, come vediamo nelle tabelle 23.2 e 23.3, viene enfatizzato il concetto di *incongruenza di genere* in contrasto con quello di *identificazione con l'altro sesso* presente nel DSM-IV-TR. Per i bambini, A1 è il criterio *sine qua non* per diagnosticare la disforia di genere e il forte desiderio per le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie corrispondenti al

genere esperito (A8) è stato separato dalla forte avversione per la propria anatomia sessuale (A7); per gli adolescenti e gli adulti, viene proposto un set di indicatori più specifico e dettagliato e vengono eliminati i sottotipi relativi all'orientamento sessuale e aggiunti quelli basati sulla presenza/assenza di *disturbo dello sviluppo sessuale*; il termine *sex* viene sostituito dal termine *gender*, per rendere applicabili i criteri anche a individui con *disturbo dello sviluppo sessuale*; viene eliminata la dicitura del "presunto vantaggio culturale" (criterio A, DSM-IV-TR), allontanandosi, dunque, da una logica di tipo causale; viene introdotta la durata di sei mesi per discriminare tra disforia di genere passeggera (falso positivo) e *disforia di genere persistente*; viene introdotta la specifica sul post-transition, che consente a tutti coloro che abbiano effettuato la transizione in modo soddisfacente di "perdere" la diagnosi di *disforia di genere*. Al tempo stesso, diventa possibile mantenere all'interno della categoria clinica quelle persone che continuano a vivere un sentimento di incongruenza anche dopo la transizione.

Secondo il DSM 5, per gli adulti nati maschi, la prevalenza di disforia di genere varia da 0,005 a 0,014%, per le nate femmine da 0,002 a 0,003%. Viene tuttavia specificato che, poiché non tutte le persone che richiedono un trattamento ormonale e un intervento chirurgico di rassegnazione del genere si rivolgono a centri specializzati, questi tassi sono probabilmente sottostimati (tabelle 23.2 e 23.3).

## Modelli clinici della disforia di genere in età evolutiva

Non esiste una teoria evolutiva in grado di spiegare perché un individuo sviluppi un'identità *transgender* o *cisgender*. Lo psichiatra Robert Stoller (1968, 1975, 1985) è stato uno dei primi a formulare ipotesi in tal senso. Secondo Stoller, l'identità di genere nucleare è una struttura psichica complessa e sostanzialmente imm modificabile dopo i primi anni di vita. Tale nucleo inalterabile ("sono maschio", "sono femmina") va distinto da quell'insieme di convinzioni ("sono maschile", "sono femminile") più articolate

### Tabella 23.3 DSM-5 Disforia di genere in adolescenti e adulti - Criteri diagnostici

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

- Una marcata incongruenza tra il genere esperito/espresso da un individuo e le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie (oppure, in giovani adolescenti, le caratteristiche secondarie anticipate).
- Un forte desiderio di liberarsi delle proprie caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie a causa di una marcata incongruenza con il genere esperito/espresso di un individuo (oppure, nei bambini piccoli, un desiderio di impedire lo sviluppo delle caratteristiche secondarie anticipate).
- Un forte desiderio per le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie del genere opposto.
- Una forte desiderio di appartenere al genere opposto (oppure un genere alternativo diverso dal genere assegnato).
- Un forte desiderio di essere trattato come appartenente al genere opposto (oppure un genere alternativo diverso dal genere assegnato).
- Una forte convinzione di avere i sentimenti e le reazioni tipiche del genere opposto (oppure di un genere alternativo diverso dal genere assegnato).

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

*Specificare se:*

**Con un disturbo dello sviluppo sessuale** (ad esempio, un disturbo androgenitale congenito come iperplasia surrenale congenita oppure sindrome da insensibilità agli androgeni).

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

*Specificare se:*

**Posttransition:** L'individuo è passato a vivere a tempo pieno il genere desiderato (con o senza riconoscimento legale del cambiamento di genere) o si è sottoposto (oppure si sta preparando a sottoporsi) ad almeno una procedura medica cross-sex o a un regime di trattamento con ormoni cross-sex o un intervento chirurgico di riassegnazione del genere che conferma il genere desiderato (ad esempio, penectomia, vaginoplastica in un individuo nato maschio; mastectomia o falloplastica in un individuo nato femmina).



che si ottengono dopo che il/la bambino/a ha imparato ciò che i genitori e la società intendono per mascolinità e femminilità. Secondo il modello stolleriano, l'identità nucleare di genere si sviluppa a partire da tre elementi: l'anatomia e la fisiologia dei genitali; le aspettative e l'atteggiamento dei genitori nei confronti del ruolo di genere del/la bambino/a; l'influenza del sistema endocrino e nervoso sul contesto ambientale. Per spiegare il transessualismo dal punto di vista psicologico, Stoller individua alcuni elementi determinanti:

- eccessiva identificazione con la madre;
- incapacità della madre di permettere al figlio di separarsi da sé e dal proprio corpo (fino a una vera e propria simbiosi);
- assenza di riferimento paterno.

La convinzione della persona transessuale di essere nata nel sesso sbagliato non è considerata da Stoller come delirante, bensì come il risultato di una "identificazione non conflittuale" con la madre (nel caso del maschio transessuale).

Dopo Stoller, nuove formulazioni nel campo della clinica e dello sviluppo infantile hanno cercato di rendere conto della molteplicità di dimensioni sottostanti alle disforie di genere che, tuttavia, rimangono un'esperienza umana in gran parte ancora sconosciuta.

Il modello esplicativo di Kenneth Zucker e Susan Bradley (1995) integra fattori biologici prenatali e fattori psicologici postnatali: *fattori specifici*, quali il temperamento e la reazione dei genitori ai comportamenti tipici dell'altro sesso messi in atto dal/la bambino/a, agirebbero su *fattori generali*, quali l'ansia e la sensibilità del/la bambino/a agli affetti dei genitori e l'incapacità di regolazione affettiva di questi.

In linea con una comprensione multifattoriale della disforia di genere nell'infanzia, Domenico Di Ceglie (1998) propone il termine Organizzazione Atipica dell'Identità di Genere (*Atypical Gender Identity Organization*, AGIO) per definire una configurazione interna la cui espressione fenomenologica è costituita da alcune o tutte le caratteristiche del *disturbo dell'identità di genere* in età evolutiva indicate dal DSM-IV. Tale organizzazione costituirebbe,

secondo Di Ceglie, un sistema di difese con la funzione di “assicurare un senso di sopravvivenza psichica di fronte a un’esperienza di catastrofe psicologica e caos nella prima infanzia (...) o potrebbe essere un modo di integrare esperienze atipiche che hanno una base biologica con percezioni nell’area sessuale” (p. 28). Diversi fattori potrebbero promuovere lo sviluppo di un’organizzazione atipica dell’identità di genere: biologici, psicologici, sociali. Nella maggior parte dei casi, tuttavia, un ruolo preminente sembra giocato dalle esperienze traumatiche nella prima infanzia. All’interno di un “continuum dissociativo” il bambino potrebbe arrivare alla convinzione di “essere la mamma” (o la bambina di “essere il papà”) e per estensione di “essere donna” (o, per la bambina, “essere uomo”). Questo nuovo concetto di sé sarebbe una risposta onnipotente a una minaccia esterna, risposta in grado di assicurare una sopravvivenza psichica. “La realtà interna viene cambiata al fine di ridurre il potere di quella esterna. Tale aspetto della realtà interna finirebbe per predominare (...) stabilendo la supremazia della mente sul corpo per quanto riguarda il genere” (*ibid.*, p. 30). Questi stati mentali di dissociazione avrebbero un impatto notevole sui sistemi neuronali del/la bambino/a ancora in una fase critica dello sviluppo. È possibile, dunque, che, formandosi in una fase molto precoce, l’AGIO diventi un’organizzazione stabile.

Susan Coates (2006) sottolinea come, nei bambini, la presenza di interessi tipici dell’altro genere sia un fenomeno che si manifesta nel corso dello sviluppo normale. Comportamenti tipici dell’altro genere possono rappresentare una “flessibilità di genere”, una breve fase di transizione, o in altri casi un segnale di sofferenza intensa, preludio di disturbi duraturi. Per questi, Coates sottolinea più di altri il ruolo del trauma e dell’ansia da separazione del/la bambino/a. *Fattori non specifici* (ad esempio, la depressione materna e il ritiro paterno), che aumentano i livelli di angoscia nel/la bambino/a, e *fattori specifici* (ad esempio, la sintonizzazione selettiva della madre e talvolta del padre nei riguardi di comportamenti cross-gender), che comportano il ricorso a fantasie di appartenere all’altro genere come soluzione per gestire l’angoscia, potrebbero intrecciarsi col *temperamento* del/la bambino/a in una fase particolarmente sensibile dello sviluppo, dando origine alla disforia.

Peggy Cohen-Kettenis, docente di psicologia presso la Vrije Universiteit di Amsterdam, membro del *Workgroup* del DSM 5 e dell'ICD-11 e curatrice della sesta edizione degli *Standards of Care for Gender Identity Disorder*, è annoverata tra i maggiori esperti di transessualismo a livello internazionale (Kreukels et al. 2013). Sostiene che i fattori in gioco nello sviluppo del transessualismo sono molteplici e, soprattutto in campo biologico, ci sono ancora troppe zone d'ombra per giungere a conclusioni eziologiche, dal momento che anche la nostra conoscenza delle "fasi critiche" - in cui i fattori biologici dovrebbero agire - è molto limitata. Per quanto riguarda i fattori *psicologici* isolati da altri autori - la "beata simbiosi" (Stoller 1968); l'ansia di separazione (Person e Ovesey 1973); il trauma (Coates et al. 1991) - Cohen-Kettenis ha lamentato la scarsità di verifica empirica, dovuta alla difficoltà di operazionalizzare tali fattori. Discorso analogo per i fattori *biologici*: la maggior parte delle teorie si è concentrata sui disturbi cromosomici; altre hanno ipotizzato un disturbo ormonale; altre ancora hanno inteso la disforia di genere come una sorta di disturbo della differenziazione cerebrale. Nessuna di esse, tuttavia, è stata adeguatamente confermata a livello empirico.

## Il trattamento della disforia di genere in età evolutiva

Innanzitutto, è fondamentale considerare il contesto di sviluppo fisico, psicologico e sessuale in cui si inseriscono comportamenti e/o vissuti non conformi al genere attribuito alla nascita (*girlyboys* [bambini "femminili"] e *tomboys* [bambine "maschiacci"], Craig e Lacroix 2011; Corbett 1999; Drescher 1998; Harris 2000; Lingiardi 2007) e distinguere tra "non conformità di genere", intesa come il grado in cui identità, ruolo o espressione di genere di un/a bambino/a differisce dalle norme culturali prescritte per un determinato genere (Institute of Medicine 2011) e "disforia di genere" vera e propria (tabella 23.2).

L'approccio al trattamento della disforia di genere in età infantile e pre-adolescenziale è motivo di acceso dibattito tra gli specialisti rispetto all'approccio al trattamento della disforia di

genere in età adolescenziale e adulta. I sostenitori di un trattamento precoce affermano che questo può incidere maggiormente sui risultati a lungo termine. Le ricerche mostrano tuttavia che soltanto nel 10-30% dei casi la disforia di genere pre-adolescenziale persiste anche in adolescenza ed età adulta. Una minoranza di bambini e bambine con disforia di genere non trattati si identificheranno come transessuali o transgender adulti (*persistenza*); la maggior parte di loro, invece, sarà a proprio agio nel genere assegnato alla nascita (*desistenza*) (Di Ceglie 2013; Drummond et al. 2008; Wallien & Cohen-Kettenis 2008; Zucker e Bradley 1995).

Non vi è accordo sulla definizione di “esito auspicabile” di trattamento e, di conseguenza, su quali obiettivi perseguire. Inoltre, i bambini hanno capacità limitate di prendere decisioni e fornire il proprio consenso informato al trattamento. Un ulteriore ostacolo è dato dalla mancanza di studi randomizzati controllati sull'*outcome* del trattamento di bambini con disforia di genere o qualsivoglia indicatore di varianza di genere (Zucker 2008b).<sup>2</sup>

Si possono distinguere tre differenti approcci al trattamento in età evolutiva (Byne et al. 2012):

- Lavorare con il bambino e i *caregiver* per ridurre la disforia di genere e attenuare i comportamenti e l'identificazione *cross-gender*, presumendo che ciò ne riduca anche la persistenza durante l'adolescenza. In base a questo approccio, la persistenza della disforia di genere infantile che confluisce in forme di transessualismo adulto, con le relative cure ormonali e interventi chirurgici, è considerata un esito indesiderabile. Non vi sono evidenze empiriche che mostrino come lo scoraggiamento di interessi *cross-gender* possa ridurre la frequenza della persistenza.

---

<sup>2</sup> Per questo, il *Board of Trustees* dell'American Psychiatric Association ha costituito una *task force* incaricata di effettuare una revisione critica della letteratura sui trattamenti della disforia di genere in età diverse, per valutarne la qualità delle prove d'efficacia e preparare un rapporto che includesse un parere sulla presenza di sufficiente letteratura sull'argomento per la stesura di raccomandazioni per il trattamento (Byne et al. 2012).

- Non tentare di ridurre la disforia di genere o i comportamenti atipici di genere. Quest'approccio non ha alcun obiettivo terapeutico rispetto a specifici sviluppi dell'identità di genere, anzi permette che essa si dispieghi "naturalmente". Sono previsti interventi integrati sul/la bambino/a, i genitori, la famiglia e la comunità, per supportare il/la bambino/a nell'esplorazione di potenziali rischi sociali.
- Affermare precocemente l'identificazione *cross-gender* permettendo una transizione non medica e non chirurgica, con l'opzione di trattamenti endocrini per bloccare lo sviluppo dei caratteri sessuali secondari indesiderati se la disforia di genere persiste. Quest'approccio presuppone implicitamente che possano essere identificati i/le bambini/e in cui la disforia di genere persiste; e che i/le bambini/e cosiddetti *desistent* (cioè quelli/e che, crescendo, non sperimentano più la disforia di genere) possano più facilmente ritornare al genere assegnato alla nascita (Brill e Pepper 2008). Tuttavia, nessuno studio scientifico ha dimostrato che questa evenienza possa avvenire per il/la bambino/a in modo semplice e senza strascichi psicopatologici (Drescher 2013).

Nonostante la mancanza di evidenze empiriche e consenso tra gli specialisti riguardo agli obiettivi del trattamento, una revisione della letteratura più recente suggerisce alcuni punti da tenere in considerazione nel momento in cui un/a bambino/a con disforia di genere arrivi all'osservazione clinica. In particolare, è fondamentale valutare e diagnosticare accuratamente la disforia di genere utilizzando strumenti validati che valutino l'identità di genere, il ruolo di genere e la disforia stessa; diagnosticare eventuali patologie psichiatriche coesistenti, indicando il trattamento più appropriato; occuparsi anche della salute mentale dei genitori e delle loro difficoltà nel rapporto con il/la bambino/a; offrire un'adeguata consulenza e formazione psicologica agli operatori sanitari per consentire loro di scegliere quale trattamento proporre tra quelli possibili; fornire al/la bambino/a informazioni adeguate all'età; considerare la qualità delle relazioni familiari e scolastiche in termini di bullismo e stigmatizzazione per i comportamenti non conformi al genere.

La *World Professional Association for Transgender Health (WPATH)*<sup>3</sup> ha elaborato degli *Standards of Care (SOC)* ora giunti alla settima edizione (Coleman et al. 2011), in cui distingue fra criteri di *eligibility* e di *readiness* per adolescenti<sup>4</sup> e adulti.<sup>5</sup> L'*eligibility* (idoneità) si riferisce ai criteri essenziali e documentabili (ad esempio, 12 mesi di cosiddetta *real life experience* nel sesso di riattribuzione), senza i quali non si può ottenere il trattamento (ormonale o chirurgico); la *readiness* (prontezza) si basa sul giudizio del clinico (ad esempio, un ulteriore consolidamento dell'identità di genere in evoluzione) (Bockting 2008; Ehrbar et al. 2008).

Per l'età adolescenziale, i SOC prevedono tre tipologie di interventi fisici:

- *Del tutto reversibili*: ad esempio, ormoni che ritardano la pubertà, impiegati anche per guadagnare tempo ed esplorare meglio l'eventuale disforia di genere. Per utilizzare questo tipo di interventi occorre che per tutta l'infanzia si siano verificati comportamenti persistenti di *crossdressing* e identità variante, e che il disagio di genere sia significativamente aumentato con la pubertà. La famiglia deve acconsentire e partecipare alla terapia. I maschi vengono trattati con antagonisti dell'LHRH (bloccanti la secrezione di LH e, quindi, quella di testosterone) o con progestinici o antiandrogeni (che arrestano la produzione di testosterone o ne neutralizzano l'azione); alle femmine possono essere somministrati agonisti dell'LHRH o progestinici (bloccanti gli estrogeni e il progesterone).
- *Parzialmente reversibili*: prevedono la somministrazione di ormoni mascolinizanti alle ragazze o femminilizzanti ai ragazzi. All'eventuale sospensione, la reversibilità non è completa. Tale procedura va accompagnata alla cosiddetta "esperienza

<sup>3</sup> Originariamente nota come *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association*.

<sup>4</sup> In linea con il report della *task force* dell'APA (Byne et al. 2012) per "adolescenza" intendiamo il periodo di sviluppo compreso tra i 12 e i 18 anni di età.

<sup>5</sup> Per una rassegna sui possibili trattamenti della disforia di genere in età adulta rimandiamo a Coleman et al. 2011; Meyer 2009.

di vita reale” e il professionista della salute mentale dovrebbe seguire il/la giovane e la sua famiglia per almeno sei mesi.

- *Irreversibili*: qualunque intervento chirurgico non dovrebbe essere condotto prima dell'età adulta o almeno di due anni di esperienza di vita reale nel sesso di riattribuzione. La soglia di 18 anni dovrebbe essere considerata un criterio di idoneità e non un'indicazione di per sé di intervento attivo. Da sottolineare che, in caso di riattribuzione chirurgica del sesso, il soggetto sarà sterile.

Cohen-Kettenis (Cohen-Kettenis et al. 2008) si è detta favorevole, per gli adolescenti, all'inizio anticipato della terapia ormonale: non più a 16 anni, come previsto dai SOC, ma, nei casi di comprovato transessualismo e in situazioni in cui da parte della famiglia vi sia accettazione completa e sostegno, anche intorno ai 12-13 anni, in corrispondenza della fase 2 della scala dello sviluppo di Tanner, con la somministrazione di ormoni bloccanti dello sviluppo sessuale (la cui azione è comunque reversibile). I vantaggi di tale anticipazione sarebbero di tipo:

- *Psicologico*: per i soggetti la cui identificazione con il genere opposto è estrema e persistente dalla primissima infanzia, iniziare la terapia ormonale dopo i 16 anni può comportare rischi psicologici importanti. Durante l'adolescenza, con lo sviluppo delle caratteristiche sessuali secondarie, il disagio può crescere vertiginosamente e aumenta il rischio di sviluppare depressione, fobia sociale, disturbi alimentari e ideazione suicidaria.
- *Diagnostico*: senza lo stress causato dallo sviluppo delle caratteristiche sessuali secondarie, l'adolescente avrebbe più tempo per esplorare la sua identità di genere e la diagnosi può essere più precisa.
- *Chirurgico*: gli interventi sarebbero molto meno invasivi; l'assenza delle caratteristiche sessuali secondarie del proprio sesso favorirebbe inoltre il risultato finale della riassegnazione sessuale.
- *Preventivo*: è probabile che prima dei 16 anni gli adolescenti cerchino comunque di procurarsi illecitamente gli ormoni e si allontanino dai centri specializzati.

Ad oggi, tuttavia, sono stati condotti soltanto due studi per valutare gli effetti della somministrazione di bloccanti ormonali in adolescenza (de Vries et al. 2011; Zucker et al. 2011) e soltanto due sono le cliniche (Amsterdam<sup>6</sup> e Toronto<sup>7</sup>) con un numero sufficiente di soggetti adolescenti da poter fornire indicazioni basate sull'esperienza clinica. Né ci sono evidenze scientifiche sulle possibili conseguenze sul funzionamento mentale (Delemarre-van de Waal e Cohen-Kettenis 2006).

Dunque, resta aperto il dibattito rispetto all'età in cui procedere con le terapie ormonali (Byne et al. 2012) e se è sufficiente utilizzare come parametro di inizio le fasi 2 (12-13 anni) e 3 (14-15 anni) della scala dello sviluppo sessuale di Tanner.

Per quanto riguarda gli approcci psicoterapeutici, la complessità della disforia di genere richiede l'adozione di una prospettiva evolutiva e un approccio multidisciplinare a lungo termine con interventi ben coordinati con la rete sociale e relazionale del/la bambino/a non conforme al genere di nascita (Déttore 2005). Tra le tipologie di trattamento citiamo (Zucker 2007; Zucker e Cohen-Kettenis 2008):

- *Terapie comportamentali*: i comportamenti tipicamente associati al genere di appartenenza vengono ricompensati, mentre nessun rinforzo è previsto per quelli *cross-gender*. Praticato soprattutto negli anni Settanta del secolo scorso, include rinforzo sociale, *self-regulation* e *self-monitoring*, e possibili trattamenti futuri che, nell'ambito di un approccio comportamentale, pongano l'accento sulle strutture cognitive riguardanti il genere.
- *Psicoterapie psicodinamiche e psicoanalitiche*: sottolineano come i comportamenti tipici della disforia di genere emergano durante le fasi pre-edipiche e mettono in relazione la disforia

---

<sup>6</sup> *The Gender Clinic* al Vrije University Medical Center, Amsterdam, Paesi Bassi (de Vries e Cohen-Kettenis 2012).

<sup>7</sup> *The Gender Identity Service at the Centre for Addiction and Mental Health*, Toronto, Canada (Zucker et al. 2012).



alle relazioni primarie, ai fenomeni dello sviluppo significativi in età precoce, analizzando la più ampia capacità di adattamento, i processi evolutivi genere-specifici e il funzionamento dell'lo in generale.

- *Interventi supportivi*: si basano sull'idea che la disforia di genere sia costituzionale o congenita, limitando il ruolo svolto da fattori di origine psico-sociale o psico-dinamica. L'obiettivo principale è aiutare i genitori ad assumere una funzione supportiva e promuovere le occasioni di adattamento del bambino attraverso l'accettazione della sua identità esperita e del suo ruolo di genere.
- *Intervento sui genitori*: rivolto sia alla possibile influenza dei genitori sullo sviluppo della disforia di genere sia alla gestione quotidiana del piano terapeutico del/la bambino/a.
- *Approcci integrati*: prevedono terapia comportamentale, addestramento alle abilità sociali, addestramento genitoriale, terapia individuale e/o familiare. Tra gli obiettivi terapeutici primari, Di Ceglie (1998) suggerisce di non puntare immediatamente alla "risoluzione" della disforia di genere, bensì di facilitare il riconoscimento e l'accettazione non giudicante del disagio; alleviare le difficoltà emotive, comportamentali, relazionali; interrompere il circuito della segretezza; risvegliare l'interesse e la curiosità attraverso l'esplorazione di eventuali blocchi; incoraggiare l'esplorazione della relazione mente-corpo, promuovendo una stretta collaborazione tra gli specialisti che si interessano dei diversi aspetti, compreso il pediatra endocrinologo; facilitare l'elaborazione del lutto; aiutare il bambino a sviluppare il pensiero simbolico e la mentalizzazione; promuovere la separazione e la differenziazione; aiutare il/la bambino/a (o l'adolescente) e la sua famiglia a tollerare l'incertezza nell'area dello sviluppo dell'identità di genere.

## Direzioni future

Come già osservato, un certo grado di flessibilità di genere è presente anche in bambini/e con un'identità stabile e carica di affetti positivi. Sebbene tale flessibilità possa talvolta condurre il/la bambino/a a provare disagio se i suoi interessi non vengono

condivisi o supportati dai coetanei dello stesso sesso, essa non rappresenta un fenomeno patologico, ma al contrario può indicare caratteristiche di sicurezza e flessibilità dell'Io (Lingiardi e Nardelli 2013).

I clinici che si occupano di bambini/e non conformi al genere assegnato alla nascita si trovano coinvolti in complesse dinamiche professionali, familiari e sociali. Per promuovere una riflessione sulle “direzioni future” di un campo ancora poco esplorato, ma sempre più al centro dell'attenzione clinica e anche mediatica, ci sembra utile riportare brevemente le argomentazioni a favore e contro il protocollo di trattamento ormonale (GnRH, *Gonadotropin Releasing Hormone*) per pre-adolescenti con disforia di genere intensa e persistente (Coleman et al. 2011).

Le argomentazioni a favore sostengono l'importanza di:

- Prevenire lo sviluppo di condizioni clinicamente rilevanti in associazione con la disforia di genere (ad esempio, ansia, depressione, ideazione suicidaria, fobia sociale, disturbi alimentari) e conseguente compromissione dello sviluppo intellettuale e sociale dell'individuo, come effetto dell'impossibilità di presentarsi in modo coerente con l'identità di genere percepita.
- Permettere, attraverso un adeguato e parallelo percorso di sostegno psicologico, un approfondimento delle problematiche di genere.
- Prevenire il rischio di un futuro insuccesso o insoddisfazione post-operatori, come effetto dell'impossibilità di assumere pienamente il nuovo ruolo di genere. Sono da mettere in rapporto a questa condizione anche una maggiore esposizione a episodi di discriminazione e/o violenza.
- Qualora il/la ragazzo/a decidesse di proseguire nel percorso di riattribuzione, limitare il numero e l'intensità dei successivi interventi di adeguamento.
- Migliorare l'eventuale futuro livello di adattamento e benessere post-operatorio.
- Prevenire il rischio che chi viene escluso dalla somministrazione decida di rivolgersi ad altre fonti (anche illegali), uscendo dal sistema specialistico e ottenendo minor tutela e controllo sulle procedure.

Le argomentazioni contrarie mettono in luce:

- La possibilità di “ripensamenti” o di insoddisfazione post-operatoria, data la giovane età dei soggetti.
- Il rischio di conseguenze sfavorevoli dal punto di vista dello sviluppo e dell’adattamento psicologico, fisico e sociale del/la bambino/a o dell’adolescente.
- L’inopportunità di intraprendere un percorso di trattamento che interferisca con i processi evolutivi, a fronte di una diagnosi posta comunque in condizioni non definitive e soggetta a varie possibilità di sviluppo.
- La difficoltà a poter/saper prendere decisioni consapevoli, in parte irreversibili, su argomenti clinici ancora poco conosciuti.

Il dibattito sull’opportunità di sottoporre a cure ormonali e/o interventi chirurgici bambini/e e pre-adolescenti con disforia di genere è in corso (Zucker 2008a). I/le bambini/e e i/le ragazzi/e con disforia di genere soffrono di un disturbo psichiatrico oppure la loro identità e ruolo di genere possono essere considerati una variante normale dell’espressione dei generi (Ehrensaft 2011)? Intervenire su comportamenti cross-sex e prevenire il transessualismo devono essere tra gli obiettivi terapeutici primari di un trattamento (Byne et al. 2012)? Bisogna privilegiare un intervento che li aiuti ad accettare il corpo con cui sono nati oppure i genitori, le istituzioni scolastiche, i medici e gli psicologi dovrebbero andare incontro al loro desiderio di transitare verso il sesso/genere opposti? E a quale età dovrebbe iniziare la transizione? E quali sono le implicazioni (mediche, psicologiche, etiche, sociali) dei trattamenti disponibili? (Drescher e Byne 2012, 2013). È certo che qualunque trattamento, di natura medica e/o psicologica, dovrà confrontarsi con il fatto che, sebbene la disforia di genere sia stata spesso concettualizzata come una “condizione” unitaria che racchiude un gruppo omogeneo di persone, le esperienze fisiche, psicologiche e relazionali degli individui *gender variant* (Lev, 2013) rimangono eterogenee, soggettive e difficilmente riducibili a un elenco, per quanto accurato, di criteri diagnostici (PDM Task Force 2006).

## CASO CLINICO

Giulio, di cinque anni, viene inviato dal pediatra al servizio di consulenza “6 come sei” del Dipartimento di Psicologia dei Processi di Sviluppo e di Socializzazione della Facoltà di Medicina e Psicologia della Sapienza, Università di Roma. La madre è preoccupata dalla sua difficoltà a interagire con i compagni di sesso maschile, la sua passione per i giochi femminili e il desiderio manifesto e persistente di travestirsi “da Sailor Moon, la sua eroina preferita”. A scuola pretende di andare nei bagni delle bambine. I genitori riferiscono che qualsiasi tentativo di fare di lui “un maschietto come gli altri” è risultato fallimentare. Il padre ha provato, senza successo, a coinvolgerlo in sport e attività tradizionalmente maschili. In consultazione raccontano di avergli comprato una bicicletta con le rotelle che a Giulio è piaciuta fin da quando l'ha vista in negozio e che, rimasto da solo nella sua cameretta, ha capovolto giocando “alla macchina da cucire”. Il giorno seguente, ha preteso di portarla all'asilo per mostrarla alle compagne e giocare insieme “a fare la tela come fa la nonna”. Ai compagni di asilo e alle maestre dice di chiamarsi Giulietta. Fin dai primi colloqui i genitori comunicano alla psicologa il timore che il bambino possa essere omosessuale o, “peggio, transessuale. Insomma, non è il bambino che abbiamo desiderato”.

Chi “diventerà” Giulio crescendo? La psicologa ha condiviso con i genitori i vari scenari evolutivi dei comportamenti non conformi al genere durante l'infanzia (da particolare momento dello sviluppo senza ricadute psicopatologiche a futura disforia di genere) suggerendo un approccio di tipo watchful waiting, cioè di osservazione e attesa. Considerata la possibilità che il bambino stia esprimendo disagio per alcune dinamiche familiari che gli provocano sofferenza psicologica (ad esempio, conflitti familiari, cure poco empatiche, ansia di separazione, caregiver assente o poco accessibile, ecc.), la psicologa ha proposto ai genitori un ciclo di incontri finalizzato a promuovere la conoscenza, la comprensione e la condivisione sia dei loro affetti, pensieri e comportamenti (inclusa la preoccupazione e il senso di colpa di non essere stati “buoni genitori”) sia di quelli di Giulio.

## Bibliografia

American Psychiatric Association (1980). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, Terza edizione (DSM-III). Tr.it. Masson, Milano, 1983.

American Psychiatric Association (1987). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, Terza edizione, revised. (DSM-III-R). Tr.it. Masson, Milano, 1988.

American Psychiatric Association (1994). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, Quarta edizione. (DSM-IV). Tr.it. Masson, Milano, 1996.

American Psychiatric Association (2000). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, Quarta edizione, text revised. (DSM-IV-TR). Tr.it. Masson, Milano, 2002.

American Psychiatric Association (2012a). Position statement on access to care for transgender and gender variant individuals. [www.psychiatry.org/advocacy-newsroom](http://www.psychiatry.org/advocacy-newsroom)

American Psychiatric Association (2012b). Position statement on discrimination against transgender and gender variant individuals. [www.psychiatry.org/advocacy-newsroom](http://www.psychiatry.org/advocacy-newsroom)

American Psychiatric Association (2013). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, Quinta edizione. (DSM-5). Tr.it. Raffaello Cortina, Milano, 2014.

Benjamin H (1966). *The transsexual phenomenon: a scientific report on transsexualism and sex conversion in the human male and female*. New York: Julian Press.

Bilotta F (2013). Transsessualismo. In: Sacco R, ed. *Digesto delle discipline privatistiche, Sezione Civile*. 8° Aggiornamento. Torino: UTET Giuridica, 732-69.

Bockting W (2008). Psychotherapy and the real life experience: from gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies* 17(4): 211-24.

Brill S, Pepper R (2008). *The transgendered child: a handbook for families and professionals*. San Francisco (CA): Cleiss Press.

Byne W, Bradley SJ, Coleman E, et al. (2012). Report of the American Psychiatric Association Task Force on treatment of gender identity disorder. *Arch Sex Behav* 41(4): 759-96.

Coate, S (2006). *Childhood gender identity disorder: etiology, assessment, and treatment*. Burlingame (CA): Analytics Press.

Coates S, Friedman MD, Wolfe S (1991). The etiology of boyhood gender identity disorder: a model for integrating temperament, development,

- and psychodynamics. *Psychoanalytic Dialogues* 1: 481-523.
- Cohen-Kettenis PT, Gooren LJ (1999). Transsexualism: a review of etiology, diagnosis and treatment. *J Psychosom Res* 46(4): 315-33.
- Cohen-Kettenis PT, Pfäfflin F (2010). The DSM Diagnostic Criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Arch Sex Behav* 39: 499-513.
- Cohen-Kettenis PT, Delemarre-van de Waal HA, Gooren LJ (2008). The treatment of adolescent transsexuals: changing insights. *J Sex Med* 5: 1892-7.
- Coleman E, Bockting W, Botzer M, et al. and the WPATH Standards of Care Revision Committee (2011). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people. 7<sup>th</sup> version. *International Journal of Transgenderism* 13(4): 165-232.
- Corbett K (1999). Homosexual boyhood: notes on girlyboys. In: Rottnek M, ed. *Sissies and tomboys: gender nonconformity and homosexual childhood*. New York: New York University Press, 107-39.
- Craig TY, LaCroix JM (2011). Tomboy as protective identity. *Journal of Lesbian Studies* 15(4): 450-65.
- De Cuypere G, Knudson G, Bockting W (2010). Response of the World Professional Association for Transgender Health to the proposed DSM-5 Criteria for gender incongruence. *International Journal of Transgenderism* 12: 119-23.
- de Vries AL, Cohen-Kettenis PT (2012). Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: the Dutch approach. *J Homosex* 59: 301-20.
- de Vries AL, Steensma TD, Doreleijers TA, Cohen-Kettenis PT (2011). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study. *J Sex Med* 8(8): 2276-83.
- Delemarre-van de Waal HA, Cohen-Kettenis PT (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: a protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology* 155: 131-7.
- Dèttore, D (2005). *Il disturbo dell'identità di genere. Diagnosi, eziologia, trattamento*. Milano: McGraw-Hill.
- Di Ceglie D (1998). Reflections on the nature of the atypical gender identity organization. In: Di Ceglie D, Freedman D, eds. *A stranger in my own body. Atypical gender identity development and mental health*. London: Karnac Books, 9-25.
- Di Ceglie D (2013). Care for gender-dysphoric children. In: Kreukels BP,

Steensma TD, de Vries AL, eds. Gender dysphoria and disorders of sex development: progress in care and knowledge (focus on sexuality research). New York: Springer, 151-69.

Drescher J (1998). Psychoanalytic therapy and the gay man. Hillsdale: Analytic Press.

Drescher J (2010). Queer diagnoses: parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the Diagnostic and Statistical Manual. *Arch Sex Behav* 39(2): 427-60.

Drescher J (2013). Controversies in gender diagnoses. *LGBT Health* 1(1): 9-13.

Drescher J, Byne W (2012). Gender dysphoric/gender variant (GD/GV) children and adolescents: summarizing what we know and what we have yet to learn. *J Homosex* 59: 501-10.

Drescher J, Byne W (2013). Treating transgender children and adolescents: an interdisciplinary discussion. New York: Routledge.

Drummond KD, Bradley SJ, Badali-Peterson M, Zucker KJ (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Dev Psychol* 44: 34-45.

Ehrbar RD, Witty MC, Ehrbar HG, Bockting WO (2008). Clinician judgment in the diagnosis of gender identity disorder in children. *J Sex Marital Ther* 34: 385-412.

Ehrensaft D (2011). From gender identity disorder to gender identity creativity: true gender self child therapy. *J Homosex* 59: 337-56.

Green R, Money J (1960). Incongruous gender role: nongenital manifestations in prepubertal boys. *J Nerv Ment Dis* 131(2): 160-8.

Harris A (2000). Gender as a soft assembly: tomboys' stories. *Studies in Gender and Sexuality* 1: 223-50.

Institute of Medicine of the National Academies (2011). The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: building a foundation for better understanding. Washington, DC: National Academies Press.

Knudson G, De Cuypere G, Bockting W (2010). Recommendations for revision of the DSM diagnosis of gender identity disorders: Consensus Statement of the World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism* 12: 115-8.

Kreukels BP, Steensma TD, de Vries AL, eds. (2013). Gender dysphoria and disorders of sex development. Progress in Care and Knowledge (Focus on Sexuality Research). New York: Springer.

Lev AI (2013). Gender dysphoria: two steps forward, one step back. *Clinical Social Work Journal* 41(3): 288-96.

Lingiardi V (2007). Dreaming gender: restoration and transformation. *Studies in Gender and Sexuality* 8(4): 313-31.

Lingiardi V, Nardelli N (2013). Linee guida per la consulenza psicologica e la psicoterapia con persone lesbiche, gay e bisessuali. In: Ordine Psicologi del Lazio, ed. *Etica, competenze, buone prassi*. Milano: Raffaello Cortina, 226-313.

Lingiardi V, Vono N (2012). Scarti di genere: percorsi diagnostici, paesaggi umani. *L'educazione sentimentale* 18(2): 65-79.

Meyer WJ, III (2009). World Professional Association for Transgender Health's standards of care requirements of hormone therapy for adults with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism* 11(2): 127-32.

Meyer-Bahlburg HFL (2010). From mental disorder to iatrogenic hypogonadism: dilemmas in conceptualizing gender identity variants as psychiatric conditions. *Arch Sex Behav* 39: 461-76.

PDM Task Force (2006). *Manuale Diagnostico Psicodinamico*. Tr.it. Milano: Raffaello Cortina.

Person ES, Ovesey L (1973). Gender identity and sexual psychopathology in men: a psychodynamic analysis of homosexuality, transsexualism and travestitism. *Journal of American Academy of Psychoanalysis* 1(1): 53-72.

Person ES, ed. (1999). *The sexual century*. **New Haven (CT)**: Yale University Press.

Stoller R (1968). *Sex and gender*. Vol. 1. The development of masculinity and femininity. New York: Science House.

Stoller R (1975). *The transsexual experiment* (Sex and gender, Vol. 2). London: The Hogarth Press and The Institute of Psycho-Analysis.

Stoller R (1985). *Presentations of gender*. **London**: Yale University Press.

Vance S, Cohen-Kettenis PT, Drescher J, Meyer-Bahlburg HFL, Pfäfflin F, Zucker KJ (2010). Opinions about the DSM gender identity disorder diagnosis: results from an international survey administered to organizations concerned with the welfare of transgender people. *International Journal of Transgenderism* 12: 1-14.

Wallien MS, Cohen-Kettenis PT (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 47: 1413-23.

Zucker KJ (2007). Gender identity disorder in children, adolescents, and adults. In: Gabbard GO, ed. *Gabbard's treatments of psychiatric disorders*. 4<sup>th</sup> ed. Washington (DC): American Psychiatric Press, 683-701.

Zucker KJ (2008a). Children with gender identity disorder: is there a best



- practice? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 56(6): 358-64.
- Zucker KJ (2008b). On the 'Natural History' of Gender Identity Disorder in Children [Editorial]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 47: 1361-1363.
- Zucker KJ (2010). The DSM Diagnostic criteria for gender identity disorder in children. *Arch Sex Behav* 39: 477-98.
- Zucker KJ, Bradley SJ (1995). *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Zucker KJ, Cohen-Kettenis PT (2008). Gender identity disorder in children and adolescents. In: Rowland DL, Incrocci L, eds. *Handbook of sexual and gender identity disorders*. New York: Wiley, 376-422.
- Zucker KJ, Bradley SJ, Owen-Anderson A, Singh D, Blanchard R, Bain J (2011). Puberty-blocking hormonal therapy for adolescents with gender identity disorder. A descriptive clinical study. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health* 15: 58-82.
- Zucker KJ, Cohen-Kettenis P, Drescher J, Meyer-Bahlburg HFL, Pfäfflin F, Womack WM (2013). Memo outlining evidence for change for gender identity disorder in the DSM-5. *Arch Sex Behav* 42(2): 901-14.
- Zucker KJ, Wood H, Singh D, Bradley S (2012). A developmental, biopsychosocial model for the treatment of children with gender identity disorder. *J Homosex* 59: 369-97.

