

FrancoAngeli

FrancoAngeli

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Copyright © FrancoAngeli

N.B: Copia ad uso personale. È vietata la riproduzione (totale o parziale) dell'opera con qualsiasi mezzo effettuata e la sua messa a disposizione di terzi, sia in forma gratuita sia a pagamento.

Filippo Petruccelli,
Chiara Simonelli,
Roberta Grassotti,
Francesca Tripodi

Identità di genere

Consulenza tecnica
per la riattribuzione del sesso

FrancoAngeli

FrancoAngeli

PSICOSESSUOLOGIA

In copertina: Ernst Ludwig Kirchner, Marcella, 1909/10

Copyright © 2014 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

Ristampa	Anno
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Sono vietate e sanzionate (se non espressamente autorizzate) la riproduzione in ogni modo e forma (comprese le fotocopie, la scansione, la memorizzazione elettronica) e la comunicazione (ivi inclusi a titolo esemplificativo ma non esaustivo: la distribuzione, l'adattamento, la traduzione e la rielaborazione, anche a mezzo di canali digitali interattivi e con qualsiasi modalità attualmente nota od in futuro sviluppata).

Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633. Le fotocopie effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale, possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da CLEARedi, Centro Licenze e Autorizzazioni per le Riproduzioni Editoriali (www.clearedi.org; e-mail autorizzazioni@clearedi.org).

Stampa: Digital Print Service srl - sede legale: via dell'Annunciata 27, 20121 Milano;
sedi operative: via Torricelli 9, 20090 Segrate (MI) e via Merano 18, 20127 Milano

Copyright © FrancoAngeli

N.B: Copia ad uso personale. È vietata la riproduzione (totale o parziale) dell'opera con qualsiasi mezzo effettuata e la sua messa a disposizione di terzi, sia in forma gratuita sia a pagamento.

Indice

1. L'identità di genere , di <i>Filippo Petruccelli, Roberta Grassotti, Stefano Eleuteri, Marta Giuliani</i>	pag.	7
1. Radici storiche del concetto di identità	»	7
2. Identità sessuale, identità di genere, ruolo di genere e orientamento sessuale	»	10
3. Identità di genere transessuale	»	15
2. Lo sviluppo dell'identità di genere , di <i>Chiara Simonelli, Francesca Tripodi, Valeria Verrastro, Marta Giuliani, Stefano Eleuteri</i>	»	18
1. Il periodo prenatale	»	18
2. La prima infanzia	»	23
3. Il periodo prescolare	»	25
4. La seconda infanzia	»	27
5. L'adolescenza	»	32
3. La disforia di genere , di <i>Chiara Simonelli, Francesca Tripodi, Marta Giuliani, Stefano Eleuteri</i>	»	39
1. Criteri diagnostici	»	39
1.1. Fenomenologia, diagnosi differenziale ed epidemiologia nell'infanzia e nella prima adolescenza	»	42
1.2. Fenomenologia, diagnosi differenziale ed epidemiologia nell'adolescenza e nell'età adulta	»	47

2.	Il decorso (infanzia, adolescenza, età adulta)	pag.	54
3.	Il trattamento	»	59
	3.1. Trattamento psicologico	»	60
	3.2. Trattamento medico	»	62
4.	La disciplina legale del transessualismo , di <i>Alessandra Grassotti</i>	»	68
	1. La legislazione italiana. Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso	»	68
	2. La normativa sul procedimento per rettificazione di attribuzione di sesso	»	69
	3. La legislazione nei paesi europei ed extra-europei	»	71
	4. Limiti della legge e nuove proposte	»	74
5.	La consulenza tecnica nei casi di transessualismo , di <i>Roberta Grassotti, Stefano Eleuteri, Marta Giuliani, Irene Petruccelli, Valeria Verrastro</i>	»	77
	1. Il consulente tecnico d'ufficio nei casi di riattribuzione chirurgica del sesso	»	77
	2. Finalità ed articolazione del lavoro peritale	»	80
	3. Criteri minimi di eleggibilità per la chirurgia genitale	»	82
	4. Valutazione della personalità e dell'identità nella consulenza con i transessuali	»	88
	4.1. Il colloquio clinico	»	90
	4.2. L'anamnesi	»	91
	4.3. L'esame obiettivo generale	»	94
	4.4. I test psicodiagnostici	»	95
	5. Conclusioni	»	98
	Riferimenti bibliografici	»	101
	Gli autori	»	111

1. *L'identità di genere*

di Filippo Petruccelli, Roberta Grassotti, Stefano Eleuteri,
Marta Giuliani

1. Radici storiche del concetto di identità

Il termine *identità* deriva dal latino *identitas* (trad. “identico”, “uguale”) e sta ad indicare l’immagine mentale che un soggetto costruisce di sé. Ogni individuo sviluppa diverse tipologie di identità (es. etnica, religiosa, lavorativa, ecc.) nel corso della sua vita (Kroger, 2007).

Nel 1968 Erik Erikson, nel suo libro *Gioventù e crisi d’identità*, introduce il concetto di identità come componente fondamentale della persona e frutto della complessa integrazione di fattori biologici, psicologici e sociali. Tra le diverse identità che un individuo acquisisce nel corso del suo sviluppo, assume un ruolo fondamentale l’identità di genere, intesa come la percezione unitaria di sé come appartenenti al genere maschile o femminile (Steensma *et al.*, 2013).

Il termine *genere*, mutuato dalla linguistica e dalla filosofia, è stato usato per la prima volta negli anni Cinquanta per distinguere il ruolo sessuale dall’anatomia dei genitali. In altre parole, per differenziare la categoria anatomico-biologica di appartenenza (*sex*) dalle categorie psichiche di maschile e femminile (*gender*) così come vengono a “costruirsi” nella cultura sociale e ad articolarsi nei contesti relazionali.

L’identità di genere, individuata da Stoller (1968), si struttura anche sulla base delle convenzioni semantiche e grammaticali, non a caso questa si acquisisce contestualmente all’apprendimento del linguaggio (Money e Ehrhardt, 1972) ed è mediante il linguaggio che discriminiamo inequivocabilmente “lui” da “lei” e che prendiamo atto che “lui” è divenuto “lei”.

Con Stoller (1968) la sessualità e le sue linee evolutive passano in secondo piano per dare rilievo al concetto di *identità di genere nucleare* che preesisterebbe alla “scoperta” della differenza sessuale. Nel modello stolleriano, il senso di appartenenza all’uno o all’altro sesso si crea molto precocemente, entro il primo anno e mezzo di vita, e rimane invariato per sempre. L’identità nucleare di genere si sviluppa nell’individuo normale a partire da tre elementi:

1. l’anatomia e la fisiologia dei genitali esterni, ossia l’immagine che il bambino percepisce del proprio sesso;
2. l’atteggiamento dei genitori e dei familiari nei confronti del ruolo di genere del bambino, ovvero i rapporti genitoriali profondi verso il bambino come essere sessuato;
3. una forza biologica (sistema endocrino e sistema nervoso centrale) in grado di influenzare il contesto ambientale.

Con lo sviluppo di sensazioni piacevoli e spiacevoli, gli organi genitali contribuiscono alla costituzione dell’Io corporeo primitivo, al senso di Sé e alla consapevolezza del genere. L’identità di genere è però in gran parte determinata da forze psicologiche post-natali, quali per esempio le aspettative genitoriali rispetto al sesso del neonato, la stessa identità di genere dei genitori, le identificazioni del/la bambino/a con i genitori di entrambi i sessi, le gratificazioni e le frustrazioni libidiche.

Parlando della sessualità femminile, Stoller (1974) mette in discussione l’ipotesi freudiana dell’esistenza di due fasi, la prima con caratteri maschili e solo la seconda con caratteri specificamente femminili. Per l’Autore la bambina è da subito consapevole dell’esistenza della vagina; per Freud (1905), invece, non esistono aspetti primari di femminilità, che sarebbe raggiungibile solo dopo la risoluzione di conflitti, il superamento della delusione e la rinuncia. Contrariamente alla posizione di Freud, per cui la mascolinità è lo “stato naturale” e la femminilità è una modificazione di questa, secondo Stoller lo sviluppo della mascolinità nel maschio pone problemi particolari. Mentre la bambina per diventare “femminile” non deve modificare la sua relazione con la madre, il bambino deve disidentificarsi da questa. Il maschio stabilisce il suo genere e la sua identità attraverso una discontinuità e una differenziazione rispetto alla persona cui è più attaccato. Tale processo di disidentificazione dalla madre è il passaggio obbligato per la conquista maschile dell’identità e dell’individualità.

A partire dalla definizione proposta da Stoller, Money e Ehrhardt (1972) riprendono il concetto di identità di genere definendola come “l’uniformità, l’unità e la persistenza dell’individualità di una persona quale maschio o femmina o quale persona ambivalente, come esperita nella autoconsapevolezza e nel comportamento”.

Viene ripreso il binomio identità-ruolo di genere, intendendo con quest’ultimo l’insieme di espressioni che l’individuo fa e pensa per indicare a se stesso e agli altri di essere un maschio o una femmina. Gli Autori, partendo dal concetto che ogni individuo rappresenta il prodotto della costante interazione tra natura ed ambiente, raffigurano lo sviluppo umano a partire dalla fecondazione come una corsa a tappe per ognuna delle quali si deve tagliare il giusto traguardo nel giusto momento; se ciò non avviene non è più possibile tornare indietro per correggere l’errore, dal momento che ad ogni traguardo temporale corrispondono dei “cancelli” che si chiudono per sempre. Questa proposta teorica prevede l’esistenza, nello sviluppo dell’identità di genere, di quattro cancelli.

Il primo cancello riguarda la fecondazione: a seconda che lo spermatozoo sia portatore del cromosoma X o Y si avrà una femmina o un maschio cromosomico.

Il secondo cancello si apre verso la fine della sesta settimana: se il feto è portatore del cromosoma Y, viene inviato alle due gonadi il messaggio di trasformarsi in testicoli, altrimenti il processo continua in senso femminile e la struttura mülleriana inizia lo sviluppo della formazione dell’utero, delle tube di Falloppio e della vagina. Una volta formati, i testicoli devono secernere androgeni per produrre lo sviluppo dei dotti di Wolff e la regressione di quelli di Müller.

Il terzo cancello si apre nel caso in cui il feto sia cromosomicamente femmina. È necessaria in questa fase (terzo mese circa) l’assoluta assenza di androgeni, pena un’evoluzione in senso maschile.

Con la nascita, i tre cancelli biologici della differenziazione anatomica sono definitivamente chiusi e non hanno più alcuna possibilità di riaprirsi, ma se ne apre un altro, estremamente importante e determinante per l’identità di genere: quello psicologico.

Il quarto e ultimo cancello inizia con la nascita e termina più o meno intorno ai tre anni. A questa età con l’apprendimento del linguaggio, il bambino avrà definitivamente strutturato la sua identità di genere potendosi definire come maschio o come femmina. Secondo

gli Autori, per lo sviluppo dell'identità di genere è necessario che l'individuo si crei dei modelli interni di che cosa significhi appartenere ad un sesso piuttosto che all'altro. Questi modelli si basano sull'osservazione del comportamento altrui, sull'educazione ricevuta e sull'esperienza.

Partendo dagli studi di Maslow, Baldaro Verde e Graziottin (1984) ritennero che, assieme ai bisogni cognitivi che rispondono alle potenzialità biologiche insite nel patrimonio genetico umano e che permettono la nascita e lo sviluppo dell'intelligenza, si collochino bisogni emotivo-affettivi. Questi ultimi sono legati al "principio del piacere" freudiano, a tutte le relazioni umane e alla qualità delle relazioni stesse.

I bisogni fondamentali permangono durante l'arco della vita, cambia tuttavia il modo di soddisfarli. Essi peraltro possono, per motivi diversi, presentare intensità pari a quella dei primi periodi di vita. Il primo e indubbiamente il più importante tra tutti i bisogni è quello di *essere accettato e riconosciuto*. È questo il bisogno che permette, se soddisfatto, la nascita dell'identità (di essere Altro-diverso-o-uguale-alla madre e come tale da lei accettato). Esso si articolerà in: identità di genere e identità di ruolo, le quali fanno a loro volta parte dell'identità sessuale e motiveranno non solo l'accettazione intrapsichica del genere anatomico, ma anche la meta verso la quale verrà diretta la pulsione sessuale biologica (etero oppure omosessuale).

2. Identità sessuale, identità di genere, ruolo di genere e orientamento sessuale

Il tema dell'identità di genere, la relazione tra genere e sesso, mascolinità e femminilità, tra genere e orientamento sessuale sono stati dibattuti a lungo nell'ambito del pensiero femminista. Solo di recente però, la sociologia italiana ha cominciato ad interessarsi a queste tematiche, soprattutto nell'ambito dei cosiddetti studi di genere (Piccone Stella, Saraceno, 1996; Leccardi, 2002; Ruspini, 2005).

Accanto agli studi in ambito sociologico, in una prospettiva biologica, psicologica e sociale, si collocano le attuali teorie della sessuologia che considerano l'identità sessuale un costrutto multidimensionale costituito da quattro distinte componenti:

1. identità sessuale o sesso biologico;
2. identità di genere;
3. ruolo di genere;
4. orientamento sessuale.

È utile cominciare a distinguere e a definire alcuni termini che spesso vengono usati in modo interscambiabile dando vita ad una serie di convinzioni e stereotipi legati alla sfera della psicosessualità.

L'*identità sessuale* è il sesso biologico che si riferisce alla femminilità o alla mascolinità di una persona ed è determinato da cinque fattori biologici:

1. i cromosomi sessuali XX o XY;
2. la presenza di gonadi maschili o femminili;
3. la componente ormonale;
4. le strutture riproduttive accessorie interne;
5. gli organi sessuali esterni.

Descrive la dimensione soggettiva del proprio essere sessuati; essa inoltre risponde ad un'esigenza di classificazione e stabilità anche se contiene elementi di incertezza e di imprevedibilità essendo l'esito di un processo costruttivo influenzato dalla complessa interazione tra aspetti biologici, psicologici, educativi e socioculturali.

Il termine *identità di genere* indica il vissuto personale di esistere nel tempo continuando ad essere se stessi malgrado i cambiamenti che avvengono durante l'intero arco di vita.

Si tratta della percezione unitaria e persistente di se stessi, o auto-identificazione, come appartenente al genere maschile o femminile o ambivalente (di grado minore o maggiore; Simonelli, 2002).

L'identità di genere si basa su caratteristiche psicologiche che in una cultura di appartenenza vengono incoraggiate in un'identità sessuale e scoraggiate nell'altra. La capacità di conformarsi a queste caratteristiche, attribuite a partire dagli elementi biologici, rende gli individui chiaramente maschili o femminili.

L'identità di genere è una delle componenti fondamentali del processo di costruzione dell'identità. Il termine, coniato da Money e Ehrhardt (1972), si riferisce al vissuto di appartenenza ad un genere o all'altro, maschile o femminile, o in modo ambivalente ad entrambi. Tale appartenenza può esprimersi quindi con vissuti e comportamenti corrispondenti o non corrispondenti al sesso biologico. Il soggetto può vivere la non corrispondenza in modo ambiguo, ambivalente o

lineare al punto da non riconoscersi appartenente al proprio sesso biologico e/o riconoscersi e desiderare di appartenere all'altro sesso. Si può ragionare sull'identità di genere in termini di un asse ai cui estremi siano collocate la struttura biologica femminile e la struttura biologica maschile, determinate rispettivamente dalla presenza dei cromosomi XX e XY e da un corredo biologicamente coerente sia a livello strutturale che funzionale. Tra i due estremi, collegati tra loro, vi è un continuum tra maschile e femminile all'interno del quale ogni persona, con una identità cromosomica data, sviluppa modi di essere e di stare nel mondo che, sia a livello biologico che comportamentale, possono variare da persona a persona e da momento a momento (Bockting, 2008; Diamond, Butterworth, 2008; Cohen-Kettenis, Pfäfflin, 2010; Steensma *et al.*, 2013). Dall'antica "certezza" secondo cui si riteneva che l'umanità fosse divisa in due sole categorie specifiche, maschile e femminile, si è giunti oggi ad ipotizzare che essa sia formata di individui con infinite variabili soggettive che hanno diritto di vivere in condizioni scelte e decise personalmente.

Negli anni Settanta, il termine identità di genere venne distinto dal ruolo di genere e cominciò ad essere usato da psicologi dello sviluppo a impostazione cognitiva per indicare la capacità dei bambini di discriminare accuratamente i maschi dalle femmine e di riconoscere il proprio genere correttamente (Zucker e Bradley, 1995), compito considerato come il primo stadio nello sviluppo della costanza di genere, la cui fase finale consiste nella consapevolezza dell'invarianza di genere.

Egan e Perry (2001) considerano l'identità di genere come una costruzione multidimensionale che racchiude: la capacità di assegnare un individuo ad una categoria di genere, il sentirsi in sintonia con il gruppo del proprio genere, il sentire la pressione verso la conformità al genere e l'attitudine verso il genere del gruppo di appartenenza. Gli Autori affermano che tali dimensioni seguono traiettorie di sviluppo differenti e che ognuna di esse assume un ruolo significativo per il benessere della persona (Liao *et al.*, 2012).

Il termine *ruolo di genere* fu introdotto da Money e Tucker (1975) ed indica la modalità con cui, attraverso comportamenti verbali e non verbali, si esprime a se stessi e agli altri il genere, maschile o femminile, cui si sente di appartenere. Sulla base delle norme culturali, ci si aspetta infatti che gli individui si comportino in maniera socialmente

conforme al loro sesso biologico; e cioè, che i maschi agiscano in modi percepiti come mascholini e le femmine in quelli percepiti come femminili (Szymanowicz, Furnham, 2013). Ogni comportamento risulta “tipicizzato” per genere e le culture e le società definiscono e mutano i criteri di appropriatezza. Con il concetto di ruolo di genere si intende tutto ciò che una persona dice o fa per mostrare di avere lo status di ragazzo o di uomo o, rispettivamente, di ragazza o di donna. Ciò include la sessualità nel senso dell’erotismo, ma non si limita ad essa. Il ruolo di genere viene valutato in relazione a diversi argomenti tra cui manierismi, comportamento, atteggiamento, preferenze negli interessi, argomenti scelti spontaneamente come temi di conversazione, commenti casuali, contenuto onirico, fantasie, pratiche erotiche e così via. Tale ruolo è in gran parte frutto di consuetudini sociali apprese, cui l’individuo si conforma o meno, per segnalare agli altri la propria maggiore o minore aderenza al modo in cui un determinato sesso dovrebbe essere “interpretato”, in base alle regole culturali di appartenenza (Simonelli, Tripodi, 2012). Così, il ruolo di genere è una rielaborazione personale di condizionamenti esterni, che deriva dal particolare modo in cui si è venuta a costruire l’identità di genere (Dèttore, Lambiase, 2011). La formazione del ruolo di genere avviene abitualmente in un periodo che va dai tre ai sette anni. La mascolinità e la femminilità possono essere interpretate su un continuum bipolare (un individuo esprime mascolinità a spese della femminilità e viceversa).

Infine, il termine *orientamento sessuale* è definito come l’attrazione fisica ed affettiva per una persona di sesso diverso, persone dello stesso sesso o entrambi. La maggior parte degli studiosi ha più volte messo in evidenza la molteplicità degli aspetti che vanno a costituire l’orientamento sessuale. In una prospettiva multidimensionale, tale costrutto è costituito da una molteplicità di componenti: l’identificazione di sé, il comportamento, le fantasie, il coinvolgimento affettivo, l’attuale stato relazionale. Ogni individuo sviluppa una sua propria “organizzazione” delle attrazioni erotiche ed affettive, delle fantasie e delle attività sessuali. Fino a poco tempo fa la posizione scientifica prevalente vedeva l’orientamento sessuale come un tratto stabile, precocemente determinatosi e altamente resistente al cambiamento, ma questa concezione è stata recentemente sfidata da una varietà di prospettive teoriche, che hanno portato alcuni Autori a parla-

re di fluidità sessuale (Diamond, 2008) o plasticità erotica (Baumeister, 2004). I teorici in queste aree hanno suggerito che l'orientamento sessuale sia intrinsecamente flessibile e in costante evoluzione durante l'arco di vita; pertanto alcuni individui possono esperire transizioni di orientamento sessuale durante la propria vita, riferibili alle proprie esperienze sessuali ed emotive, alle proprie interazioni sociali e all'influenza del contesto culturale. Queste influenze possono svolgere un'azione d'insieme nel mantenere l'orientamento sessuale o possono precipitare cambiamenti sottili o meno sottili (cfr. Dettore, Lambiase, 2011).

Generalmente, nelle persone, il ruolo di genere, l'identità di genere e l'orientamento sessuale sono in accordo. Le persone sono caratterizzate da varie possibilità di rapporto tra queste componenti. Seguendo la classificazione di Dettore (2005), esistono, infatti:

1. soggetti con identità di genere congruente con il proprio sesso cromosomico e fenotipico e con orientamento sessuale eterosessuale, omosessuale, bisessuale o parafilico (mirato a ottenere eccitamento sessuale da oggetti inanimati, da individui in età prepubere, dall'infliggere/ricevere dolore o sofferenza o da altre peculiari condizioni);
2. soggetti con identità di genere non congruente con il proprio sesso cromosomico ma congruente con il sesso fenotipico e con orientamento eterosessuale, omosessuale, bisessuale o parafilico, come nei casi della sindrome di insensibilità agli androgeni (soggetti genotipicamente maschi che si sviluppano fenotipicamente in senso femminile) o di riattribuzione chirurgica di sesso in età precoce in seguito a traumi genitali o patologie ormonali (come in ragazze affette da sindrome adrenogenitale che le virilizza);
3. soggetti con identità di genere congruente col proprio sesso cromosomico ma con problemi di congruenza rispetto al sesso fenotipico e con orientamento eterosessuale, omosessuale, bisessuale o parafilico, come nei casi di sindrome di Turner (femmine genotipiche con fenotipo difettoso: amenorrea, assenza di sviluppo dei seni e delle caratteristiche sessuali secondarie) o di Klinefelter (maschi genotipici con fenotipo difettoso: ipogonadismo, infertilità, ginecomastia);
4. soggetti con identità di genere non congruente col proprio sesso cromosomico, fenotipico e con orientamento eterosessuale, bisess-

suale o omosessuale (soggetti con Disforia di Genere [DG], transessuali o altre manifestazioni *transgender*).

È importante che queste definizioni mantengano un significato caratterizzante solo una parte della personalità e della vita di tali persone e che non siano etichette statiche che le stigmatizzano nella loro totalità (Diamond, 2002).

3. Identità di genere transessuale

Generalmente l'identità di genere si sviluppa in accordo con la propria identità sessuale, generando quindi un proprio schema corporeo che permette di muoversi nello spazio circostante, di autorappresentarsi e di autodefinirsi in modo armonico e sintonico. In alcuni casi, però, viene a crearsi una disarmonia tra il proprio Sé corporeo e quello psichico. In tali situazioni il soggetto rifiuta il proprio corpo e con esso la propria sessualità, creando una scissione da cui possono derivare tutta una serie di anomalie a radice essenzialmente psicogenetica.

Alcune persone, che vengono chiamate ma allo stesso tempo si autodefiniscono transessuali, hanno il profondo sentimento di appartenere all'altro sesso, sebbene la loro costituzione fisica non presenti ambiguità: la loro identità di genere è in contrasto con il loro sesso anatomico. È importante sottolineare che il presupposto fondamentale per la definizione di Sindrome Transessuale, è che essa viene autodiagnosticata ed è quindi il soggetto stesso a riconoscersi come transessuale. Nel corso dei decenni sono state proposte diverse definizioni per indicare tale condizione.

Si ritiene che Fränkel abbia descritto il primo caso di un transessuale nel 1853; Westphal (1869) coniò il termine *Konträre Sexualempfindung* (autoconsapevolezza contraria), sebbene all'epoca fosse utilizzato anche rispetto all'orientamento omosessuale.

Nel 1923 Hirschfeld, osservando questi comportamenti sessuali, propose il termine "transvestitismo". Non si distaccò molto da questi principi la definizione di Havelock Ellis (1935), che parlò di "inversione sessoestetica" (intendendo sottolineare la tendenza dei soggetti ad immedesimarsi nella persona amata fino ad imitarne abbigliamento ed atteggiamenti).

Sempre negli anni Trenta Krafft-Ebing ideò la definizione di “metamorfosi sessuale paranoica”, che poneva l’accento su un altro degli aspetti del fenomeno: la ricerca insistente del cambiamento di sesso. Nel 1949 Cauldwell introdusse il termine “*psykopatia transexualis*” intendendo il transessualismo un particolare quadro clinico all’interno delle disforie di genere, cioè uno stato d’animo caratterizzato da angoscia relativa al rifiuto del proprio sesso anatomico. In seguito, fu ripreso dall’endocrinologo Benjamin (1953; 1966) ad indicare una sindrome quasi sconosciuta, distinta da altri disturbi dell’orientamento sessuale, e riconfermata come terminologia in uso in occasione del famoso intervento di cambiamento di sesso da George a Christine Jørgensen (1951) che, pur non essendo il primo, contribuì più dei precedenti ad aprire un dibattito sull’argomento.

Successivamente al “caso Jørgensen” che dimostrò al mondo la possibilità di cambiare identità sessuale, aumentarono le richieste di attribuzione chirurgica del sesso.

Ciò spinse sia la comunità psichiatrica internazionale che la giurisprudenza dei vari paesi ad occuparsi in maniera specifica del problema.

Laub e Fisk, nel 1971, introdussero per primi il termine “disforia di genere” per comprendere tutti i soggetti con problemi legati all’identità sessuale.

Stoller (1966; 1968) isolò la “forma pura” in cui l’identità sarebbe in contrapposizione con il sesso biologico.

Person e Ovesey (1974a; 1974b) introdussero la ormai ben nota distinzione tra transessualismo “primario” e “secondario”: nel primo caso, la disforia di genere viene ritenuta esistente fin dalla prima fanciullezza, contraddistinta dalla convinzione di essere persona dell’altro sesso imprigionata in un corpo non a esso corrispondente; nel secondo caso, che si instaurerebbe in genere in epoca postpuberale, vi sarebbe un passaggio dal feticismo da travestimento, dal travestitismo o dall’omosessualità al transessualismo in seguito a varie cause psicologiche, fra cui traumi o paure relative al proprio sesso o una percezione di inadeguatezza rispetto a esso.

Millot (1983) definisce il transessuale come un appartenente al terzo sesso, differente sia dal maschile sia dal femminile: “i transessuali sono dei mutanti”.

Franchini (1985) parla del transessuale come di uno “schizoses-

suale”, sottolineando la scissione tra sesso psichico e sesso somatico.

Oggi il concetto di transessualismo viene ad essere delineato come “la convinzione precoce, permanente e irreversibile di appartenere al sesso opposto, in un soggetto del tutto normale dal punto di vista cromosomico, ormonale e somatico” (Baldaro Verde, Graziottin, 1991, p. 9).

L'imponenza della casistica clinica, l'estensione del fenomeno nel mondo occidentale e l'approfondimento delle dinamiche intrapsichiche che sottendono i disturbi dell'identità hanno promosso un profondo interesse del mondo psichiatrico verso tale condizione. Dal punto di vista nosografico, il “Disturbo dell'Identità di Genere” compare per la prima volta nella terza edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (APA, 1980) all'interno della sezione “Disturbi psicosessuali”. Nel DSM-III-R (APA, 1987) i Disturbi dell'Identità di Genere (DIG) vengono inseriti all'interno del capitolo relativo ai “Disturbi che esordiscono solitamente nell'Infanzia, nella Fanciullezza e nell'Adolescenza”. Con l'avvento del DSM-IV (APA, 1994) e DSM-IV-Tr (APA, 2000) tale condizione viene inserita all'interno del capitolo “Disturbi Sessuali e dell'Identità di Genere” e scompare il termine di transessualismo, anche se molti ritengono utile mantenerlo, almeno nel linguaggio comune, in quanto già da tempo identifica un quadro clinico ben definito (Fabris *et al.*, 1999). Nel 2013, con la pubblicazione della quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (APA, 2013) che ha visto una revisione dei criteri per la diagnosi dei Disturbi dell'Identità di Genere, si assiste all'introduzione dell'espressione “disforia di genere” (Valerio *et al.*, 2013). Questa nuova denominazione, pone l'attenzione del clinico non tanto sull'incongruenza esistente tra sesso biologico e identità quanto sul distress percepito dal soggetto, ovvero sulla condizione emotiva che accompagna tale discrepanza.

2. Lo sviluppo dell'identità di genere

di Chiara Simonelli, Francesca Tripodi, Valeria Verrastro,
Marta Giuliani, Stefano Eleuteri

1. Il periodo prenatale

Lo sviluppo dell'identità di genere è considerato un processo complesso, influenzato tanto da fattori di natura psicosociale, quanto da elementi di natura biologica (Hines, 2011; Mattila *et al.*, 2012).

Negli organismi pluricellulari, la riproduzione sessuata necessita, al momento della fecondazione, dell'unione di due cellule germinali specializzate dette *gameti*: l'uovo femminile e lo *spermatozoo* maschile. Ognuno dei due gameti presenta un assetto cromosomico, detto *apolide*, a 23 cromosomi, e la loro fusione genera un nuovo assetto, detto *diploide*, composto da 46 cromosomi (23 coppie). Ventidue delle 23 coppie sono formate da cromosomi uguali sia nelle cellule maschili che in quelle femminili, e definiti per questo motivo *autosomi*. La ventitreesima coppia nasce invece dall'incontro di due cromosomi diversi tra loro, e definiti quindi *eterocromosomi* o cromosomi sessuali.

Nello specifico, le cellule femminili possiedono due eterocromosomi uguali, XX, mentre quelle maschili possiedono due eterocromosomi diversi, XY. Ne consegue che il sesso di un individuo dipende perciò dall'eterocromosoma portato dal gamete paterno. Infatti, se da una parte le donne, possedendo due cromosomi X, apporteranno invariabilmente tale contributo al nuovo individuo, gli uomini, possedendo una coppia XY, potranno portare l'uno o l'altro di tali eterocromosomi.

Il primo passo nella determinazione del sesso si compie al momento della fecondazione, quando sia gli spermatozoi che recano l'X

sia quelli che recano l'Y penetrano nella cellula uovo. Questa determinazione del *sex genotipico* stabilisce il punto di partenza per tutti i futuri cambiamenti, benché inizialmente i due sessi siano indistinguibili. La presenza del cromosoma Y è indispensabile affinché la primitiva gonade indifferenziata si sviluppi in senso maschile e, cioè, testicolare. In assenza di tale cromosoma, infatti, non avviene la differenziazione e la gonade evolve spontaneamente in senso femminile, ossia ovarico. Fino alla fine della sesta settimana gli embrioni XX o XY possiedono coppie identiche di gonadi indifferenziate, chiamate *creste genitali*, e due tipi di sistemi di dotti primitivi: i *dotti di Wolff* e i *dotti di Müller*. Mentre dai primi, in uno sviluppo di tipo maschile, deriveranno l'epididimo, il canale deferente, le vescicole seminali e i dotti eiaculatori, dai *dotti di Müller*, in uno sviluppo in senso femminile, deriveranno l'utero, le tube di Falloppio e la parte craniale della vagina. Esternamente, sia gli embrioni XX che quelli XY sviluppano un *tubercolo genitale* a forma di bottone, un *solco urogenitale* e *rigonfiamenti labioscrotali*.

Da questa iniziale fase di indifferenziazione o di pre-differenziazione, a partire dalla settima settimana gli embrioni evolveranno naturalmente verso la *femminilità* o la *mascolinità*, ma in quest'ultimo caso solo qualora si verificano alcune condizioni che deviano dal programma di base che prevede *in primis* uno sviluppo in senso femminile (proto-femminilità – Crépault, 1989). In questo senso sarà determinante l'azione dell'antigene H-Y e degli androgeni; la recettività a questi elementi da parte dei tessuti-bersaglio avrà infatti l'effetto di sbarrare la strada allo sviluppo in senso femminile e di assicurare invece uno sviluppo maschile (Liao *et al.*, 2012).

Nonostante l'esistenza di una differenziazione sessuale cromosomica (XX-XY) permetta di individuare in ciascuna cellula dell'organismo il sesso genetico dell'individuo fin dal momento della fecondazione, è bene ricordare che questa è solo una differenziazione potenziale che non può predire il senso delle tappe successive. Un embrione di sesso genetico maschile (XY), ad esempio, può acquisire una morfologia tipicamente femminile, così come un embrione di sesso genetico femminile (XX) può evolvere completamente in senso maschile. A partire dalla settima settimana, è la presenza o assenza dell'antigene H-Y a guidare la gonade indifferenziata nel suo processo di conversione. Se questo antigene è assente, per esempio, anche

un maschio genetico (XY) può sviluppare in senso femminile. In altri casi l'antigene H-Y può essere presente sebbene non vi sia il cromosoma Y producendo, quindi, un individuo morfologicamente maschio e con una formula cromosomica XO o XX. Nei casi in cui, invece, l'antigene H-Y è presente ma le cellule bersaglio rimangono insensibili alla sua azione, si assisterà alla formazione di ovaie malgrado un sesso cromosomico XY e la presenza dell'antigene H-Y.

Una volta formate le gonadi, queste divengono responsabili dello sviluppo sessuale morfologico.

Infatti, nel caso in cui l'embrione sia di sesso genetico maschile, i *cordoni sessuali primitivi* perdono la loro iniziale connessione con l'epitelio che riveste la superficie della gonade e progressivamente si evolvono nei *tubuli seminiferi* del testicolo: lunghe strutture tubuliformi strettamente aggomitolate su se stesse, la cui parete è costituita da cellule somatiche che inglobano tra loro un elevato numero di cellule germinali. Nel caso in cui l'embrione sia invece di sesso genetico femminile, i cordoni sessuali si atrofizzano nella porzione centrale della gonade, sviluppandosi nella porzione periferica. Successivamente questi si evolvono in unità funzionali, i *follicoli ovarici*, in ciascuno dei quali uno strato di cellule somatiche avvolge una singola cellula germinale.

Il differenziamento della gonade in direzione maschile avviene in conseguenza dell'attivazione transitoria di un gene posto sul cromosoma Y, il gene *Sex-Reversal Y* (SrY), denominato così in quanto la sua inattivazione per mutazione in embrioni maschi causa il differenziamento delle gonadi indifferenti in ovaie, con conseguente reversione del sesso dell'individuo stesso dal maschile al femminile, nonostante la presenza nel suo genoma di una coppia XY di eterocromosomi. È quindi la presenza del gene SrY a causare l'iniziale differenziazione della gonade indifferente in testicolo (Mittwoch, 2013). Nel caso in cui Sry non sia presente o comunque attivabile al momento opportuno, la gonade segue un successivo iter differenziativo di tipo "basale" in direzione femminile, sviluppandosi in ovaio.

L'attivazione di tale gene costituisce solamente il primo evento della cascata di attivazione genica che porta la gonade indifferente XY al suo differenziamento in testicolo. Fondamentale in tale processo è anche il gene Sox9, la cui importanza è dimostrata dal fatto che, in sua assenza, le gonadi si sviluppano in ovaie anche se il loro genotipo è XY (Parma, Radi, 2012).

Altrettanto importante per il differenziamento sessuale della gonade in testicolo è il gene DAXI. Questo è localizzato sul cromosoma X e di conseguenza è fisiologicamente presente in singola copia nel maschio e in doppia copia nelle femmine. Quando è presente in doppia copia DAXI agisce come antagonista del gene Sry con un effetto di tipo femminilizzante, promuovendo il differenziamento della gonade in ovaio. Una volta formate, le gonadi divengono responsabili dello sviluppo sessuale morfologico. I testicoli secernono degli ormoni androgenici (principalmente il testosterone) che permettono lo sviluppo dei dotti di Wolff; essi producono anche un ormone anti-Mülleriano (AMH) il cui effetto è quello di antagonizzare lo sviluppo dei dotti di Müller, causandone la completa regressione e infine la scomparsa.

I testicoli durante la settima settimana producono anche il diidrotestosterone (DHT) che porta allo sviluppo dei genitali esterni. Il tubercolo genitale e le pieghe uretrali si allungano e si fondono a formare un pene, mentre i rigonfiamenti labioscrotali si sviluppano e si fondono a formare lo scroto. Il differenziamento della gonade indifferente in testicolo causa quindi la produzione di ormoni AMH, testosterone e DHT. Agendo sui rispettivi bersagli questi ormoni causano la regressione dei dotti di Müller e inducono i dotti di Wolff e la porzione distale dell'intestino posteriore a dare origine alle varie componenti dell'apparato genitale maschile. Nel caso in cui invece l'embrione sia di sesso femminile e in esso si siano quindi sviluppate le ovaie, l'AMH, il testosterone e il DHT non vengono prodotti.

Intorno alla dodicesima settimana vari geni presenti sui cromosomi X inducono la trasformazione delle creste genitali in ovaie. Del tutto indipendentemente, i dotti di Wolff regrediscono a causa dell'assenza di secrezione del testosterone e, in assenza anche della secrezione al momento opportuno dell'ormone inibitore dei dotti mülleriani, questi ultimi danno luogo ai dotti femminili. La parte anteriore forma gli ovidotti (tube di Falloppio) e le parti terminali si fondono a formare l'utero e la maggior parte della vagina. Si sviluppano anche i genitali esterni: il clitoride origina dal tubercolo genitale, le piccole labbra si formano dalle pieghe uretrali, le grandi labbra dai rigonfiamenti labioscrotali, mentre la parte inferiore della vagina dal solco urogenitale.

Normalmente le ovaie si sviluppano soltanto negli embrioni XX e

i testicoli solo negli XY. Quando, per contro, non avviene lo sviluppo delle gonadi o sono presenti contemporaneamente quelle femminili e maschili, oppure esse non corrispondono ai cromosomi sessuali, abbiamo un'ermafrodita, di cui esistono numerosi tipi. Studi recenti hanno permesso di comprendere che, insieme al differenziamento sessuale somatico, cioè del corpo, ciascun individuo va incontro durante lo sviluppo alla formazione di differenze anatomico-funzionali e molecolari di genere (diiergismi) nel suo Sistema Nervoso Centrale (SNC). Nella produzione di queste differenze sembrano avere un ruolo cruciale gli ormoni sessuali, i quali sono importanti per lo sviluppo dimorfico di determinate aree cerebrali.

Anche il Sistema Nervoso Centrale presenta una spontanea tendenza all'organizzazione di tipo femminile, qualora non venga esposto in epoca fetale all'azione degli androgeni.

Nei mammiferi il dimorfismo sessuale del cervello viene stabilito nell'ultimo periodo della vita intrauterina e nelle prime fasi della vita postnatale, in conseguenza dell'azione esercitata sull'encefalo in sviluppo dagli ormoni steroidei (testosterone, DHT ed estrogeni), i quali, oltre a svolgere un ruolo di grande importanza nel differenziamento dell'apparato genitale, nella tarda vita fetale giungono sino al cervello in sviluppo attraverso il torrente circolatorio. Qui giunti attraversano la barriera emato-encefalica e raggiungono i vari centri nervosi, influenzandone la morfogenesi e/o il differenziamento sessuale. Il periodo critico dello sviluppo in cui ha luogo il differenziamento sessuale del cervello corrisponde ad un intervallo temporale ben definito, durante il quale il SNC è evidentemente sensibile all'azione di una vasta gamma di steroidi, con particolare riferimento all'estradiolo derivato dal testosterone di origine gonadica. L'estradiolo ha un netto effetto mascolinizzante sui centri nervosi bersaglio, causando il dimorfismo sessuale che si osserva nell'adulto.

Il bilancio ormonale perinatale ha in conclusione l'effetto di costruire un programma che verrà successivamente attivato e realizzato in termini comportamentali dal nuovo bilancio ormonale prodotto dalla pubertà. È comunque da tenere sempre presente che tutti gli studi volti ad accertare la differenziazione sessuale del cervello sono stati compiuti su animali e di conseguenza la generalizzazione dei risultati alla specie umana comporta delle limitazioni. Va infatti sottolineato come le teorie sulla differenziazione sessuale abbiano larga-

mente sminuito o addirittura escluso l'effetto differenziale degli ambienti sesso-specifici. L'ambiente ha influenze profonde sull'identità di genere e tale aspetto è ovviamente poco evidente negli studi effettuati sui roditori (McCarthy, Arnold, 2011). Le differenze sessuali nell'ambiente hanno effetti preponderanti anche nella biologia cerebrale, come illustrato da studi recenti che mostrano cambiamenti epigenetici nel cervello correlati a stimoli ambientali (Szyf *et al.*, 2008).

2. La prima infanzia

L'auto-identificazione di Sé come appartenenti al genere maschile o femminile non è un'attribuzione stabile e innata, quanto piuttosto un processo di sviluppo complesso e interattivo (Liao *et al.*, 2012).

Gli studi neuropsicologici ci permettono di ipotizzare che un'immagine di sé intrapsichica è già presente alla nascita e che nei primi due o tre anni di vita tende a sovrapporsi con quella fornita dall'esterno, fino a coincidere con il sesso anatomico di appartenenza. Il sesso biologico di un bambino influenza immediatamente il suo ambiente fisico e sociale, persino prima della nascita (Al-Akour, 2009; McCarthy, Arnold, 2011).

Esiste un momento cruciale nello sviluppo e nella conferma della propria identità di genere che viene collocato intorno ai 18 mesi (Blakemore *et al.*, 2009), momento in cui generalmente si assiste alla comparsa del linguaggio. Il processo di socializzazione sessuata è infatti interattivo e il bambino restituisce, proprio attraverso la verbalizzazione, l'immagine che sta costruendo della propria identità. Ad ogni modo, secondo Money (1986) in ogni individuo verrebbero precocemente interiorizzati e compresi entrambi gli schemi, quello maschile e quello femminile, ma con due funzioni diverse: la prima avrebbe il pregio di fornire elementi di identità personale e di appartenenza ad un gruppo, mentre la seconda avrebbe lo scopo di permettere la comunicazione e la comprensione col gruppo complementare. La tappa successiva possiamo collocarla intorno ai 3-4 anni: a questa età i bambini sono sempre più coscienti di appartenere al gruppo maschile o femminile ma anche dei ruoli di genere relativi.

Nei primi sei mesi della vita postnatale, il bambino e la madre costituiscono una unità duale in cui il neonato è in uno stato di dipen-

denza assoluta dalla figura di accudimento. Questo periodo dello sviluppo è costituito da due sottofasi: la prima, *“autistica normale”*, in cui il bambino non percepisce l’ambiente come qualcosa di separato da sé e semplicemente lo ignora; ed una seconda, *“simbiotica”*, in cui l’infante inizia ad essere cosciente del fatto che la soddisfazione dei suoi bisogni proviene dall’esterno. L’infante inizia a percepire la madre come oggetto parziale ma non può ancora stabilire una distinzione tra l’Io e il non Io. Ha bisogno di riconoscere e di essere riconosciuto. Tutti i sensi, in particolare la vista e il tatto, sono coinvolti in questo riconoscimento. È attraverso questi mezzi di comunicazione che il bambino trova la propria sicurezza emotiva, da cui deriva l’importanza di una relazione simbiotica adeguata.

Verso la metà del primo anno prende gradualmente coscienza del fatto che è differente dalla madre, del suo “Io corporeo” e sviluppa un primo nucleo di identità personale (identità nucleare). È a partire da questo momento che inizia ad avvertire un’angoscia di separazione dal suo “agente di cure”, a cui impara a far fronte attraverso la messa in atto di alcuni meccanismi di adattamento.

Il bambino maschio deve, a questo punto, “disidentificarsi” dalla madre per accedere alla propria mascolinità mentre la bambina, non trovandosi in una simile discontinuità in quanto corporalmente simile alla madre, continua ad identificarsi in lei.

È necessario, a questo punto, che i bambini intraprendano un processo di individuazione dalla madre che seguirà percorsi diversi in base al genere di appartenenza.

Il maschio, ad esempio, dopo aver scoperto di avere un pene e che la sua principale figura di accudimento ne è priva, deve percorrere un percorso di “disidentificazione” dalla madre per accedere alla propria mascolinità. Si riattiva in lui l’angoscia di separazione, accompagnata ora da una nuova ansia di castrazione, che viene superata tramite l’esaltazione del pene. Affinché giunga a rinunciare alla propria femminilità primaria, il bambino deve essere capace di investire su ciò che lo differenzia sessualmente dalla madre. Poiché il bambino deve passare attraverso la femminilità per raggiungere la mascolinità, la sua identità di genere è più vulnerabile di quella della bambina.

Per quanto riguarda il genere femminile, invece, si può evidenziare come la bambina, nella misura in cui è sessualmente simile alla madre, può mantenere con questa un legame simbiotico secondario

più a lungo. Il prendere coscienza di essere dello stesso sesso della figura di accudimento può costituire una sorta di rassicurazione, specialmente se la madre valorizza e accetta questa somiglianza corporea. Ovviamente però, più la bambina conserva uno stretto legame con la madre, più si acuisce in lei l'angoscia di separazione. Il processo d'individuazione femminile sembra svolgersi in modo meno conflittuale di quello maschile, infatti la bambina, attraverso l'identificazione con la madre, acquisisce una più grande sicurezza interiore circa la propria identità di genere.

Per quanto riguarda il ruolo del padre, questo è vissuto come un intruso nella diade madre/figlio, viene percepito come qualcuno che vuole separare tale unione, come un ostacolo al legame parafusionale.

Il padre può svolgere un ruolo importante nel momento in cui il bambino, dovendo sviluppare la propria mascolinità, trova in lui il modello maschile in cui identificarsi. Tale identificazione, però, non tende alla fusione come nel caso dell'identificazione primaria con la madre, quanto piuttosto all'appropriazione di certi elementi della sua potenza.

La bambina, dal canto suo, ha invece bisogno dell'aiuto del padre per defusionarsi dalla madre. Questo deve essere capace di valorizzarla narcisisticamente, di dimostrarle che è seducente e desiderabile, favorendo quindi in lei lo sviluppo di un narcisismo corporeo, sostegno essenziale della femminilità.

3. Il periodo prescolare

Nel periodo prescolare, che inizia intorno al terzo anno di età, i bambini riescono a classificarsi come maschi o femmine per i ruoli che assumono più che per le differenze anatomiche. Osservandoli in situazioni di gioco spontaneo di solito tendono a scegliere oggetti e ruoli che sono considerati tipici del sesso di appartenenza (Zosuls *et al.*, 2009).

A quest'età l'identità di genere però non è stabile, non viene percepita come parte integrante del Sé ma come qualcosa che viene imposto dall'esterno. In questo periodo i bambini fantasticano di poter cambiare sesso a loro piacimento e se chiediamo ad un maschietto

che cosa sarebbe se lo vestissimo con una gonna, ci sentiremmo rispondere: “una femminuccia”.

I bambini acquisiscono la capacità di riconoscersi come appartenenti ad una determinata categoria di genere in modo graduale (Slaby, Frey, 1975). Dai due anni e mezzo o tre anni la maggior parte di essi è in grado di rispondere correttamente alla domanda “sei maschio o femmina?”, ma solo più tardi, nella seconda infanzia (attorno ai 6-7 anni), essi apprendono il concetto di *costanza di genere*, ossia la capacità di comprendere che il loro sesso rimane invariato nel tempo e cambia solo in apparenza (Kohlberg, 1966). Infatti, in linea con lo sviluppo cognitivo della teoria Piagetiana tra i 2 e i 7 anni (periodo dell'intelligenza pre-operatoria) il bambino acquisisce progressivamente la capacità di cogliere il concetto di identità: inizia ad essere consapevole del fatto che un oggetto può cambiare la sua apparenza senza cambiare la sua natura. L'identità di genere, seguendo lo sviluppo cognitivo, matura quindi nel corso degli anni passando da conoscenze incomplete ed instabili a categorie sempre più stabili, fino a giungere a rappresentazioni mentali comprensive (Del Re, Bazzo, 1995).

La letteratura esistente nell'area specifica dello sviluppo sessuale e di genere testimonia che entro i primi due anni di vita compare nel bambino un sentimento precoce d'identità denominato da Stoller (1968) *identità di genere nucleare*. Questo è frutto delle componenti biologiche, fisiologiche e psicologiche dell'individuo e determina il senso di riconoscimento e di appartenenza individuale ad un determinato sesso. A partire dal secondo anno di vita si sviluppa l'*identità di ruolo di genere* che rappresenta l'attitudine psicologica a manifestare comportamenti interpersonali tipici del maschio e della femmina. In questa fase si attivano i processi legati all'identificazione e all'autorappresentazione nel contesto pubblico come maschio o come femmina (Coates, Cook, 2001).

L'identità di genere inizia a consolidarsi intorno ai quattro anni quando, secondo Bradley e Zucker (1997), i bambini iniziano ad avere un'idea stereotipata del ruolo di genere e a mettere in atto comportamenti congruenti con tale idea. In questa fase di crescita l'immagine di sé come maschio o come femmina è connotata da un sentimento di mascolinità o femminilità che si confronta con le aspettative socioculturali.

Ricerche condotte su bambini piccoli non lasciano dubbi circa il fatto che verso i quattro anni quasi tutti sono capaci di assegnare correttamente a se stessi il proprio genere sessuale, nonché a pupazzi che vengano loro mostrati. L'assegnazione si basa anche su aspetti caratteristici quali l'abbigliamento, l'acconciatura e l'aspetto generale. A quest'età la gran parte dei bambini ha ancora idee molto confuse e a volte ignora perfino le differenze genitali. Si può vedere ciò sia nei giochi con i pupazzi, sia nella scelta di un compito che comporti la collocazione della parte contenente i genitali sulle altre parti del corpo. Generalmente i bambini più piccoli sono più bravi nell'assegnare l'identità di genere corretta alle figure vestite che non a quelle nude. È probabile, pertanto, che l'identità di genere sia stabilita dapprima sulla base di criteri diversi da quelli delle differenze genitali, ma che queste ultime vengano infine riconosciute come segni di tale identità, così come accade per gli adulti. Tuttavia, nonostante la loro confusione circa le differenze genitali, i bambini di quattro-cinque anni hanno già precise convinzioni a proposito degli stereotipi dei ruoli sessuali e mostrano differenze nette nel comportamento riguardante il sesso. È possibile quindi affermare che il bambino arriva ad identificare la categoria del genere nello stesso modo in cui arriva ad identificare altre categorie concettuali, mediante un processo di sviluppo intellettuale che dipende dalla maturazione, nonché dall'interazione con l'ambiente.

4. La seconda infanzia

Dall'analisi della letteratura internazionale sulla seconda infanzia, definita *middle childhood* dagli anglosassoni, si evince un sostanziale accordo degli Autori sul periodo d'inizio di tale fase di sviluppo (5-6 anni), concettualizzato con l'ingresso del bambino nel contesto scolastico (Huston, Ripke, 2006; Crouter *et al.*, 2007); tuttavia non è stato ancora raggiunto un accordo sulla durata di questo periodo. Alcuni Autori (Huston, Ripke, 2006) affermano, ad esempio, che è possibile parlare di seconda infanzia fino alle soglie dell'adolescenza (12-13 anni); altri (McHale *et al.*, 2004), invece, sostengono che la seconda infanzia corrisponda agli anni della scuola elementare (6-10 anni), definendo poi "pre-adolescenza" l'arco di tempo compreso tra gli 11 e i 13 anni, caratterizzato dallo sviluppo puberale.

La descrizione freudiana di questa fase sottolinea la scarsità delle manifestazioni direttamente sessuali: è il “periodo della latenza”, che va dal sesto o settimo anno di vita fino alla pubertà. La scelta del termine “latenza” indica un vuoto nel passaggio tra una prima infanzia fortemente interessata alla sessualità in senso egocentrico e il risveglio puberale dello stesso interesse in senso relazionale. In questi anni intermedi il periodo si viene a connotare come “assenza, mancanza o appunto latenza”. Questa definizione in negativo viene ad essere ripresa, pur con le dovute critiche e precisazioni, anche nei recenti manuali di sviluppo (Vianello, 2004). Probabilmente l’evidente decremento di un interesse apertamente rilevabile verso la sessualità è dovuto a diversi fattori: l’acquisizione del senso del pudore e della vergogna, un più forte mandato al consolidamento del ruolo di genere e alla socializzazione e, non ultima, una certa resistenza a rilevare il fenomeno da parte dei ricercatori. È interessante tuttavia sapere che la maggior frequenza con cui i bambini praticano il “gioco del dottore” è proprio intorno a 9-10 anni (Daniluk, 1998).

Erikson (1968b) ha parlato di una crisi specifica di questo periodo che definisce di “moratoria psicosessuale”, che si manifesta nella dicotomia “industriosità *versus* inferiorità”, individuando appunto, in questi due poli, il conflitto principale vissuto dal bambino. Il focus è ora centrato sull’esplorazione e l’apprendimento di tutte quelle abilità e competenze che gli saranno necessarie per il suo ruolo di adulto.

La seconda infanzia, dal punto di vista evolutivo, coincide quindi con l’ingresso del bambino nel mondo sociale, con le prime forme autonome di relazione e con il consolidamento dell’identità di genere.

Dapprima il bambino classifica i sessi in base a indizi percettivi appariscenti, ma mutevoli, e solo in un secondo momento realizza la costanza o conservazione del genere, la sua permanenza, basandosi su indici biologici stabili. Da questo momento egli tenderà a imitare le persone di sesso identico al suo, a partire dai coetanei, in quanto più simili a sé, sia nelle caratteristiche che nel tipo di attività abituali. Questa fase di sviluppo vede la sempre maggiore tipizzazione dei comportamenti in senso maschile e femminile: l’identità di genere diventa dunque per i bambini il principio organizzatore degli atteggiamenti di ruolo, che permette di selezionare ed elaborare le informazioni ambientali sulla propria identità. I bambini, infatti, sembrano

a quest'età in grado di adottare degli standard riguardanti il genere e di regolare il proprio comportamento in modo conforme ad essi (Simonelli *et al.*, 2007).

Egan e Perry (2001) considerano l'identità di genere come un costrutto multidimensionale relativo a quattro parametri: *consapevolezza* dell'appartenenza ad un genere; sensazione di *compatibilità* psicologica con il genere assegnato alla nascita; *pressione percepita* dai genitori, dai pari e da se stessi a conformarsi agli stereotipi di genere; *convinzione* (pregiudizio) che il proprio genere sia superiore all'altro. Queste dimensioni non risultano fortemente correlate le une alle altre, ma sono tutte in relazione con l'adattamento psicosociale. Dai risultati delle ricerche (Egan, Perry, 2001; Carver *et al.*, 2003; Yunger *et al.*, 2004) si evince che un funzionale adattamento psicosociale nella seconda infanzia, valutato in termini di autostima e accettazione da parte del gruppo dei pari, è positivamente legato alla percezione di compatibilità con il proprio genere (auto-percezioni sulla tipicità di genere, sentimenti di contentezza per l'appartenenza al proprio genere, ecc.), mentre la pressione percepita a conformarsi al genere di appartenenza e il pregiudizio intergruppo sono associati ad un adattamento sfavorevole. Inoltre, i dati suggeriscono che la compatibilità di genere e la pressione percepita influenzano interattivamente l'adattamento; una bassa compatibilità di genere è maggiormente disturbante per i ragazzi che percepiscono una forte pressione alla conformità al genere, piuttosto che per i ragazzi che non sentono pressioni sulla loro identità sessuale. I giovani che desiderano essere dell'altro sesso o che desiderano impegnarsi in attività tipiche dell'altro sesso, quindi, sono più a rischio di sviluppo problematico se percepiscono che il loro ambiente li disapprova o li punisce. Ne consegue che l'adattamento è migliore nei preadolescenti che sono convinti della loro tipicità di genere, ma si sentono anche liberi di esplorare le alternative del sesso complementare.

Questi Autori sottolineano quindi l'importanza, per un funzionale adattamento psicosociale nei bambini e nei preadolescenti, del sentimento di compatibilità psicologica con il proprio genere; della reazione rispetto alla pressione percepita per la conformità agli stereotipi di genere dai genitori, dal gruppo dei pari e dalle altre agenzie di socializzazione e la sensazione che il proprio sesso sia superiore all'altro. Sono soprattutto i maschi ad essere più tipizzati sessualmente, rispetto alle femmine, ricevendo maggiori pressioni in tal senso.

I bambini che si percepiscono come *atipici* rispetto al loro genere di appartenenza possono temere di essere ostracizzati, che gli vengano negati dei privilegi e la protezione del gruppo, o, infine, possono sentirsi semplicemente inadeguati rispetto agli altri. Le pressioni per conformarsi al genere possono portare il bambino ad un continuo monitoraggio ansioso dei propri comportamenti o a metterne in atto altri che possano essere percepiti dai pari come immaturi e quindi determinare l'esclusione dal gruppo (Yunger *et al.*, 2004).

In età prescolare è possibile notare come i bambini e le bambine giochino volentieri insieme e non si rilevano ancora preferenze sesso-specifiche nella scelta delle attività ludiche, mostrando quindi una scarsa differenziazione del ruolo di genere pur in presenza di un'identità di genere costante (Giani Gallino, 2002). È in questa fase che si evidenzia, appunto, la prima "segregazione dei sessi": i maschi, in particolare, sono spinti ad una maggiore differenziazione e conformismo di genere attraverso pressioni esterne, mentre alle bambine è generalmente lasciata più libertà di esprimere le proprie attitudini (Courtenay, 2000). Atteggiamenti effeminati o ritenuti tali come il piangere o giocare con le bambole sono disapprovati dagli adulti e scherniti dai compagni. L'identità maschile ha un minor grado di libertà e, anche per questo motivo, l'adattamento femminile, sia in termini di condotta che di apprendimento scolastico, si mostra maggiore fin dai primi anni di scuola (Burr, 2000; Giani Gallino, 2002). Viceversa, la manifestazione dell'aggressività, in linea con quanto già espresso da Crepault (1989) e Stoller (1974) e da molti altri Autori, è ritenuta funzionale nel maschile e quindi più tollerata: a partire dagli 8-9 anni fino ai 13, l'aggressività fisica è il modo più comune di interagire in gruppo tra i ragazzi (D'Amico, 2002), mentre le femmine si "allenano" all'empatia e al contatto riparatorio (Bybee, 1998).

L'ingresso alle elementari comporta un maggior rilassamento della rigidità dei ruoli di genere, anche se per numerosi bambini le pressioni rimangono molto forti. Nella seconda infanzia i bambini desiderano fortemente sentirsi parte del gruppo e non essere diversi dai coetanei dello stesso sesso e la modalità con cui ogni bambino esprime ed esibisce i comportamenti relativi al proprio genere di appartenenza risulta variegata. Un contesto importante è quello del gioco (McHale *et al.*, 2004), che oltre alla funzione di socializzazione, assolve un compito specifico nella trasmissione dei *sexual script* ine-

renti il genere, ovvero quei messaggi culturali che agiscono come “linee guida” nel comportamento sessuale. Per esempio, attività stereotipicamente femminili, come giocare con le bambole o cucinare, sono legate a comportamenti di carattere sociale come l’allevamento, mentre fare sport ed essere competitivi porta i maschi a sviluppare maggiormente aspetti cognitivi come la capacità di problem solving (McHale *et al.*, 2004).

In realtà in tutto l’arco di vita si riscontra una maggiore difficoltà di adattamento per il genere maschile che per quello femminile ascrivibile al contesto culturale nel quale ci troviamo immersi. Dalla nascita fino alla pubertà, in famiglia e nella scuola, l’autorità è infatti femminile: mamme, nonne, maestre e baby-sitter si occupano dei bambini e, nei primi dieci anni di vita, il sistema di relazioni esistente può quasi essere definito come “matriarcale”. Sia i maschi che le femmine imparano a conoscere se stessi ed il mondo soprattutto attraverso la mediazione delle donne, con un impegno maggiore richiesto al maschile per differenziarsi dal femminile (Simonelli, 2002). Il rigetto di caratteristiche legate al femminile accompagnerà lo sviluppo individuale di ogni maschio, a testimonianza che la differenziazione maschile è più rigida e mandataria. I bambini più delle bambine possono iniziare a criticare i pari che mettono in atto comportamenti atipici rispetto al genere (Liao *et al.*, 2012).

Dall’analisi della letteratura è possibile quindi affermare come la seconda infanzia costituisca un passaggio fondamentale per la costruzione dell’identità e del ruolo di genere dei bambini. Il *periodo di latenza* sembra una definizione poco utile e, in questo senso, le ricerche dei Goldman (1982, 1998) sulla sessualità dei bambini parlano del “mito della latenza”, non avendo riscontrato alcunché di significativo in quella direzione. Molti altri Autori sono infatti critici sulla “latenza” trovando paradossalmente che proprio in questi anni la sessualità si esprime a tutto campo; allo stesso modo, specie col cambiamento della struttura familiare tradizionale, è stata messa in discussione l’esistenza di un complesso edipico universale (Giani Galilino, 2002; Amann Gainotti, 2001). Probabilmente ciò che viene meno da un punto di vista sessuale nella seconda infanzia sono i desideri e le fantasie che coinvolgono direttamente i genitori – e l’idea dei propri genitori come esseri sessualmente attivi resta comunque problematica anche negli adolescenti – mentre l’esplorazione e la curio-

sità per il corpo proprio e altrui sono esperienze comuni da considerare parte dello sviluppo normale (Daniluk, 1998). In particolare tra i maschi la comparazione dei genitali o la mutua masturbazione sono molto diffuse; si assiste anche ad un rinnovato interesse per le componenti anali che spesso si manifestano, oltre che nel linguaggio volgare usato talvolta senza comprenderne il significato, nella mobilitazione di tratti compulsivi del tutto normali e quindi nel piacere tipico di questa fase, di collezionare oggetti come francobolli, cartoline, figurine o altro (Dell, Dulcan, 1998).

Emerge quindi il bisogno di un più focalizzato interesse scientifico su tale fase che, nonostante le poche ricerche fatte sulla tematica e i pregiudizi ancora attivi da parte di clinici e ricercatori, sembra costituire un anello fondamentale nella stabilizzazione dell'identità di genere e nell'acquisizione di un ruolo di genere.

5. L'adolescenza

L'adolescenza è per definizione "la fase di sviluppo che si estende dalla pubertà ai 18-20 anni". Tuttavia, recenti ricerche dimostrano che la massiccia esposizione a stimoli erotizzanti sta facendo abbassare sensibilmente l'ingresso nella pubertà (9-10 anni), mentre fenomeni socio-economici ritardano l'uscita dei giovani dalle famiglie, per cui attualmente l'adolescenza può durare dai 10 ai 30 anni di età.

Dal punto di vista fisiologico l'adolescenza viene contraddistinta insieme al periodo fetale e ai primi due anni di vita mediante l'andamento a picco del cambiamento corporeo. Ma, a differenza dei neonati, gli adolescenti provano la sofferenza ed il piacere di osservare l'intero processo; quando si manifestano i cambiamenti corporei essi guardano a se stessi con sentimenti di volta in volta di attrazione, di fascino e di orrore. Sorpresi, imbarazzati e incerti, gli adolescenti si confrontano costantemente con gli altri e rivedono continuamente la loro immagine di sé. Entrambi i sessi controllano con ansia il proprio sviluppo, o l'assenza di esso, con consapevolezza o scarsa cognizione, con fierezza e paura, speranza e trepidazione. C'è sempre il confronto con l'ideale dominante; la capacità di riconciliare il confronto tra i due è durante questo periodo di trasformazione di importanza cruciale per gli adolescenti.

L'adolescenza costituisce una tappa fondamentale nei processi di maturazione bio-fisiologica; individuazione-separazione; sviluppo delle competenze emozionali, cognitive, sociali; contestualizzazione socio-culturale.

La maggior parte degli Autori che si sono interessati a questa fase dello sviluppo hanno fornito diverse interpretazioni del "fenomeno adolescenza" parlando di periodo di crisi.

Tra gli Autori che hanno parlato di crisi adolescenziale ritroviamo Hall il quale considerava l'adolescenza come una sorta di seconda nascita, come un periodo di profonde trasformazioni di tutti gli aspetti della personalità, di crisi e rotture rispetto alle fasi anteriori dello sviluppo, determinato dalle trasformazioni fisiologiche della pubertà (Hall, 1904).

La descrizione freudiana di questa fase sottolinea i cambiamenti che devono condurre la vita sessuale infantile alla sua definitiva strutturazione normale. La pulsione sessuale, che fino a questo momento era prevalentemente autoerotica, ora trova l'oggetto sessuale (Freud, 1905).

Gli avvenimenti principali dell'adolescenza sono la subordinazione delle zone erogene al primato della zona genitale, l'istituzione di nuove mete sessuali diverse per maschi e femmine e la ricerca di nuovi oggetti sessuali al di fuori della famiglia.

Erikson (1959, 1968a) ha evidenziato maggiormente il tema della strutturazione dell'identità rispetto alla dinamica delle pulsioni. Il concetto di crisi d'identità nell'adolescenza viene indagato nei suoi aspetti psicosociali: lo sviluppo è visto come il prodotto dell'interazione di fattori biologici, psichici e sociali. Il compito centrale dell'adolescenza è l'acquisizione di una identità socialmente riconosciuta. In questa prospettiva, la società assume un ruolo molto importante nel facilitare e permettere all'adolescente di sviluppare o di integrare le diverse tappe dello sviluppo (Galliher, Kerpelman, 2012).

Uno dei primi cambiamenti che l'adolescente si trova ad affrontare è sicuramente quello che riguarda le trasformazioni fisiche. L'adolescente è uno spettatore consapevole di questi cambiamenti e tenta di dare un senso a ciò che gli accade. Il corpo cambia e con esso cambiano i rapporti con il mondo circostante: l'adolescente avverte che il proprio aspetto esteriore è molto importante per essere accettato dagli altri (Solfaroli Camillocci, 1999). I tempi fisiologici delle

trasformazioni puberali possono avere risvolti psicologici diversi per i due sessi. Nei maschi la precocità può costituire un vantaggio psicologico sotto diversi punti di vista, da quello personale a quello relazionale (maggiore popolarità fra i coetanei, posizioni di leadership) mentre il ritardo costituisce un chiaro svantaggio psicologico (sensazioni di anormalità rispetto agli altri, ansia e minore fiducia in sé).

Nelle ragazze, invece, la situazione è più complessa, anche se sembra porre maggiori problemi di adattamento una pubertà anticipata rispetto ad una ritardata. La complessità dello sviluppo femminile è da ricondursi, secondo alcuni Autori, all'evento che segna il passaggio dalla condizione di bambina a quella di donna: il menarca. A questo si associa il diverso significato sociale che si attribuisce all'essere "adulto", che comporta un maggiore controllo da parte della famiglia nei confronti delle ragazze piuttosto che dei ragazzi.

Il periodo puberale pone comunque all'adolescente, maschio o femmina che sia, una ridefinizione del rapporto con il proprio corpo sessuato, configurandosi come un momento critico per il consolidamento dell'identità di genere (Noshpitz, 1991).

La costruzione dell'identità sessuale sarà il frutto dell'elaborazione individuale a livello affettivo e cognitivo dei fattori somatici (l'iniziale programma genetico prenatale e le modificazioni corporee della pubertà) integrati con influenze socio-culturali (Speltini, 1997).

Nella preadolescenza e nell'adolescenza, i cambiamenti fisici della pubertà comportano una rapida e massiccia trasformazione che si riflette sull'immagine di sé. L'acquisizione della capacità riproduttiva introduce al mondo della sessualità adulta, con notevoli cambiamenti nella percezione del proprio corpo. Il pensiero dell'adolescente diviene più complesso e capace di rappresentarsi una molteplicità di opzioni possibili, che spesso aumentano i livelli di incertezza e di conflitto interno e interpersonale. Le trasformazioni fisiche, i cambiamenti cognitivi e le nuove esigenze sessuali si traducono in un movimento ambivalente di avvicinamento-allontanamento dalla famiglia, riflettendo la presenza di esigenze di dipendenza tipiche dell'infanzia, che coesistono e si scontrano con un nuovo bisogno di autonomia e di libertà. Il raggiungimento dell'indipendenza dalla famiglia passa attraverso un processo di separazione e di individuazione con la ricerca di appartenenza a nuovi gruppi di pari. Per separazione si intende il risultato lento e doloroso di un processo, tale per

cui la dipendenza dalle figure genitoriali idealizzate si trasforma nella ricerca di un nuovo oggetto d'amore. Questo processo implica per l'adolescente la necessità di separarsi da oggetti, affetti e comportamenti infantili, per appropriarsi di nuove possibilità: dall'acquisizione di una maggiore autonomia, verso nuove definizioni di sé, delle proprie capacità e delle proprie relazioni.

Nel momento della separazione dell'adolescente dai genitori le amicizie con i coetanei concorrono al benessere psicologico e risultano un importante fattore di protezione dallo stress psicosociale. In correlazione diretta con i cambiamenti biologici che gli adolescenti si trovano ad affrontare vi è il problema dell'identità sessuale. Ciò include l'espressione dei bisogni sessuali e dei sentimenti e l'accettazione o il rifiuto dei ruoli sessuali. Con il raggiungimento della pubertà e dell'adolescenza, tutti i cambiamenti biologici dovuti alla maturazione fisica inducono un nuovo interesse per la sessualità e accentuano il problema dell'integrazione delle pulsioni sessuali con altri aspetti della personalità. Durante l'adolescenza, i giovani cominciano ad intrattenere relazioni nelle quali il sesso gioca un ruolo centrale. L'adolescente deve definirsi a partire dal suo nuovo corpo; per questo si deve "re-individualizzare".

Proprio come avviene con la prima individuazione (quando il bambino opera la distinzione tra l'"Io" e il "non Io"), così pure la re-individuazione nell'adolescenza colpisce inevitabilmente in modo profondo la vita affettiva e la struttura della personalità. L'adolescente in questo periodo vivrà anche una "re-individuazione sessuale" che nella maggior parte dei casi non è altro che il prolungamento del sentimento di sentirsi bambino/a.

È comunque da sottolineare il fatto che alcuni studi hanno messo in evidenza il fatto che non sempre l'identità di genere si fissa in modo indelebile all'epoca della prima infanzia. La seconda individuazione sessuale, cioè quella che si forma nell'adolescenza in seguito allo sviluppo dei caratteri sessuali secondari, può essere anch'essa determinante. L'angoscia di separazione che il bambino prova nel momento in cui prende coscienza della differenziazione sessuale si ripropone in modo simile anche nell'adolescenza. Di fronte al suo corpo che si trasforma l'adolescente prova una profonda insicurezza. Il suo corpo è sempre più differente da quello della madre: più si mascolinizza, più si allontana da lei. Certi ragazzi superano abbastanza

facilmente questa fase, soprattutto se la madre incoraggia la *defusione*. Altri, in particolare quelli emotivamente più fragili e la cui madre mantiene il legame fusionale, vivono un vero e proprio incubo; possono essere portati a rinunciare alla loro identità maschile o ancora ad “*omosessualizzarsi*”. Per accedere alla mascolinità il ragazzo non ha molta scelta: deve defusionarsi dalla madre.

Per quanto riguarda la ragazza, essa diventa corporalmente simile alla madre. Tale affinità da un lato costituisce una rassicurazione, dall'altro è fonte di rivalità, di gelosia e di ostilità. La ragazza vive una situazione conflittuale nella misura in cui ama la madre e al tempo stesso la detesta. A differenza del ragazzo, la ragazza è socialmente molto meno incoraggiata a rompere il legame con la genitrice.

Nell'adolescenza i ruoli di genere diventano molto più rigidi. Il ragazzo ha un duplice compito: eliminare le componenti femminili dai suoi modi di essere e apparire, esibire agli occhi di tutti la sua mascolinità e virilità. La ragazza, almeno nelle società moderne, ha minor bisogno di dimostrare che non è un ragazzo: può accontentarsi di dimostrare che è una ragazza. Esistono quindi dei meccanismi maschili e femminili di consolidamento dell'identità di genere nell'adolescenza. Per quanto riguarda i maschi, l'aggressività più marcata che è già presente nei bambini rispetto alle bambine, si accentua nell'adolescenza. Il bambino sembra essere meglio equipaggiato rispetto alla bambina nello sviluppare l'aggressività e nella maggior parte delle società umane soltanto gli uomini sono incoraggiati a mostrare aggressività e di conseguenza questo diventa un indice di mascolinità.

Un altro meccanismo di consolidamento dell'identità di genere maschile è rappresentato dall'erezione e dall'eiaculazione, che diventano segni di virilità. Il pene diventa non solo un organo di piacere ma anche un simbolo di potenza. Nelle civiltà umane l'erezione ha quasi sempre simbolizzato la potenza, il dominio e l'aggressività. Per quanto riguarda la conquista sessuale, in questo periodo l'adolescente si interessa delle ragazze nella misura in cui può vantarsi con gli amici delle sue conquiste sessuali. La ragazza rappresenta soprattutto un oggetto di conquista ed un mezzo per rafforzare il suo sentimento di mascolinità. Solo gradualmente essa diventerà per lui un oggetto di refusione affettiva ed andrà a sostituire più o meno completamente il gruppo dei pari.

Per quanto riguarda invece i meccanismi di consolidamento dell'i-

dentità di genere nel mondo femminile, con l'adolescenza si attribuisce una grande importanza al suo aspetto corporeo. Il primo modo in cui la ragazza consolida la propria femminilità è quello di diventare un'esigenza vitale per il desiderio dell'altro. Questo narcisismo corporeo globale è, in un certo senso, l'equivalente femminile del narcisismo fallico maschile. Mentre il ragazzo è socialmente incoraggiato ad essere aggressivo e a valorizzare l'azione, la ragazza impara a sviluppare un comportamento di attesa. Essa impara ad abbandonare il suo avvenire nelle mani degli altri. La ragazza è portata, soprattutto per la sua educazione, a romanticizzare tutto ciò che la circonda e a concedersi un più grande spazio immaginario.

Esiste una sequenza logica tra lo sviluppo dell'identità personale e lo sviluppo dell'identità di genere. Nell'adolescenza appare un altro tipo di identità, cioè l'identità legata all'orientamento sessuale (identità eterosessuale, omosessuale o bisessuale). Gradualmente l'adolescente è portato a definirsi in funzione delle sue tendenze erotiche. Questa prima definizione del "sé erotico" costituisce il nucleo di base dell'identità di orientamento sessuale. L'adolescente che investe la sua carica erotica unicamente nelle persone dell'altro sesso non entra in contraddizione con le attese sociali e di conseguenza acquisisce rapidamente l'orientamento sessuale di tipo eterosessuale. Al contrario l'adolescente che si sente attratto da persone del suo stesso sesso può diventare egodistonico ed essere incerto sul definirsi come omosessuale o bisessuale; al limite può anche autocensurare ogni suo desiderio omosessuale e darsi quindi una pseudoidentità eterosessuale.

Se l'orientamento sessuale è influenzato da fattori d'ordine psicodinamico, non bisogna neanche trascurare il ruolo "feedback" esercitato dall'ambiente sociale, come l'influenza dei comportamenti sessuali effettivi. L'adolescenza si pone come elemento di rottura tra l'infanzia e la vita adulta, è una delle fasi del ciclo di vita più critiche in quanto l'individuo si trova ad affrontare modificazioni corporee irreversibili e si trova a dover rimettere in discussione l'intero mondo fantasmatico del bambino, avviando un processo di destrutturazione e ristrutturazione del suo mondo interno. Come prima cosa l'adolescente deve ricomporre la propria immagine corporea, che cambia con ritmi di sviluppo assolutamente personali. La marcata accelerazione dello sviluppo che caratterizza questo periodo, modificando lo schema corporeo, mette in discussione un punto di riferimento che il

ragazzo aveva raggiunto durante l'infanzia, e cioè la piena sicurezza del proprio corpo come sede di competenze motorie ed espressive. Gli equilibri somatici diventano instabili a causa delle continue modificazioni e da questa precarietà scaturisce l'incertezza per come evolverà la situazione, per quale sarà l'aspetto definitivo e per come ci si riconoscerà in questa diversa condizione.

I necessari punti di riferimento vengono prodotti dalla fisiologia, segnando cadenze precise: la comparsa del menarca e della prima eiaculazione, la disposizione tipica della peluria. Ma se il menarca in quanto evento biologico atteso e inevitabile è socialmente codificato e accettato, la prima eiaculazione è molto meno individuabile e riconoscibile. Inoltre questa è anche la fonte di un'importante differenza sessuale: la sensazione eiaculatoria fortemente connessa al meccanismo di piacere rende esplicito al maschio il raggiungimento dell'orgasmo, mentre per le donne questa preoccupazione non è altrettanto evidente. Pertanto, per entrambi i sessi, paure e fantasie connesse alle sensazioni derivanti dai genitali interni possono ostacolare il processo di costruzione dell'identità di genere (McGihon, 1998).

L'adolescente in questa fase della sua vita si confronta con la prima verifica dell'identità di genere e le differenze tra i sessi non sono più negabili: lo sviluppo delle caratteristiche sessuali primarie e secondarie impone una verifica completa dei comportamenti di genere appropriati, annullando definitivamente la possibilità, fino a poco tempo prima concessa, di "poter essere tutto" (Baldaro Verde, Graziottin, 1991). Nella fase adolescenziale l'individuo generalmente prende consapevolezza in modo più radicato del proprio orientamento sessuale seguendo la propria attrattiva sessuale. Si assiste ad una rinegoziazione dei comportamenti tipici del proprio sesso per dare maggiore spazio al senso soggettivo del genere (Cammarella, 2002).

3. La disforia di genere

di Chiara Simonelli, Francesca Tripodi, Marta Giuliani,
Stefano Eleuteri

1. Criteri diagnostici

La disforia di genere rappresenta la condizione in cui c'è discordanza, parziale o completa, tra il sesso di nascita assegnato in base ai genitali esterni, da un lato, e il genere codificato dal cervello, dall'altro (Bradley e Zucker, 1997; Diamond, 2002). Solo da poco ha ottenuto crescente attenzione e, quindi, una collocazione all'interno delle patologie di ordine psichiatrico. È all'inizio degli anni Ottanta, infatti, che la categoria clinica di "Disturbo dell'Identità di Genere" (DIG) fa la sua comparsa per la prima volta nella classificazione psichiatrica americana.

Nel DSM-5 (APA, 2013) il disordine è stato rinominato "Disforia di Genere" (DG), per diminuire lo stigma connesso a tale condizione e per sottolineare che la non conformità di genere non è un disturbo di per sé, ma è la presenza di un distress elevato connesso a tale condizione a renderla di interesse clinico. Vengono distinti quattro sottotipi: DG nei bambini, DG negli adolescenti e negli adulti, DG altrimenti specificata e DG non altrimenti specificata.

Secondo quanto specificato dal DSM, la condizione di DG nell'infanzia fa riferimento ad una marcata incongruenza tra il genere esperito/espresso e quello assegnato, della durata di almeno 6 mesi, come manifestato da almeno 6 dei seguenti criteri:

1. forte desiderio di essere, o insistenza sul fatto di essere, del genere opposto (o un altro genere alternativo differente da quello assegnato);
2. nei maschi, preferenza per il travestimento o per l'imitazione del-

- l'abbigliamento femminile; nelle femmine, insistenza nell'indossare solo tipici indumenti maschili o una forte resistenza nell'indossare tipici indumenti femminili;
3. forti preferenze per i ruoli del sesso opposto nei giochi di simulazione;
 4. forte preferenza nel partecipare a giochi tipici e passatempi del genere opposto;
 5. forte preferenza per i compagni di gioco del sesso opposto;
 6. nei maschi, forte rifiuto dei giochi tipicamente maschili; nelle femmine, forte rifiuto dei giochi tipicamente femminili;
 7. forte antipatia per la propria anatomia sessuale;
 8. forte desiderio per le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie che rappresentino il genere esperito.

La condizione è associata con distress clinicamente significativo o compromissione dell'area sociale, scolastica o importanti aree del funzionamento e può essere associata con un disturbo dello sviluppo sessuale (es. un disturbo adrenogenitale congenito come una iperplasia surrenale congenita o una sindrome da resistenza agli androgeni).

Nei bambini l'anomalia si manifesta con uno dei seguenti sintomi: nei maschi, affermazione che il proprio pene o i testicoli li disgustano, o che scompariranno, o affermazione che sarebbe meglio non avere il pene, o avversione verso i giochi di baruffa e rifiuto dei tipici giocattoli, giochi e attività maschili; nelle femmine, rifiuto di urinare in posizione seduta, affermazione di avere o che crescerà loro il pene, o affermazione di non volere che crescano le mammelle o che vengano le mestruazioni, o marcata avversione verso l'abbigliamento femminile tradizionale.

Negli adolescenti e negli adulti, la definizione del DSM-5 fa riferimento ad un'incongruenza marcata tra il genere espresso o esperito e quello assegnato, della durata di almeno 6 mesi, come manifestato da almeno due dei seguenti criteri:

1. marcata incongruenza tra il genere esperito e le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie (o nei giovani adolescenti, le caratteristiche sessuali secondarie anticipate);
2. forte desiderio di liberarsi delle proprie caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie a causa di una marcata incongruenza con il genere espresso/esperito (o nei giovani adolescenti, desiderio di prevenire lo sviluppo della caratteristiche sessuali secondarie anticipate);

3. forte desiderio per le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie dell'altro genere;
4. forte desiderio di essere del genere opposto (o un altro genere alternativo differente da quello assegnato);
5. forte desiderio di essere trattato come se si appartenesse al genere opposto (o un altro genere alternativo differente da quello assegnato);
6. forte convinzione di avere gli stessi sentimenti e reazioni dell'altro genere (o un altro genere alternativo differente da quello assegnato).

La condizione è associata con distress clinicamente significativo o compromissione dell'area sociale, lavorativa o importanti aree del funzionamento.

Va specificato se la DG è accompagnata da un disturbo dello sviluppo sessuale (DSD) (es. un disturbo adrenogenitale congenito come una iperplasia surrenale congenita o una sindrome da resistenza agli androgeni) o se l'individuo ha transitato a vivere nel genere desiderato, con o senza legalizzazione del cambiamento del genere, e se ha intrapreso (o se sta per intraprendere) almeno una procedura medica per il cambio di sesso o regime di trattamento (ovvero un trattamento regolare ormonale *cross-sex* o una chirurgia di riassegnazione del genere che confermi il genere desiderato – penectomia, vaginoplastica, mastectomia o falloplastica).

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

Va comunque sottolineato che questa categoria diagnostica viene continuamente sottoposta a valutazioni critiche, che ne evidenziano i limiti (cfr. Bartlett *et al.*, 2000; Bower, 2001). In questo momento si sta procedendo anche alla revisione della *International statistical classification of diseases and related health problems* (ICD), con l'uscita dell'ICD 11 prevista per il 2015. Il Gruppo di Lavoro sulla Classificazione dei Disturbi Sessuali e della Salute Sessuale per l'ICD 11 crede che sia opportuno abbandonare un modello psicopatologico del transgenderismo basato su concettualizzazioni degli anni '40 della devianza sessuale, muovendosi verso un modello che sia

più congruente con le nuove evidenze scientifiche, più responsivo relativamente ai bisogni ed ai diritti umani di questa minoranza sessuale e più supportivo, con lo scopo di offrire servizi sanitari accessibili e di alto livello (Drescher *et al.*, 2012).

1.1. Fenomenologia, diagnosi differenziale ed epidemiologia nell'infanzia e nella prima adolescenza

La presenza di interessi tipici del sesso opposto è un fenomeno che si manifesta sia nel corso del normale sviluppo (Sandberg *et al.*, 1993; Lindsay, 1994) sia quando i normali processi evolutivi vengono perturbati. Talvolta, comportamenti tipici del sesso opposto rappresentano solo una breve fase di transizione, soprattutto nel bambino intorno ai due anni. In altri casi indicano una “flessibilità di genere” e, in altri casi ancora, rappresentano un segnale di sofferenza intensa e possono dare l'avvio a serie difficoltà emotive che porteranno a disturbi duraturi (Coates e Cook, 2001). Quando, nel bambino, le preoccupazioni relative al genere assumono un carattere intenso, persistente ed invasivo, la condizione viene definita disturbo dell'identità di genere nell'infanzia. La diagnosi si basa sul *grado* in cui si manifestano i comportamenti e i desideri *cross-gender* e sul ruolo che essi hanno nel funzionamento adattivo del bambino. In tal senso, la DG è distinta dall'anticonformismo rispetto ai comportamenti stereotipati del ruolo sessuale. Singoli comportamenti dell'altro sesso non si manifestano mai isolati nella DG e non sono mai passeggeri. Una volta stabilizzati, i sintomi evolvono di pari passo con lo sviluppo del bambino. Tale condizione può persistere o meno anche in età adolescenziale e adulta. Le differenze fra la DG nei bambini e la DG negli adulti riguardano principalmente due aspetti: nei bambini sono coinvolti anche processi di sviluppo fisico, psicologico e sessuale e c'è una maggiore variabilità nelle conseguenze (Dèttore, 2005).

Di Ceglie (1995) propone il termine “organizzazione atipica dell'identità di genere” (*Atypical Gender Identity Organization*, AGIO) per definire la configurazione interna la cui espressione fenomenologica è rappresentata dal quadro del DG. Secondo l'Autore, tale organizzazione costituirebbe un sistema di difesa che avrebbe la funzione di “assicurare un senso di sopravvivenza psichica di fronte ad un'es-

perienza di catastrofe e di caos psicologico nella prima infanzia [...] e potrebbe costituire un modo di integrare esperienze e percezioni atipiche nell'area della sessualità che sono basate biologicamente” (p. 14).

La diagnosi di DG nei bambini è stata introdotta nella nomenclatura psichiatrica nella terza edizione del DSM (Cohen-Kettenis *et al.*, 2003). L'ultima versione del manuale (APA, 2013) riporta che nei campioni di pazienti pediatrici vi sono da 2 a 4,5 maschi per ciascuna femmina giunta all'osservazione con questo disturbo. Alcune ricerche (cfr. Zucker *et al.*, 1997; Cohen-Kettenis *et al.*, 2003), effettuate su campioni di diversa nazionalità, rilevavano che il rapporto è di 6,6 maschi per 1 femmina. Di Ceglie (2000) riscontrava un rapporto di 2:1 tra bambini e bambine al di sotto dei 12 anni che presentano una DG. Tuttavia, non sono ad oggi disponibili studi epidemiologici che diano una stima attendibile della prevalenza-incidenza del disturbo nella popolazione infantile. L'esperienza clinica indica che si tratta di una sindrome piuttosto rara (Meyer-Bahlburg, 1985; Cohen-Kettenis e Pfäfflin, 2003). La ragione per cui vi sia una diversa prevalenza del disturbo tra maschi e femmine non è chiara. Forse nei maschi vi è una maggiore vulnerabilità biologica (Mangia, 2002) oppure l'ambiente sociale è meno tollerante verso i comportamenti non coerenti al genere esibiti dai maschi piuttosto che dalle femmine (Martin, 1995; Courtney, 2000) e ciò influenzerebbe l'invio alla consultazione.

In genere l'esordio delle manifestazioni più congrue al sesso opposto sono collocabili tra i 2 e i 4 anni e comunque in età prescolare, prima dello stabilirsi di un senso relativamente saldo del genere, che normalmente si sviluppa tra i 4 e i 7 anni. Tuttavia, alcuni comportamenti, come l'indossare abiti del sesso opposto, possono essere talora osservati anche prima dei due anni. Alcuni genitori portano il proprio figlio all'osservazione clinica in concomitanza con l'inizio della scuola perché si rendono conto che quello che loro consideravano solo una “fase” non accenna a passare; essi riferiscono al clinico che il proprio figlio ha sempre mostrato interessi tipici del sesso opposto (Cohen-Kettenis *et al.*, 2003). Altri genitori non risultano così solleciti nel chiedere una consultazione.

Nei bambini maschi il desiderio di appartenere all'altro sesso viene espresso dalla predilezione per attività femminili e dall'indossare abiti ed accessori attribuiti al sesso opposto. Questi bambini giocano con le

bambole e come compagni di gioco preferiscono le bambine. Durante i giochi interpretano ruoli femminili, evitano i giochi che implicano baruffe e gli sport competitivi, hanno scarso interesse per giocattoli tipici dei maschi. Possono insistere per urinare seduti e far finta di non avere il pene spingendolo tra le gambe. Ad un livello più grave, alcuni bambini provano disgusto per il proprio pene e i propri testicoli, desiderano non possederli e credono che essi prima o poi scompariranno (APA, 2013). Da questa descrizione possiamo notare che il bambino con disforia di genere è pienamente identificato con il ruolo della donna ed ha così tante maniere femminili, interessi e fantasie quante ne può avere una bambina della stessa età e apertamente manifesta il desiderio che il suo corpo diventi un corpo femminile (Giusti, 1998).

Le bambine con disforia di genere, viceversa, preferiscono giochi maschili, più aggressivi e competitivi; di solito queste bambine già a tre anni vengono accettate dal gruppo dei maschi e rifiutate da quello delle femmine (Stoller e Herdt, 1982), amano gli abiti da maschio e i capelli corti e spesso sono scambiate per maschi dagli estranei e possono chiedere di essere chiamate con nomi maschili. Una bambina con questo disturbo può sostenere di avere un pene o che questo le crescerà e talvolta può rifiutare di urinare in posizione seduta. Queste bambine mostrano una notevole identificazione col sesso opposto nella scelta dei ruoli, nei sogni e nelle fantasie (APA, 2013).

Una indagine di Di Ceglie e collaboratori (2002) evidenzia che nei bambini prepuberi è più frequente il rifiuto di indossare gli abiti tipici del proprio sesso biologico, mentre in età postpubere diviene più rilevante il rifiuto delle caratteristiche sessuali corporee. Questo potrebbe essere indicativo del fatto che è a questa età che i ragazzi hanno più pressioni a conformarsi agli standard culturali e sociali appropriati al genere.

Zucker e Bradley (1995) davano indicazioni sulla diagnosi differenziale, individuando quattro casi in cui non si dovrebbe necessariamente concludere per l'ipotesi di una DG:

1. quando i sintomi si presentano improvvisamente, in modo acuto, ma recedono abbastanza in fretta una volta rimossa la causa scatenante;
2. quando bambini o ragazzi, al posto degli indumenti esterni, tendono occasionalmente ad indossare biancheria intima del sesso opposto;

3. quando si riscontra un “persistente e profondo senso di inadeguatezza maschile che porta ad una negativa valutazione di sé” (quadro descritto da Friedman, 1988, come *juvenile unmasculinity*);
4. quando i comportamenti atipici vengono manifestati da bambini con condizioni mediche specifiche (ermafroditismo, intersessualità, ecc.).

Coates e Cook (2001) aggiungono il caso in cui il bambino presenti una certa *flessibilità di genere*, non accompagnata da alcuna avversione o rifiuto per il proprio sesso di appartenenza. Anche se il bambino potrebbe provare disagio quando i suoi interessi non vengono condivisi o supportati dai coetanei dello stesso sesso, questo comportamento non rappresenta un fenomeno patologico ma, al contrario, potrebbe indicare una buona sicurezza e flessibilità dell’Io.

Allo stato attuale delle conoscenze, non si è in grado di predire la futura organizzazione dell’identità sessuale dei bambini con questo disturbo (Coates e Wolfe, 1995; Simonelli, 2000). La sindrome infantile, anche quando si presenta nei suoi aspetti più estremi, non può essere vista come un analogo né, tanto meno, come un precursore del transessualismo nell’adulto. Secondo Di Ceglie (1995), solo un numero molto esiguo di questi bambini diventerà transessuale o travestito, molti diventeranno omosessuali e gli altri svilupperanno un orientamento eterosessuale. Il DSM-5 (APA, 2013) riporta una persistenza della DG in una percentuale che varia dal 2,2% al 30% dei maschi con una storia infantile di DG e dal 12% al 50% delle femmine. Quando la DG non persiste, la maggior parte dei ragazzi (tra il 63% ed il 100%) riferisce nell’adolescenza o nell’età adulta un orientamento omosessuale, mentre nelle ragazze la percentuale è minore (tra il 32% ed il 50%). Le prime stime sulla persistenza della DG si riferivano principalmente allo studio longitudinale di Green (1987) sui maschi con DG, il quale ha evidenziato empiricamente che una buona maggioranza dei soggetti sperimentali (75%) aveva sviluppato un orientamento omosessuale o bisessuale nell’adolescenza, mentre una minoranza (25%) si era orientata in senso eterosessuale. Zucker e Bradley (1995) hanno confrontato le percentuali di Green con quelle di sei studi precedenti di follow-up con ragazzi con DG e hanno riscontrato una sostanziale convergenza dei dati.

Questi studi fanno ritenere che l’omosessualità sia il più comune esito psicosessuale postpuberale per bambini con DG e altresì che la

DG in infanzia rappresenti un formidabile fattore predittore, migliore di qualsiasi altra variabile si voglia considerare, di una successiva evoluzione psicosessuale di tipo omosessuale (Dèttore, 2005). Occorre però una certa cautela nel trarre conclusioni definitive: Zucker e Bradley (1995) rifiutano l'idea di un completo isomorfismo tra i modelli di comportamento infantili corrispondenti alla DG e all'omoerotismo postpuberale, senza comunque negare una stretta correlazione statistica fra i due fenomeni. Da un punto di vista empirico, nessuno studio ha mai dimostrato l'esistenza di una perfetta concordanza tra DG infantile e omosessualità adulta. In termini retrospettivi, tuttavia, si è visto che sebbene non tutti gli omosessuali ricordino forme più o meno marcate di identificazione col sesso opposto, essi si differenziano per questo aspetto dagli eterosessuali (Bailey e Zucker, 1995).

L'inclusione del *Gender Identity Disorder of Childhood* tra le patologie mentali nel DSM-III (APA, 1980) e gli ulteriori aggiustamenti nelle edizioni successive del manuale hanno comunque stimolato un contrasto acceso rispetto alla formulazione dei criteri diagnostici e alla relazione fra DG e orientamento omosessuale nell'adulto (Richardson, 1996, 1999; Isay, 1997; Feder, 1997; Menvielle, 1998; Minter, 1999; Bartlett *et al.*, 2000; Ehrensaft, 2001; Rosenberg, 2002).

Le questioni da sciogliere sono le seguenti:

1. la DG nel bambino è un disturbo psichiatrico vero e proprio, oppure è la manifestazione di un fallimento nel conformarsi ad uno specifico ruolo di genere considerato ideale in un dato momento storico e culturale?
2. può essere il sintomo precoce di un normale orientamento omosessuale in età adulta?
3. il marcato disagio che i bambini con DG possono sperimentare e che è positivamente correlato all'età, è ascrivibile al disturbo stesso o è una conseguenza indiretta dell'ostracismo sociale alle varianti di genere?

Secondo Wilson e collaboratori (2002), i criteri del DSM-IV-TR enfatizzavano l'importanza di conformarsi, soprattutto per i bambini, alle norme eterosessuali e alla concezione tradizionale di genere.

Molti Autori sono inoltre convinti che l'introduzione nel DSM del DIG sia stata una manovra per far "rientrare dalla finestra" una diagnosi che era "uscita dalla porta" (quella di "omosessualità", deru-

bricata dal DSM-II nel 1973) perché ormai “politicamente” scomoda (cfr. Sedgwick, 1991; Bem, 1993; Morgan, 2000; Moore, 2002; Wilson *et al.*, 2002; McCarty, 2003).

A questa interpretazione storica, Zucker e Spitzer (2005) rispondono a difesa dei parametri utilizzati dall'*expert consensus* dell'American Psychiatric Association per mantenere la categoria dei DIG all'interno del DSM; fra gli altri l'utilità clinica, l'accettabilità da parte di professionisti di diverso orientamento teorico, l'affidabilità e la validità delle indicazioni sul disturbo. Per gli Autori, il DIG è una vera e propria patologia e la diagnosi rimane valida e utile perché i bambini manifestano una sofferenza specifica e altri disturbi emotivi correlati degni di attenzione da parte del clinico. Essi vanno trattati non per prevenire l'eventuale futura omosessualità, ma per ridurre il rischio di cronicizzare il disturbo e di irrigidire le difese psicologiche ad esso associate.

È possibile che dentro la cornice del DIG si raggruppino condizioni non omogenee e che ancora si sia lontani da un consenso unanime sui criteri diagnostici e sugli obiettivi del trattamento. La recente uscita del DSM-5 ha tentato di prendere in considerazione alcune di queste argomentazioni, ma di sicuro il dibattito rimarrà aperto e verranno sempre offerti nuovi spunti per ulteriori apprendimenti in un argomento così controverso.

1.2. Fenomenologia, diagnosi differenziale ed epidemiologia nell'adolescenza e nell'età adulta

Il vero interesse per il transessualismo nasce nella cultura psichiatrica nordamericana solo negli anni '60 -'70, periodo che vede incrementare le richieste di intervento ormonale e chirurgico per il cambiamento anatomico di sesso. Infatti, le “cliniche” per i transessuali iniziano a svilupparsi proprio a partire dal 1966, in seguito alla pubblicazione di *Il fenomeno transessuale* di Benjamin (alla cui memoria è stata dedicata la *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association*).

A livello nosografico il termine transessualismo viene introdotto nel DSM-III (APA, 1980). Un passaggio fondamentale è stato quello della definizione di Disturbo dell'Identità di Genere, registrato

nell'edizione del DSM-IV (APA, 1994): la persona con DIG è inserita nel quadro più ampio dell'identità e scompare il connubio tra questa condizione e la perversione sessuale. Il DSM-5 (APA, 2013) ha proposto alcune novità: viene introdotto il termine "disforia di genere", per diminuire lo stigma connesso a tale condizione e per sottolineare che la non conformità di genere non è un disturbo di per sé, ma è la presenza di un distress elevato connesso a tale condizione a renderla di interesse clinico; viene aggiunta la specifica "post-transizione", per garantire accesso al trattamento agli individui che continuano a intraprendere terapie ormonali, chirurgiche, psicoterapia o counselling per supportare la propria transizione; viene dedicato un apposito capitolo alla "disforia di genere", separandola dalle Disfunzioni Sessuali e dai Disturbi Parafilici. Il termine transessualismo continua ad essere utilizzato per definire le persone con DG che richiedono la Riattribuzione Chirurgica del Sesso (RSC).

La persona con DG sente la convinzione precoce, permanente ed irreversibile di appartenere al sesso opposto, nonostante un assetto cromosomico, ormonale e somatico "normale"; prova sentimenti di disagio, inadeguatezza, senso di estraneità e talvolta addirittura disgusto per i suoi organi genitali primari e secondari. Vive nella convinzione che il suo sesso biologico sia sbagliato, che la natura si sia presa gioco di lui/lei e che la sua anima sia imprigionata in un corpo errato.

L'adolescente può giungere all'osservazione clinica perché i genitori o gli insegnanti sono preoccupati per l'isolamento sociale o per le prese in giro o il rifiuto da parte dei compagni. Soprattutto gli adolescenti MtoF sono ad altissimo rischio di bullismo e violenza (Spack, 2013).

La pubertà, con la comparsa del seno e delle mestruazioni nelle ragazze e delle erezioni e polluzioni notturne nei ragazzi, può essere vissuta come catastrofica. Non tutti gli adolescenti con disforia di genere, però, trovano la pubertà intollerabile; alcuni si rassegnano ai cambiamenti corporei, tentano a lungo di rendere compatibile la loro personalità con il loro corpo e si comportano in accordo con ciò che l'ambiente si aspetta da loro, anche se non riescono a reprimere i loro sentimenti (Kronberg *et al.*, 1981).

La crisi di identità vissuta dal soggetto con DG durante la fase dell'adolescenza si declina quindi in un conflitto "interno", a causa

dell'impatto conseguente allo sviluppo puberale che egli non desidera o di cui non accetta lo svolgimento, ed "esterno", a causa della crescente pressione della famiglia e della società nei confronti delle sue tendenze.

Sadowski e Gaffney (1998) affermano che tutti gli adolescenti da loro ascoltati hanno raccontato di come si sentano soli, diversi dai loro compagni, talvolta senza speranza ed in conflitto con se stessi. Essi disperano di potersi mai sentire completi e forti nella loro identità e nel loro corpo. La maggior parte di questi giovani ha parlato dei propri pensieri di suicidio, attuali o passati, o dei loro tentativi di suicidio. È necessario sottolineare che i giovani con DG hanno gli stessi fattori di rischio per depressione e comportamento suicidario che incidono sugli altri giovani, cioè situazioni di conflitto con genitori, compagni e insegnanti, rottura di relazioni strette, conflitti con la legge ed esperienze di abuso o violenza (Shaffer e Piacentini, 1994). Tuttavia, questi fattori di rischio generali assumono un'importanza maggiore ed hanno un impatto più grave nei giovani che non hanno ancora raggiunto un orientamento sessuale stabile o che credono di avere una identità di genere diversa dal loro sesso di nascita, poiché essi si sentono isolati ed in contrasto con i loro compagni, con i loro genitori e con i valori della loro società (Gibson, 1989).

Possiamo, anche se non in maniera esaustiva, differenziare tre presentazioni comuni del DG in età adulta: androginoide (M-F), ovvero uomini che sentono di avere un'identità di genere femminile, ginoandroide (F-M), ovvero donne che si identificano come uomini, e androginoide di tipo autoginefilico, in passato denominato "transsessualismo secondario", che comprende gli uomini che provano piacere sessuale alla fantasia di se stessi come donne (Carroll, 2000).

Per quanto riguarda l'orientamento sessuale, mentre i maschi con DG sono equamente ripartiti nelle categorie eterosessuali, omosessuali, bisessuali o disinteressati alla sessualità, le femmine sono perlopiù eterosessuali (chiaramente relativamente al genere, per cui sceglieranno come partner una donna, che rappresenta una scelta omosessuale in senso biologico ma eterosessuale sul versante psichico, considerando il fatto che il transessuale sente profondamente di essere un uomo imprigionato in un corpo femminile).

Lippa (2001) sostiene che le transessuali M-F somigliano agli uomini omosessuali per ogni tratto correlato al genere, tranne il riconoscimento di sé come femmine, mentre i transessuali F-M possono essere considerati fortemente più mascolini delle donne lesbiche per ogni tratto genere-dipendente, eccetto che per la capacità operativa ed espressiva; anche Green (2005) ha rilevato una significativa mascolinità nei transessuali F-M.

Herman-Jeglinska e collaboratori (2002) indicano che la disforia di genere non implica una semplice inversione del ruolo sessuale, in quanto le persone con DG differiscono non solo dalle persone del loro stesso sesso anatomico, ma anche da quelli del sesso opposto. Spesso infatti i transessuali aderiscono fortemente ad alcuni stereotipi di genere (angelo del focolare o principe azzurro).

La diagnosi differenziale deve essere fatta con un semplice comportamento anticonformistico nei confronti dell'atteggiamento stereotipato del ruolo sessuale, con le categorie disforia di genere altrimenti specificata o non altrimenti specificata, che possono essere usate per le persone che hanno difficoltà legate all'identità di genere ma che non incontrano pienamente i criteri per la disforia di genere, con i deliri schizofrenici, con i disturbi da dimorfismo corporeo; di grande rilievo è la necessità di escludere una grave psicopatologia sottostante e/o scatenante la DG (Habermeyer *et al.*, 2003; Campo *et al.*, 2003; Kertsting *et al.*, 2003).

È anche importante differenziare la disforia di genere dall'omosessualità, dal disturbo da travestimento e dal transgenderismo.

L'omosessualità è l'attrazione sessuale stabile verso persone del proprio stesso sesso. L'omosessuale ha una identità di genere coerente con il sesso di nascita (se maschio si sente maschio, se femmina si riconosce come femmina) e un ruolo di genere variabile. La sua peculiarità sta esclusivamente nell'orientamento sessuale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha cancellato l'omosessualità egosintonica maschile e femminile dal proprio elenco delle malattie mentali il 1 gennaio 1993; attualmente l'OMS definisce l'omosessualità una variante naturale del comportamento umano. La transomosessualità, rilevata per la prima volta da Clare nel 1987 e ancora quasi assente in letteratura (Bockting e Coleman, 1991; Clare, 1989; Bockting e Coleman, 1991), riguarda, invece, le persone con DG che hanno un orientamento omosessuale. Si riferisce, quindi, alle transessuali M-

F che hanno una consapevolezza di sé come donne lesbiche, e ai transessuali F-M che si percepiscono come maschi gay.

Il disturbo da travestimento è una forma di disturbo parafilico per cui si prova eccitazione o piacere sessuale indossando abiti tradizionalmente attribuiti all'altro sesso (cosiddetto *crossdressing*). A differenza del travestitismo, non ha a che vedere con l'identità di genere o di ruolo, ma soltanto con le preferenze sessuali del soggetto. Tipico del feticista, rispetto al travestito vero e proprio, è infatti il bisogno di liberarsi dei vestiti dopo il raggiungimento dell'orgasmo, dunque nel momento in cui il desiderio sessuale diminuisce. Per quanto riguarda l'orientamento sessuale, per la maggior parte le persone interessate dal feticismo di travestimento sono uomini eterosessuali, spesso sposati.

Il termine “transgenderismo” è stato coniato all'interno del Movimento di Liberazione *Transgender*, nato negli Stati Uniti d'America intorno ai primi anni '80, per indicare un movimento politico che contesta la logica eterosessista e genderista secondo la quale i sessi dell'essere umano sono solo due, che l'identità di genere di una persona debba necessariamente combaciare con il sesso biologico e che il tutto debba restare imm modificabile dagli esseri umani. In modo provocatorio si volevano evitare etichettamenti e, soprattutto, i transessuali proclamavano il loro diritto ad essere riconosciuti nel genere cui sentivano di appartenere senza dover ricorrere agli interventi chirurgici. In questo senso il transgenderismo è da considerarsi come un movimento politico/culturale che propone una visione dei sessi e dei generi fluida e che rivendica il diritto di ogni persona di situarsi in qualsiasi posizione intermedia fra gli estremi “maschio/femmina” stereotipati senza per questo dover subire stigma sociale o discriminazione.

Da questo punto di vista sotto il termine “ombrello” di transgender possono identificarsi:

1. la persona transessuale operata (perciò che ha, a tutti gli effetti, cambiato sesso);
2. la persona transessuale che rinuncia alla riconversione chirurgica del sesso (ovvero che lascia integri i genitali di origine);
3. la persona crossdresser, che si traveste, per lo più in privato ma anche pubblicamente, senza implicazioni di eccitazione sessuale. Quasi sempre è maschio ed eterosessuale;

4. la persona (di qualsiasi orientamento sessuale), sia uomo, sia donna, che rifiuta lo stereotipo di genere che la società, la cultura locale, impone ai due sessi. In questo senso e in questa accezione del termine, che però è la meno conosciuta in Italia, alcuni ritengono che transgender e “queer” siano termini fra loro sovrapponibili.

La discriminazione nei confronti delle persone transgender è ancora oggi presente e spesso associata con atti violenti, come per le altre minoranze sessuali (Lombardi *et al.*, 2001; Gonser, 2000) ed è rafforzata dalla diffusione dell’Aids (Kellogg *et al.* 2001; Kenagy, 2002). Solo recentemente la letteratura si è interessata dell’intervento clinico da utilizzare in questo ambito (Feldman e Bockting, 2003) e stanno iniziando ad emergere movimenti che portano all’affermazione dei diritti civili, economici e psicologici di queste persone (Elliott, 2000a, 2000b; Butler, 2003; More *et al.*, 2004).

Dopo circa cinquant’anni di ricerche volte ad individuare le cause del fenomeno transessuale, ancora non è possibile spiegare precisamente quale sia l’eziologia della DG; Cohen-Kettenis (2003) ha insistito molto duramente sulla scarsa attendibilità sia delle ipotesi di tipo organico, che delle classiche teorizzazioni psicodinamiche (*cf.* Vizzari e Tripodi, 2006). Per l’Autrice, il difetto è quello di focalizzare l’attenzione su un singolo fattore e di basare le teorizzazioni su un numero limitato di casi trattati; inoltre, anche se gli organicisti tendono a testare empiricamente le tesi prodotte, resta oscuro se e in che misura i fattori biologici studiati siano poi riscontrati nella pratica clinica.

Coates *et al.* (1995) furono i primi a teorizzare che nell’eziologia del transessualismo fossero coinvolti fattori biologici, eventi traumatici, dinamiche familiari alterate e aspetti psicodinamici individuali; attualmente, infatti, l’orientamento scientifico (*cf.* Déttore, 2005) è quello di formulare ipotesi multifattoriali, che si pongono come anello di congiunzione tra gli aspetti fisiologici del problema e quelli psicologico-relazionali.

In conclusione, si può ragionevolmente affermare che:

1. esistono differenti sottogruppi di transessuali, che è opportuno discriminare;
2. concorrono, probabilmente, aspetti eziologici diversi;
3. molti fattori biologici giocano chiaramente un ruolo importante nello sviluppo della DG;

4. i fattori psicologici sono stati scarsamente studiati ed il loro ruolo è in realtà poco noto;
5. sappiamo pochissimo delle “fasi critiche”, ossia del peso che possono assumere determinati fattori eziologici se si presentano durante una fase critica dello sviluppo;
6. non sappiamo ancora se i fattori biologici, oltre che necessari, sono anche sufficienti (Cohen-Kettenis, 2003).

Per quanto riguarda l'epidemiologia, è particolarmente problematico valutare l'incidenza e la prevalenza di questi disordini per la difficoltà nell'isolare le categorie diagnostiche: è, infatti, diverso considerare tutta la popolazione transgender o le sole persone che si rivolgono ai centri specializzati, che, a loro volta, sarebbero ulteriormente divisibili in altre sottocategorie. Gli studi si riferiscono perlopiù a stime effettuate su Paesi con strutture molto all'avanguardia per l'intervento sui DG (APA, 2000); una ricerca indica incidenze di 0,20, 0,14 e 0,24 casi/100000 adulti/anno rispettivamente per i periodi luglio 1972-giugno 1982, luglio 1982-giugno 1992 e luglio 1992-giugno 2002 (Olsson e Möller, 2003).

La stima di prevalenza dei transessuali (e quindi delle persone che richiedono l'intervento) indicata dal DSM-5 (APA, 2013) varia tra 0,005% e 0,014% per i maschi e tra 0,002% e 0,003% per le femmine. Per Conway (2002) la stima della prevalenza del transessualismo androginoide negli USA (160000/80000000) è pari a 1 uomo su 500. Uno studio recente olandese (Kuyper, Wijnen, 2013) parla invece di percentuali più alte, prevedendo la presenza di DG nello 0,6% dei maschi e nello 0,2% delle donne.

In tutti gli studi epidemiologici, comunque, il rapporto maschi/femmine solitamente va a favore di un maggior numero di transessuali androginoidei rispetto ai ginoandroidi. Il DSM-5 (APA, 2013) riporta che negli adolescenti non c'è molta differenza di genere, mentre tra gli adulti si evidenzia una differenza tra maschi e femmine con DG, a favore dei maschi, che varia tra 1:1 e 6,1:1. Solo in due Paesi compare una differenza sessuale a favore delle donne (Giappone, 2,2:1; Polonia, 3,4:1).

2. Il decorso (infanzia, adolescenza, età adulta)

Già da una prima lettura dei criteri diagnostici del DSM-5 (APA, 2013) è possibile notare come, in ambito clinico, le manifestazioni e le caratteristiche del disturbo dell'identità di genere variano a seconda che si prendano in considerazione i bambini, gli adolescenti o gli adulti.

L'indagine dei disturbi dell'identità di genere nei bambini e negli adolescenti è iniziata circa 55 anni fa con uno studio di Green e Money (1960). Durante tutti questi anni, tuttavia, solo pochi ricercatori si sono occupati della tematica e si contano le cliniche in tutto il mondo che si occupano specificamente di tale disagio in età evolutiva. In una review, Zucker (2005) sosteneva di conoscere solo tre cliniche specializzate: la sua a Toronto, quella a Londra diretta da Di Ceglie e quella ad Amsterdam di Cohen-Kettenis. Nel panorama italiano è stato istituito nel 2005 un centro clinico per lo Sviluppo dell'Identità di Genere presso il Servizio per l'Adeguamento tra Identità Fisica ed Identità Psicica (SAIFIP) dell'ospedale S. Camillo-Forlanini di Roma (Chianura e Mosconi, 2006).

Come già accennato, non si ha ancora una stima attendibile della prevalenza-incidenza del disturbo nella popolazione infantile, anche se numerose ricerche riportano la netta maggioranza di consultazioni per i maschi (cfr. Zucker *et al.*, 1997; Di Ceglie, 2000; Zucker *et al.*, 2002; Cohen-Kettenis *et al.*, 2003; Zucker, 2005). Una ricerca pubblicata da un team nipponico (Okabe *et al.*, 2008) ha segnalato, d'altra parte, la presenza di un forte distress relativo alla propria identità di genere molto anticipato nei soggetti F-M (quasi il 70% del campione già lo riferisce in età prescolare) rispetto ai M-F (quasi la metà dei quali dichiara di cominciare a percepire distress riguardo il proprio genere dal periodo delle scuole secondarie inferiori).

È solo con l'inizio della scolarizzazione che i bambini giungono all'osservazione clinica per una diretta segnalazione degli insegnanti oppure per la preoccupazione di genitori allarmati dal prolungarsi di quella che credevano essere semplicemente una "fase passeggera" (Coates e Cook, 2001; Chianura e Mosconi, 2006). Il disturbo può emergere in modalità differenti: può presentarsi in modo graduale oppure svilupparsi molto rapidamente portando ad un consolidamento del comportamento cross-gender in un periodo ristretto quali poche

settimane o mesi. Come risulta evidente dalla precedente lettura dei criteri diagnostici del DSM-5, la fenomenologia dell'identità di genere atipica non è direttamente equivalente ai comportamenti messi in atto dai soggetti del sesso opposto, quanto piuttosto all'idea stereotipica che i bambini costruiscono dei due generi (Gaffney e Reyes, 2003). È importante però sottolineare che la presenza di fantasie e comportamenti di solito connessi al sesso opposto sia un fenomeno piuttosto frequente anche nello sviluppo normotipico (Sandberg *et al.*, 1993; Linday, 1994); quindi essenziale per fare diagnosi di DG è che questi comportamenti si manifestino in modo rigido, pervasivo e persistente (Coates e Cook, 2001).

Zucker (2005) fa notare quanto in questa fase dello sviluppo sia stato poco indagato il disturbo dell'immagine corporea e soprattutto la disforia anatomica relativa al proprio organo genitale. Tra le cause richiamate dall'Autore c'è la minore rilevanza di tali disturbi in età prepubere rispetto ai più manifesti comportamenti cross-gender, oltre alle difficoltà e all'inesperienza del clinico nell'esplorare tali problematiche con i minori. Sempre Zucker ha condotto diversi studi (1993, 1999, 2005) nel tentativo di ricercare altre possibili aree problematiche in bambini con DG. Sembra, ad esempio, che abbiano più problemi del gruppo di controllo nelle cognizioni di base circa il proprio genere e che manifestino un ritardo nello sviluppo della costanza di genere. Interpretando il genere come una categoria sociale, questo può portare a delle confusioni affettive nell'auto-rappresentazione e nelle interazioni con gli altri. Tale condizione spesso comporta una difficoltà nel rapporto con i pari e problemi comportamentali nei bambini con DG (Zucker, 2005).

Le manifestazioni più frequentemente riportate in comorbidità con un DG in infanzia sono il disturbo d'ansia da separazione, il disturbo d'ansia generalizzato e una sintomatologia di tipo depressivo (Ferrucci, 2006). Wallien e collaboratori (2007), hanno verificato che il 52% dei bambini con DG da loro studiati presentava almeno un altro sintomo, soprattutto sul versante internalizzante (37%) piuttosto che su quello esternalizzante (23%). I disturbi con più alto livello di comorbidità risultavano, tuttavia, essere quelli d'ansia (31%).

Nel corso degli ultimi trent'anni sono stati sviluppati una varietà di strumenti di misurazione per valutare il comportamento dei bambini inviati per l'analisi clinica dei DG, tra i quali ricordiamo l'osserva-

zione del comportamento sesso-tipico nel gioco libero o in compiti proiettivi e semiproiettivi. Due sono gli strumenti ad oggi più utilizzati per l'assessment dell'identità di genere in età evolutiva: la *Gender Identity Interview for Children* (Zucker *et al.*, 1993) ed il *Gender Identity Questionnaire for Children* (Johnson *et al.*, 2004). Il primo è un'intervista con 11 item che mira ad indagare le due dimensioni *confusione cognitiva* di genere e *confusione affettiva* di genere nei bambini. Dai risultati delle ricerche si evince che i bambini con diagnosi di DG tendono a dare risposte devianti in entrambi i fattori in misura maggiore dei bambini con altri problemi clinici o di controllo. Il fattore età sembra inoltre essere negativamente correlato con il numero di risposte devianti per entrambi i fattori sia nei gruppi sperimentali che di controllo. Il secondo strumento è un questionario *parent-report* a 16 item pertinenti i vari aspetti del comportamento sesso-tipico descritti nei criteri diagnostici del DIG.

Tra gli studi di follow-up effettuati su adolescenti e/o giovani adulti con disforia di genere infantile per identificarne la traiettoria evolutiva in ambito psicosessuale (fantasie o comportamento), le principali ricerche condotte sono quelle di Green (1987), Zucker e Bradley (1995) e Cohen-Kettenis (2001). Il primo studio ha evidenziato per i maschi un orientamento omosessuale o bisessuale del 75-80% (vs 0-4% del gruppo di controllo), mentre Zucker e Bradley riscontrano una percentuale di 52,4 sempre sullo stesso esito psicosessuale. Questi numeri sono nettamente superiori rispetto a quelli studiati sull'orientamento omosessuale o bisessuale nella popolazione generale, calcolato intorno al 2 o 3% dalle ultime ricerche epidemiologiche fatte nell'ambito (Laumann *et al.*, 1994). Il tasso di persistenza del DIG in adolescenza e età adulta, invece, risulta molto più alto negli studi di Zucker e Bradley e Cohen-Kettenis (rispettivamente 11,9% e 16,1%) rispetto allo studio di Green (2,2%). Questi studi hanno considerato un numero talmente esiguo di femmine da inficiare la significatività dei risultati. Green (1987) aveva seguito la crescita di 4 ragazze, delle quali solo una aveva sviluppato un transessualismo, due avevano fantasie etero-erotiche senza tuttavia avere una sessualità attiva e una non sembrava avere interessi sessuali. Cohen-Kettenis (2001), con un campione di 18 ragazze, ha riscontrato una persistenza della DG in adolescenza di circa il 44%, molto maggiore del tasso riscontrato per i ragazzi nel suo stesso campione. Rispetto

allo studio di Zucker e Bradley (1995) è disponibile il follow-up di 8 ragazze, delle quali 3 manifestavano in adolescenza una persistenza della DG, 3 mostravano un orientamento omosessuale e 2 un orientamento eterosessuale.

Difficile ancora capire perché per la maggior parte dei bambini la DG si risolva in età adolescenziale, se non prima. Probabilmente lo sviluppo dell'identità di genere è molto plastico e malleabile nei bambini mentre in adolescenza il senso di sé relativo al genere si consolida, irrigidendosi, e negli studi di follow-up effettuati su adulti con diagnosi di DG in adolescenza si riscontra infatti un alto tasso di persistenza del disturbo (Zucker, 2005). È possibile comunque notare una notevole carenza in letteratura di ricerche empiriche sugli adolescenti con DG se comparate con gli studi effettuati su soggetti in età prepuberale (Cohen-Kettenis e Pfäfflin, 2003).

Gli adolescenti con DG sperimentano spesso un sentimento di solitudine, dovuto alla percezione di diversità dai compagni ed incrementato dalla frequente non accettazione dei pari, che riguarda soprattutto i gruppi maschili. Molti di questi giovani parlano, infatti, di ideazioni o di tentativi di suicidio e si mostrano senza speranza (Sadowski e Gaffney, 1998). Secondo il modello multidimensionale dell'identità di genere di Egan e Perry (2001), un alto grado di "felt pressure" (pressione sociale percepita) e "intergroup bias" (pregiudizio intergruppo), comportano un basso grado di adattamento psicosociale nella preadolescenza. Numerose ricerche in questo campo confermano che i disturbi psicopatologici associati con DIG correlano positivamente con l'età, riflettendo quindi il forte aumento di ostracismo sociale subito da parte del gruppo dei pari nel periodo adolescenziale (Zucker e Bradley, 1995; Zucker *et al.*, 2002; Cohen-Kettenis *et al.*, 2003; Zucker, 2005).

Forti durante l'adolescenza, ma evidenti anche in età adulta, sono il senso di isolamento vissuto dai maschi e l'alta frequenza di sindrome depressivo-ansiosa o di disturbi della personalità, dovuti alle pressioni genitoriali e sociali esercitate sul processo maturativo dei soggetti con disturbo di genere. Viceversa, le ragazze con un comportamento ipermascolinizzato sono di solito tollerate o addirittura ammirate dai pari, vivendo quindi un'adolescenza relativamente priva di tensioni rispetto alla controparte maschile e da adulte, se presentano ancora il disturbo, si mostrano come individui stabili e sensi-

bili, in grado di far fronte efficacemente ai propri problemi. Per quanto riguarda i transessuali M-F è invece maggiormente presente lo scivolamento nella prostituzione, e ancora più comuni sono esibizioni con abiti femminili o spogliarelli, selezionati perché manifestazioni di un gioco di ruolo che permette loro una libera espressione della femminilità (Bower, 2001).

Nei soggetti adulti con DG si possono generalmente osservare due differenti percorsi del disturbo. Nel primo caso si tratta di soggetti generalmente già giunti in consultazione nella tarda adolescenza o nella prima età adulta per una DG sviluppatosi già nell'infanzia o nella prima adolescenza. Oppure è possibile che i segni più evidenti di identificazione *cross-gender* appaiano nel tardo sviluppo ed in modo più graduale, ed in questo caso la consultazione avviene in età matura. Quest'ultimo gruppo risulta più flessibile nel grado di identificazione *cross-gender* e maggiormente ambivalente riguardo alla chirurgia di riassegnazione del sesso. Se la DG è presente in età adulta tende comunque ad avere un decorso cronico, ma sono noti casi di remissione spontanea.

Recentemente è stato costruito uno strumento per l'assessment dell'identità di genere in adolescenza o età adulta (Deogracias *et al.*, 2007). Questo questionario, alla cui costruzione hanno contribuito anche Johnson e Zucker, consiste di 27 item e rappresenta il primo tentativo di costruzione di uno strumento psicometrico per il Disturbo dell'Identità di Genere in questa fascia d'età. I dati sulla somministrazione di tale questionario hanno dimostrato una forte validità discriminante dello strumento, con una presenza significativamente maggiore di disforia di genere nei pazienti rispetto al gruppo di controllo di orientamento eterosessuale e omosessuale (Singh *et al.*, 2010).

La profonda sofferenza psicologica, aggravata dalle sempre maggiori difficoltà sociali, caratterizza la persona con DG in ogni fase della sua vita. Molti di loro, con il raggiungimento di una autonomia economica durante la fase adulta, prendono la decisione di percorrere il difficoltoso iter di riattribuzione chirurgica del sesso (RCS) pur di alleviare quel senso di inadeguatezza e di angoscia che li accompagna spesso dalla prima infanzia. Osservazioni sui transessuali sottoposti alla riattribuzione chirurgica del sesso hanno confermato l'efficacia dell'intervento nel migliorare la qualità della vita dei soggetti

dal punto di vista psicologico, sociale e sessuale. Ottimi risultati emergono inoltre nell'inserimento sociale e nelle condizioni psicofisiologiche (Hepp *et al.*, 2002; Michel *et al.*, 2002; Smith *et al.*, 2002; Lawrence, 2003). Ad esempio il tasso di tentativi di suicidio scende significativamente dopo l'operazione, pur rimanendo molto più alto rispetto alla popolazione generale, e il funzionamento sociale diventa significativamente più soddisfacente (De Cuypere *et al.*, 2006). Alcuni Autori (Porcelli *et al.*, 2004) rimarcano comunque l'importanza del contesto culturale come variabile che incide fortemente sull'integrazione sociale dei transessuali. In complesso gli studi riportano una percentuale superiore all'80% di soddisfazione riguardo l'intervento di RCS (De Cuypere *et al.*, 2006; Sohn e Bosinski, 2007).

3. Il trattamento

Le persone con DG spesso richiedono di poter adeguare il proprio corpo alla propria psiche ricorrendo alla medicina e alla chirurgia per modificare gli organi sessuali primari e secondari al fine di riconoscersi in un corpo coerente alla loro identità di genere. Tuttavia, Cohen-Kettenis e Pfäfflin (2010) suggeriscono un approccio maggiormente dimensionale alla disforia di genere, che permetta il riconoscimento di differenti gradi di disagio che non necessariamente debbano implicare il bisogno di riattribuzione chirurgica del sesso (RCS). La terapia chirurgica per la riattribuzione del sesso è regolamentata dal Servizio Sanitario Nazionale, mentre la terapia ormonale che precede e segue l'iter chirurgico è a discrezione dell'endocrinologo. In tutti i centri di riferimento, comunque, ci si attiene allo *Standards of Care*, ovvero una linea guida pubblicata ed aggiornata ogni 2-3 anni dalla *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association inc.* (Coleman *et al.*, 2011), che prevede che il lavoro con il paziente sia effettuato da parte di un'équipe multidisciplinare composta da uno psichiatra (a cui è affidato il compito di fare diagnosi di DG), uno psicoterapeuta (che sostiene il paziente durante i difficili momenti che precedono, accompagnano e seguono la terapia ormonale e chirurgica), un endocrinologo (responsabile della terapia ormonale) ed un chirurgo (urologo o plastico ricostruttivo).

In una prima fase è indispensabile effettuare un'attenta analisi del-

la domanda della persona che si rivolge al centro, indagandone la personalità e l'ambiente socio-familiare, al fine di evidenziare aspettative e motivazioni che hanno portato il paziente alla richiesta di riattribuzione del sesso (Affatati *et al.*, 2004) e verificare, quindi, quanto tale richiesta sia o meno ascrivibile ad una profonda problematica di genere. Effettuata la diagnosi è indispensabile pianificare, con il paziente e gli altri professionisti, il progetto d'intervento che dovrà essere complessivo, integrato ed individualizzato e dovrà garantire, ad ogni step, un rapporto terapeutico costante sia sul piano medico-chirurgico che su quello psico-sociale.

3.1. *Trattamento psicologico*

Durante la prima valutazione psicologica, finalizzata alla conferma di una diagnosi di DG, è possibile che vengano rilevate ulteriori problematiche psichiatriche, psicologiche o comportamentali. In tal caso la risoluzione di queste deve essere ritenuta primaria rispetto alla richiesta di riattribuzione del sesso, dando quindi la precedenza alle procedure terapeutiche per tali condizioni. Dopo l'analisi e l'eventuale risoluzione di problematiche associate e se la diagnosi di DG rimane quella principale, prende l'avvio il percorso psicologico che sarà parallelo ed integrato con quello medico-chirurgico. È importante verificare l'assunzione di responsabilità da parte del paziente nei confronti delle proprie scelte, tramite un sostegno continuo rivolto sia alle modificazioni ormonali e fisiche in continua evoluzione, sia alle nuove esperienze relazionali e sociali. Tale sostegno sembra indispensabile per far fronte a quella che Exner nel Rorschach chiama la "Sindrome di Biancaneve", ovvero quel processo inconscio che porta il soggetto a rifugiarsi nelle proprie fantasie e nell'illusione di potersi sottrarre alle situazioni spiacevoli, sindrome che tende comunque a scomparire del tutto dopo l'intervento chirurgico.

L'iter psicologico, che deve durare almeno 6 mesi prima che si possa dare il via alla terapia ormonale, è finalizzato nello specifico ad aiutare ad elaborare i conflitti cognitivi ed emozionali che si presentano durante il percorso, vissuto dal paziente come una seconda adolescenza per i suoi caratteri contraddittori di angoscia e felicità (Hansbury, 2004). Gli interventi a carattere psicologico mirano, nelle

diverse fasi dell'intervento, a sostenere il processo di consapevolezza dell'identità personale consolidando la forza dell'Io ed a diminuire il carico di sofferenza soggettiva.

La lunghezza del percorso di riattribuzione medico-chirurgica ed anagrafica (spesso intorno ai 3-4 anni) con cambiamenti lenti e frammentari e spesso non aderenti a quanto immaginato e desiderato dal soggetto, può comportare crisi intrapsichiche o problematiche relazionali che necessitano una reinterpretazione e rielaborazione in chiave psicoterapica (Acocella, 2006). Molto spesso i transessuali sono resistenti ad intraprendere un percorso psicoterapeutico, in quanto nel loro immaginario la relazione con lo psicologo può mettere in discussione la decisione di richiedere la RCS.

Oltre all'importanza della fase iniziale psicodiagnostica, gli interventi a carattere psicologico riguardano sia il counselling che la psicoterapia. Il counselling è un processo interpersonale mirato a migliorare l'adattamento intrapsichico e socio-relazionale dell'individuo. Può attingere a tecniche provenienti da differenti orientamenti psicologici ed ha come focus la persona nel suo complesso, e come obiettivo la creazione di un clima favorevole alla comunicazione ed al cambiamento. Può essere anche utile elaborare con il soggetto i vari elementi del percorso di adeguamento e raccogliere l'anamnesi individuale e familiare oltre che le motivazioni e le aspettative rispetto al percorso. Counselling di coppia o familiari possono essere utili nel superamento di determinati momenti di crisi connessi alla difficoltà del disturbo facilitando il transessuale ad utilizzare le risorse proprie e della rete di relazioni a cui può fare riferimento nelle diverse fasi. Il counselling di gruppo può inoltre favorire il mutuo supporto e la socializzazione, facilitare il confronto con storie di esperienze simili, dare maggiori informazioni sulle varie fasi del percorso di adeguamento.

La psicoterapia è un processo interpersonale legato ad una specifica richiesta del paziente che si sviluppa attraverso l'esplorazione e l'analisi delle dinamiche profonde e il trattamento di situazioni di crisi o specifici problemi e/o sintomi. Le problematiche intrapsichiche o relazionali prese in considerazione, pur connesse al tema dell'identità di genere, vengono rilette sulla base della struttura del carattere della persona o della sua personalità o riferite ad assetti relazionali interni. La psicoterapia può essere individuale o grupपाल. L'utilizzo

di gruppi di psicoterapia è risultato importante nel contrastare alcune condizioni tipiche delle persone con DG, quali la tendenza alla depressione, l'isolamento e la chiusura in un mondo illusorio.

3.2. *Trattamento medico*

Il percorso di riattribuzione del sesso prevede un iniziale trattamento ormonale suddivisibile in due fasi fondamentali: demolizione delle caratteristiche sessuali di origine (demascolinizzazione o defemminilizzazione) ed induzione di quelle del sesso di riferimento (femminilizzazione o virilizzazione). Sebbene siano stati proposti degli standard circa le modalità ed il dosaggio di somministrazione di tali farmaci, numerosi Autori sottolineano le grandi differenze che endocrinologi esperti a livello mondiale manifestano nel trattamento (Levy *et al.*, 2003; Michel *et al.*, 2001; Moore *et al.*, 2003; Tangpricha *et al.*, 2003).

L'annullamento delle caratteristiche sessuali originarie è un evento che rimane sempre in parte incompleto. Alcune peculiarità come la struttura corporea, derivate dalla esposizione pre e post-natale agli androgeni o il timbro della voce non potranno mai essere annullate da un trattamento ormonale secondario. Per quanto concerne l'induzione delle caratteristiche del sesso di rassegnazione, sicuramente i risultati danno una miglior prognosi nel caso del paziente F-M rispetto a quello M-F, per il quale gli esiti della somministrazione estrogenica e progestinica non sono del tutto soddisfacenti soprattutto nella inibizione della crescita pilifera e nell'induzione dello sviluppo mammario. I dati in letteratura tuttavia danno ragione di una notevole differenza individuale (Valentini, 2006).

Nel caso del transessualismo andro-ginoide, la soppressione delle caratteristiche maschili può essere ottenuta mediante farmaci che esercitano direttamente o indirettamente un effetto antiandrogenico, bloccando la stimolazione di LH o GnRH o inibendo l'interazione tra ormone e recettori androgenici. Superagonisti e antagonisti del GnRH, inibitori della 5 alfa reduttasi ed antirecettori degli androgeni sono categorie di farmaci utili a tale scopo. Per la femminilizzazione gli ormoni per eccellenza risultano gli estrogeni, ma vengono utilizzati anche una serie di progestinici, sebbene i loro effetti femminiliz-

zanti risultino minimi e pressoché limitati allo sviluppo mammario. La terapia estrogenica favorisce la crescita dei capelli e la riduzione della produzione pilifera su tronco, arti e viso. L'età giovane del soggetto favorisce questi risultati e lo sviluppo mammario. Gli estrogeni inibiscono inoltre l'accumulo di adipi in senso androgeno-dipendente e rendono la cute più sottile diminuendone la secrezione sebacea. In 2-3 mesi si ottiene facilmente la perdita delle erezioni spontanee e dell'eiaculazione mentre può comunque verificarsi l'erezione sotto diretta stimolazione con emissione di liquido uretrale. Tra gli effetti indesiderati della terapia ormonale andro-ginoide si riscontrano un aumentato rischio di embolie polmonari per incremento delle trombosi venose, perdita della libido e dell'erezione, ipercolesterolemia, iperprolattinemia, ipertensione arteriosa e sindrome depressiva. L'intervento di orchietomia non elimina del tutto la produzione androgenica, che va quindi contrastata per tutta la vita con una terapia ormonale sostitutiva a base di estrogeni ed antiandrogeni. La perdita completa dei peli androgeno-dipendenti non si ottiene comunque anche dopo questa operazione, quindi molto spesso va affiancato un intervento di laser-terapia (Levy *et al.*, 2003; Michel *et al.*, 2001; Moore *et al.*, 2003; Tangpricha *et al.*, 2003).

Nel transessualismo gino-androide l'effetto defemminilizzante per eccellenza – la soppressione del ciclo – avviene facilmente ed in breve tempo (nell'arco di 2-3 mesi) mediante terapia androgenica. Molto rapido è anche l'effetto virilizzante svolto dagli androgeni, che in un periodo di 24-48 mesi (con una risposta sempre condizionata da fattori genetici e costituzionali) raggiungono un buon effetto con progressiva riduzione del grasso corporeo nelle sedi estrogeno-dipendenti, un aumento della forza del soggetto e delle masse muscolari, una buona produzione pilifera ed un aumento della libido, a volte eccessivo. Tra gli effetti indesiderati si annoverano acne ed aumento della produzione sebacea con comparsa della tipica calvizie fronto-temporale maschile, ritenzione idrosalina, ipertensione arteriosa con aumentato rischio di infarto miocardico (correlato all'età del soggetto) ed aumento dei globuli rossi con incremento dell'ematocrito e rischio di sindrome da iperviscosità ematica. Dopo l'intervento di ovariectomia la terapia testosteroneica va comunque continuata, sebbene ad un dosaggio limitato, per il mantenimento delle caratteristiche maschili e per combattere l'osteoporosi legata a carenza estrogenica

(Levy *et al.*, 2003; Michel *et al.*, 2001; Moore *et al.*, 2003; Tangpricha *et al.*, 2003).

Data l'irreversibilità del percorso che il paziente si propone di affrontare, è vista come pre-condizione per l'intervento medico una fase di almeno un anno di *real life test* (test di vita reale), in cui il soggetto adotta pienamente nella sua vita il ruolo del genere desiderato (Sohn e Bosinski, 2007). L'obiettivo di questa "prova" è che il paziente, vestendosi e comportandosi giornalmente in accordo al genere desiderato, confermi o meno a se stesso il desiderio di ricorrere alla RCS. Inoltre il *real life test* costituisce una vera e propria fase di integrazione sociale, dove il soggetto si mostrerà agli altri così come si sente veramente e analizzerà, in un periodo appositamente pensato, le risposte dell'ambiente al suo cambiamento (Michel *et al.*, 2001).

L'iter chirurgico vero e proprio per l'adeguamento dei caratteri sessuali delle persone con DG è stato in Italia legittimato con la legge 14 aprile 1982 n. 164. L'intervento deve essere autorizzato con sentenza del Tribunale e deve essere considerato l'ultima tappa di un lungo iter effettuato mediante protocolli ben definiti (Felici, 2006). L'iter di interventi M-F, ovvero per passare da organi genitali maschili a organi genitali femminili, prevede molteplici operazioni che possono essere effettuate singolarmente o associate tra loro in modi differenti e con diverse modalità e tempistiche da concordarsi con il paziente in base alla sua volontà personale e alle possibilità tecniche. L'intervento primario è l'adeguamento dei genitali (asportazione delle gonadi e vaginoplastica), quello secondario l'adeguamento della parete toracica (mammoplastica additiva), ai quali si aggiungono una serie di possibili interventi estetici complementari quali l'asportazione del pomo d'Adamo e la depilazione definitiva (*ibidem*).

L'intervento primario si distingue a sua volta in due fasi (demolitiva e ricostruttiva) e si distingue in 5 step fondamentali: orchietomia, penectomia, creazione di una neocavità vaginale, creazione dell'orifizio uretrale femminile e costruzione delle labbra e del clitoride. In base ai tessuti che vengono utilizzati, i metodi per effettuare la vaginoplastica possono essere distinti in 5 categorie: applicazione di un trapianto di pelle non genitale, trapianto di pelle peniena, utilizzo di lembi peno-scrotali, lembi di pelle non genitale, trapianto di tessuti intestinali. Un'analisi della letteratura conferma che l'uso dei lembi penieni o peno-scrotali è l'approccio di prima scelta per l'allinea-

mento della neocavità vaginale (Sohn e Bosinski, 2007). Nell'effettuare questa modalità di intervento, la presenza di un pene piccolo o di una precedente circoncisione può comportare la necessità di dover utilizzare dei lembi infrapubici o sovrapubici per la creazione della neovagina (Goddard *et al.*, 2007). I transessuali M-F devono essere informati che la vaginoplastica richiede una regolare auto-dilatazione per tutta la vita che solo raramente può essere sostituita dal coito. Attualmente i pazienti ed i chirurghi sono sempre più interessati ad un buon risultato anche nella costruzione di un neoclitoride sensibile e di un complesso labiale esteticamente valido. Gli standard della *Harry Benjamin Foundation* (HBIGDA, 2001) sottolineano quanto il mantenimento delle sensazioni sessuali sia un obiettivo importante della chirurgia di adeguamento; risulta quindi necessario preservare il fascio neurovascolare per poter ottenere la maggiore sensibilità clitoridea possibile (Sohn e Bosinski, 2007). Il clitoride, il prepuzio e le piccole labbra rimangono tuttavia tra le strutture più difficili da ricostruire (Selvaggi *et al.*, 2005).

L'obiettivo dell'intervento di conversione ginoandroide è quello di costruire in un unico momento "un neo-fallo di forma e dimensioni adeguate, esteticamente gradevole, dotato di sensibilità tattile ed erogena, che permetta la minzione in stazione eretta con getto valido e non a spruzzo, che renda possibile la penetrazione" (Felici, 2006, p. 191). Le possibilità chirurgiche attuali hanno però una serie di limitazioni: sul piano estetico spesso forma, consistenza e colore sono differenti dal pene naturale; rispetto alla funzione urinaria è possibile creare un canale uretrale ma con tessuti poco idonei a sopportare il passaggio di urina, elevando il rischio di complicanze; per la funzione sessuale esiste un'estesa serie di protesi peniene, anche se la bassa sopportabilità dei tessuti ai traumi implica un importante rischio di estrusione. Anche in questo caso vari sono gli interventi possibili, partendo da isterectomia ed ovariectomia, che possono essere effettuate come procedura preliminare dell'operazione ricostruttiva o come parte integrante di essa. La metaoidoplastica o clitorido-falloplastica risulta ancora l'intervento elettivo per i transessuali che sono in dubbio sul bisogno di una falloplastica (contemplando la possibilità di richiederla in un secondo momento) sebbene gli stessi vadano informati sulle possibili complicazioni post-chirurgiche e sulla necessità spesso di ricorrere ad un nuovo intervento (Sohn e Bosinski,

2007). La procedura consiste nella trasformazione del clitoride, già ipertrofico a causa del trattamento ormonale, in un piccolo fallo, che di solito può raggiungere tra i 5 e i 7 cm in erezione. Il vantaggio dell'intervento è la conservazione dell'erezione e della sensibilità naturale, sebbene le ridotte dimensioni lo rendano inadatto alla penetrazione (Felici, 2006).

Rispetto alla falloplastica lo sviluppo delle tecniche è parallelo all'evoluzione dello sviluppo dell'uso dei lembi nella chirurgia ricostruttiva. Attualmente sono più di 20 i tipi di lembi suggeriti per la ricostruzione peniena, utilizzati, oltre che per la riassegnazione di sesso, anche per il micropene e per altri traumi penieni. La varietà delle tecniche utilizzate mostra che non ne esiste una ideale e che l'intervento va personalizzato per ogni singolo caso. Non esistono inoltre precise indicazioni e linee-guida per questa chirurgia (Sohn e Bosinski, 2007). Le tecniche più utilizzate sono la falloplastica con lembo libero antibrachiale (trasposizione di un insieme di tessuti prelevati dall'avambraccio e trapiantati in sede soprapubica), quella con lembo soprapubico e quella con lembo libero anterolaterale di coscia. Per ottenere un migliore aspetto estetico del pene si ricorre inoltre spesso al modellamento del glande ed alla scrotoplastica (Felici, 2006; Sohn e Bosinski, 2007).

Molti sono gli studi che si sono occupati a vari livelli del follow-up della RCS. Nei pazienti M-F, Hartmann e Becker (2002) hanno riscontrato un risultato negativo post-operatorio intorno al 15%. Nonostante il rischio di stenosi della vagina pari al 10-20%, complessivamente l'80% dei pazienti si dichiara soddisfatto del suo stato post-operatorio (Sohn e Bosinski, 2007) e l'80-87% di essi riesce a raggiungere l'orgasmo se viene mantenuto il fascio neurovascolare (Krege *et al.*, 2001). In un recente studio di Lawrence (2005), finalizzato ad analizzare le eventuali differenze nella sessualità dei transessuali M-F prima e dopo la RCS, emerge che prima dell'intervento il 54% dei soggetti era attratto soprattutto da donne e solo il 9% da uomini. In seguito all'operazione queste percentuali sono diventate rispettivamente del 25% e del 34%, segnalando in maniera più evidente rispetto ad altri studi il "cambiamento" nell'orientamento sessuale riferito dai pazienti dopo l'intervento di RCS, sia relativamente alle fantasie che ai comportamenti sessuali. Questi spostamenti più o meno incisivi sul versante dell'esperienza sessuale rimangono in

buona parte inspiegati. Inoltre, il 49% dei soggetti ha riferito centinaia di episodi di fantasie di travestimento o di autoginefilia prima dell'intervento ma tale percentuale è scesa al 3% dopo la riattribuzione di sesso. L'85% dei soggetti ha, inoltre, esperito l'orgasmo dopo l'intervento.

È più difficile stabilire un valido indice di follow-up nei pazienti F-M a causa delle numerose tecniche a disposizione per il trattamento (Sohn e Bosinski, 2007). Il gruppo di Hartmann (Hartmann e Becker, 2002) ha riscontrato un tasso di soddisfazione rispetto allo stato postoperatorio superiore all'80%. Hoebeke e collaboratori (2003) hanno verificato in 32 pazienti su 35 un buon risultato dopo una ricostruzione peniena con lembo libero antibrachiale e l'impianto di una protesi peniena idraulica; 29 di essi riferivano attività sessuali con mutua soddisfazione. Nel campione di Wirsam e collaboratori (2006) il 70% dei soggetti operati era in grado di avere un rapporto sessuale, il 72% riusciva a raggiungere l'orgasmo con la stimolazione del neopene ed il 90% riusciva ad evacuare in posizione eretta. Uno studio recente (Wierckx *et al.*, 2013) ha valutato il desiderio sessuale dopo la RCS. Soprattutto nei transessuali M-F è emerso un importante decremento del desiderio sessuale, connesso al trattamento ormonale e chirurgico.

In conclusione, possiamo evidenziare che gli studi recenti mostrano buoni risultati sia negli aspetti psico-sociali che nella soddisfazione relazionale e sessuale, sottolineando la funzione nettamente migliorativa dell'iter di RCS nei pazienti che vi si sottopongono. L'alta mortalità riscontrata in questi soggetti (dovuta soprattutto a tumori, suicidi e problemi cardiovascolari) sottolinea, tuttavia, la necessità di valutare in modo più accurato e prolungato il benessere bio-psico-sociale della persona transessuale anche dopo la RCS (Dhejne *et al.*, 2011).

4. La disciplina legale del transessualismo

di Alessandra Grassotti

1. La legislazione italiana. Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso

La ricchezza di una cultura si fonda sulle differenze individuali e sul principio di non discriminazione. Il benessere di una comunità non può quindi prescindere dal diritto della singola persona di vivere in relazione con il proprio contesto secondo la propria identità, né può prescindere dal bisogno di facilitare una evoluzione culturale generalizzata e basata sulla conoscenza ed il confronto. Sulla base di questo pensiero e del continuo aumento di persone con disturbo dell'identità di genere che, pur avendo una condizione biologica definita, mettono continuamente in discussione la propria identità e di conseguenza vivono un permanente conflitto esistenziale, aggravato dagli stereotipi sociali e culturali in cui vivono, la Corte Costituzionale il 18 luglio 1979, sentenza n. 98, ha stabilito che gli aspetti psicologici e psicomodinamici della sessualità dovevano essere tenuti in considerazione non meno di quelli somatici ai fini della determinazione del sesso.

Sulla base di tali principi è stata emanata il 14 aprile 1982 la legge n. 164 che vede riconosciuta da parte dell'ordinamento la possibilità di cambiare sesso e di rettificare il nome ed il sesso anagrafico. Con la 164/82, vengono abbandonate quell'insieme di sanzioni penali che prevedevano, prima dell'entrata in vigore della legge in questione e secondo gli articoli 582 e 583 del codice penale, una pena detentiva (da sei a dodici anni di reclusione) per chi avesse eseguito, senza le necessarie autorizzazioni, interventi chirurgici di modificazione del

sesto, trattandosi di diritti non disponibili in base all'articolo 5 del codice civile che vieta gli atti di disposizione del proprio corpo. L'importanza della legge fu tale che i giudici della Corte Costituzionale nella sentenza n. 161 del 24 maggio 1985 non solo ribadirono la legittimità costituzionale della legge 164 ma riconobbero l'esistenza di un diritto all'identità sessuale sulla base degli artt. 2 e 32 della Costituzione.

In particolare, la Corte riconobbe un concetto ampio di diritto alla salute di cui all'art. 32 della Costituzione, che comprende non solo la salute fisica ma anche psichica, in relazione alla quale gli atti dispositivi del proprio corpo se volti a tutelare la persona in tale ottica, non solo non sono vietati ma sono leciti. L'affermazione dell'identità sessuale fu considerata inoltre diritto inviolabile dell'individuo ai sensi dell'art. 2 della Costituzione in quanto elemento che consente al soggetto transessuale il pieno svolgimento della propria personalità sia nella sua dimensione intima e psicologica sia nella vita di relazione. Secondo la Consulta il legislatore aveva accolto un concetto di identità sessuale nuovo e diverso rispetto al passato, nel senso che ai fini di una tale identificazione viene conferito rilievo non più esclusivamente agli organi genitali esterni, ma anche ad elementi di carattere psicologico e sociale dal quale deriva una "concezione del sesso come dato complesso della personalità determinato da un insieme di fattori dei quali deve essere agevolato o ricercato l'equilibrio privilegiando il o i fattori dominanti".

2. La normativa sul procedimento per rettificazione di attribuzione di sesso

Il D. Lgs. 150 del 1 settembre 2011 ha modificato la legge 164/1982, pietra miliare nell'affermazione dei diritti delle persone transessuali, che vede riconosciuta da parte dell'ordinamento la possibilità di "cambiare sesso" e di rettificare il nome ed il sesso anagrafico.

Le fasi previste dalla precedente normativa sono state ricondotte al rito ordinario di cognizione e la rettificazione del sesso può aver luogo dopo una sentenza passata in giudicato del tribunale dove la persona risiede, in composizione collegiale; il rispetto delle tempistiche del rito ordinario comporta un allungamento dei tempi per otte-

nere la sentenza definitiva. Il ricorso quale atto introduttivo del procedimento è stato sostituito dall'atto di citazione.

Con la sentenza che accoglie la domanda di rettificazione di attribuzione di sesso il tribunale ordina all'ufficiale di stato civile del comune dove è stato compilato l'atto di nascita di effettuare la rettificazione nel relativo registro. Le attestazioni di stato civile riferite a persona della quale sia stata giudizialmente rettificata l'attribuzione di sesso sono rilasciate con la sola indicazione del nuovo sesso e nome.

L'attuale giurisprudenza provvede all'immediato cambio del nome del richiedente in modo da evitare ritardi ed omissioni o comunque un vuoto temporale tra la sentenza di rettifica e la sua concreta operatività subordinata all'ottemperanza all'ordine da parte dell'ufficiale di stato civile. Non mancano tuttavia pronunce nelle quali il giudice omette qualsiasi provvedimento rispetto al mutamento del nome considerato adempimento dell'ufficiale dello stato civile.

La sentenza di rettificazione di attribuzione di sesso non ha effetto retroattivo e provoca lo scioglimento del matrimonio o la cessazione degli effetti civili conseguenti alla trascrizione del matrimonio celebrato con rito religioso. Dottrina e giurisprudenza interpretano la disposizione nel senso che lo scioglimento del matrimonio sia pronunziato nello stesso giudizio di rettificazione di attribuzione di sesso, ovvero riconoscono l'automatico scioglimento del vincolo. In particolare in una recente pronuncia la giurisprudenza ha affermato che la sentenza di rettifica del sesso di uno dei due coniugi legittima l'ufficiale dello stato civile ad annotare nell'atto di matrimonio l'avvenuto scioglimento dello stesso. Tale interpretazione si basa sul principio secondo cui, essendo venuto meno il presupposto indispensabile del rapporto matrimoniale dato dalla diversità sessuale dei coniugi, tale rapporto deve considerarsi sciolto di diritto per effetto della rettificazione.

Le ultime due disposizioni della legge disciplinano, in accordo con quanto sancito dalla precedente normativa, rispettivamente dal punto di vista civile (art. 6) e penale (art. 7) l'ipotesi in cui l'intervento chirurgico di adeguamento del sesso sia stato compiuto prima dell'entrata in vigore della legge. L'art. 6 prevede per la persona che si sia sottoposta a trattamento medico chirurgico di adeguamento del sesso precedentemente all'entrata in vigore della legge, la possibilità

di presentare domanda di rettificazione di attribuzione di sesso entro il termine di un anno dalla data suddetta. Questa ipotesi è di conseguenza esaurita alla scadenza del termine. Tale procedimento era ed è disciplinato in forma semplificata in quanto, essendosi il soggetto già sottoposto al trattamento medico chirurgico, l'accertamento si limita all'effettuato intervento di adeguamento senza la necessità di dover indagare gli elementi di tipo psicologico-sessuale relativi all'interessato. L'art.7 prevede che, qualora la domanda di rettificazione di attribuzione di sesso venga accolta, i reati costituiti dal trattamento medico-chirurgico di cui all'articolo precedente, siano estinti.

Per ciò che concerne i requisiti necessari alla rettificazione del sesso, è compito del Tribunale analizzare i singoli casi in relazione alle loro peculiarità, riguardanti le condizioni psicosessuali, lo stato di salute, l'età.

Il giudice può nominare un consulente tecnico d'ufficio (CTU), al quale è demandato il compito di valutare se le condizioni psicosessuali del ricorrente giustifichino la richiesta di rettificazione di attribuzione di sesso e, in caso di risposta positiva, di indicare quale o quali interventi chirurgici sia appropriato eseguire nel caso di specie. Il CTU effettua alcuni incontri con la persona che ha richiesto la rettificazione e svolge una serie di indagini per rispondere ad uno o più quesiti posti dal giudice, nei tempi stabiliti dal Tribunale. Al termine del lavoro il CTU prepara una relazione (generalmente scritta) in cui riporta i risultati delle attività svolte e risponde ai quesiti posti dal giudice. La persona che ha richiesto la rettificazione, al momento della nomina del consulente tecnico d'ufficio, può a sua volta scegliere un proprio consulente tecnico di parte (C.T.P.), che dopo aver ottenuto il permesso dal giudice può assistere alle operazioni peritali.

3. La legislazione nei paesi europei ed extra-europei

La Svezia è stato il primo paese che ha introdotto in Europa una disciplina in materia di transessualismo con la legge del 21 aprile 1972 n. 119 che permette, a chi soffre fin dall'adolescenza di un contrasto insanabile soma-psyche e di una persistente sensazione di non appartenere al proprio sesso biologico, la possibilità di essere riconosciuto come appartenente all'altro sesso in seguito ad una serie di ac-

certamenti psicodiagnostici e di requisiti soggettivi quali la cittadinanza svedese, la maggiore di età, l'incapacità di generare e la mancanza di un vincolo coniugale.

In Germania la "Legge sul cambiamento dei prenomi e sulla determinazione dell'appartenenza sessuale in casi particolari" del 10 settembre 1980 pur se precedendo quella italiana di due anni, sembra essere molto più aperta e aderente al problema: prevede infatti due differenti regimi a seconda che il soggetto si sia operato e abbia quindi fatto una scelta definitiva ("grosse lösung", grande soluzione), caso nel quale potrà vedersi assegnare all'altro genere, o che il soggetto da almeno tre anni senta di dover vivere come appartenente all'altro sesso ma non voglia compiere l'operazione definitiva (piccola soluzione), in questo caso potrà chiedere il semplice cambio del prenome, decisione che, oltretutto, non è immutabile. La "piccola soluzione" permette di ottenere la rettifica anagrafica (in modo temporaneo o permanente) anche senza la riattribuzione chirurgica del sesso. Viene detta "piccola soluzione" perché, a differenza della "grande soluzione", non cambia l'attribuzione del genere della persona, ma solamente il suo nome. In altre parole sulla carta di identità apparirà il nuovo nome tipico del genere opposto, ma sul certificato di nascita il genere sarà sempre quello originale e questo apparirà anche sui documenti – come il passaporto – che riportano il genere di nascita.

Di fatto la "piccola soluzione" non cambia il genere di appartenenza del soggetto e neppure il suo status giuridico di "maschio" o "femmina" secondo la determinazione sessuale assegnata alla nascita; consente, però, a chi non ha – o non ha più – forme apparenti tipiche del suo sesso di appartenenza di presentarsi, nella maggior parte delle occasioni pubbliche, con un nome congruo al suo aspetto. La "grande soluzione", consistente nella possibilità di cambio di genere, permette di accedere all'iter che conduce alla riassegnazione chirurgica del sesso.

Nei Paesi Bassi la rettificazione è consentita alla persona transessuale che sia divenuta incapace di procreare. La legge n. 3444 del 4 maggio 1988 ha introdotto la rettificazione degli atti dello stato civile in Turchia. Norme di carattere amministrativo disciplinano la rettificazione degli atti dello stato civile in Austria e Slovacchia. In Francia, Belgio, Portogallo, Lussemburgo e Grecia non esiste alcuna legge sul transessualismo per cui la questione è affidata alla magistratura.

In molti Paesi la rettificazione degli atti dello stato civile è autorizzata dai giudici anche in assenza di una legge. Esistono però diversi ordinamenti nei quali, persino in seguito all'intervento medico-chirurgico di riattribuzione di sesso, non è possibile modificare il nome ed il sesso anagrafico. Oltre al grave disagio che comporta nella vita quotidiana delle persone, tale situazione è causa di diniego di ulteriori diritti essenziali per la persona, quali il diritto al matrimonio o alla genitorialità.

Benché il Parlamento europeo, con la risoluzione del 12 settembre 1989 sulla discriminazione delle persone transessuali, avesse invitato gli Stati membri al riconoscimento pieno dei diritti di queste ultime e, poco dopo, l'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa avesse invitato, con la raccomandazione n. 1117 del 1989, i membri a riconoscere il nuovo stato civile ed il nuovo nome delle persone transessuali ed a proteggerne i diritti fondamentali, la giurisprudenza della Corte europea per i diritti dell'uomo ha al contrario, e per lungo tempo, respinto ogni istanza di condanna di quei paesi che negavano i diritti fondamentali delle persone transessuali.

A partire dal caso *Van Oosterwijk v. Belgio*, nel quale la Corte non si pronunciò sul merito, nei casi successivi, *Rees v. Regno Unito*, *Cossey v. Regno Unito*, *Sheffield & Horsham v. Regno Unito*, i giudici hanno sempre negato che la Convenzione Europea per i Diritti dell'Uomo riconoscesse la sussistenza del diritto alla rettificazione degli atti dello stato civile o al matrimonio della persona transessuale.

Soltanto più recentemente la Corte ha cambiato orientamento e ha per la prima volta ammesso che il mancato riconoscimento del nuovo stato civile violi l'articolo 8 della Convenzione.

Quindi, nel 2002, in una pronuncia di portata storica in *Goodwin v. Regno Unito*, i giudici hanno confermato tale decisione ampliandone sensibilmente la portata, stabilendo che il rifiuto di riconoscere giuridicamente il nuovo stato civile della persona transessuale in seguito all'intervento chirurgico ed il conseguente diniego del diritto al matrimonio, violano rispettivamente gli articoli 8,12 e 14 della Convenzione. Questa decisione, insieme a quella della Corte di Giustizia europea in *P. v. S. and Cornwall County Council*, costituisce un importante risultato che imporrà a tutti i Paesi Europei di adottare standard minimi nel riconoscimento dei diritti delle persone transessuali.

Rimangono aperte molte questioni, tra cui la problematica del cambiamento del nome e l'introduzione di norme antidiscriminatorie specifiche. Un segnale significativo a questo riguardo è rappresentato dalla proposta di direttiva relativa al diritto dei cittadini dell'Unione e dei loro familiari di circolare e soggiornare liberamente nel territorio degli Stati membri, che per la prima volta vieta la discriminazione fondata sull'identità sessuale.

Più numerose e antiche sono le esperienze legislative extra europee, soprattutto nei Paesi del "Common Law".

Alcuni Stati degli USA, del Sud Africa e del Canada, infatti, già a partire dagli anni '60-'70, adottarono, per ciò che riguarda le rettificazioni sia sessuali che anagrafiche, procedimenti amministrativi che evitavano il coinvolgimento di organi giudiziari.

In Canada, invece, dopo alcune riforme legislative realizzate dal 1973 in poi, è lecito il mutamento sessuale ed anagrafico a seguito di un semplice procedimento amministrativo basato su due certificazioni mediche. Negli Stati Uniti la possibilità della rettifica delle iscrizioni anagrafiche era prevista fin dagli inizi degli anni Sessanta.

Il legislatore dell'Illinois, già nel 1961, introdusse una simile soluzione richiedendo a supporto della domanda una certificazione dell'avvenuto intervento chirurgico rilasciato dal medico che aveva compiuto l'intervento.

In Arizona una riforma legislativa del 1967, come nello stato di New York nel 1971, autorizzava tramite semplice prassi amministrativa la rettifica chirurgica del sesso. Nel 1974 anche il Sud Africa introdusse una riforma legislativa per cui il ministro degli interni può consentire la riattribuzione anagrafica in virtù di una operazione chirurgica di adeguamento.

4. Limiti della legge e nuove proposte

Sebbene l'ordinamento italiano sia stato uno dei primi in Europa ad introdurre una disciplina sul cambiamento di sesso, quanto sancito dalla legge 164/1982, ed in generale dal nostro ordinamento, non offre adeguate soluzioni in relazione al cambiamento del nome. Per le persone transgender e, nel periodo di transizione, per le persone transessuali, la divergenza tra l'aspetto esteriore ed il sesso psicologico

da una parte, ed il nome ed il sesso anagrafico dall'altra, è solitamente causa di grave disagio psicologico e di difficoltà a livello sociale, in particolare nel mondo del lavoro. In un primo momento la giurisprudenza ha interpretato il criterio di necessità stabilito dalla legge in senso restrittivo, ritenendo che l'avvenuta modificazione dovesse riguardare i caratteri sessuali primari della persona in transizione. Ciò è stato smentito nel corso degli anni in primo luogo dalla ricerca, dalla pratica e dallo stesso movimento transgender, che hanno dimostrato che l'equilibrio psico-fisico della persona transessuale non implica necessariamente l'adeguamento chirurgico dei genitali, che al contrario spesso viene forzato dalla necessità di "regolarizzare" una situazione intermedia nella quale la persona transessuale è soggetta a stigmatizzazione sociale, discriminazione, privazione dei diritti fondamentali, tra cui il diritto alla riservatezza dei dati personali sensibili, quali quelli relativi alla salute ed alla vita sessuale. L'intervento chirurgico diviene in altri termini per alcune persone un intervento forzato in assenza del quale la persona è privata della dignità e dei diritti di cittadinanza, costretta ad una esistenza legale che non corrisponde all'identità, all'aspetto esteriore ed al ruolo sociale che la stessa persona viene ad assumere. L'intervento chirurgico diventa in altre parole un modo per vedere sanzionata dalla legge l'identità stessa della persona. Anche nel caso di coloro che intendono completare la transizione con l'intervento chirurgico, i tempi fisiologici della transizione stessa, che richiede un percorso psicologico e di terapia ormonale, uniti alle carenze del Sistema Sanitario Nazionale, fanno sì che la persona si trovi, per diversi anni, in un limbo giuridico che soltanto l'intervento chirurgico finale può sanare. Entrambe le situazioni sono estremamente problematiche con riguardo al rispetto dei diritti e dell'identità della persona, del suo benessere psicofisico e della vita di relazione. Non a caso negli ultimi anni la giurisprudenza della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo, in particolare nei casi Goodwin contro Regno Unito e Van Kück contro Germania, ha progressivamente riconosciuto l'esistenza di un diritto fondamentale all'identità di genere sulla base degli articoli 8 e 14 della Convenzione Europea per i Diritti dell'Uomo, in relazione al quale il riconoscimento giuridico dell'identità di genere non deve necessariamente dipendere dall'intervento chirurgico di riattribuzione di sesso. Tale orientamento, proprio in seguito alla decisione della Corte Europea, che ha condan-

nato il Regno Unito a tal riguardo, ha indotto il legislatore britannico ad introdurre il Gender Recognition Act del 2004, sulla base del quale la rettificazione del certificato di nascita ed il cambio del nome sono effettuati indipendentemente dall'intervento chirurgico. Nella stessa direzione si sta muovendo la Spagna in questo periodo, e disegni di legge in questo senso sono stati introdotti in diversi parlamenti nazionali.

L'Italia, grazie alla D. Lgs. 150/2011, ha fatto dei passi in avanti rispetto a quanto precedentemente sancito dalla legge 164/1982. Ciò nonostante, permangono delle perplessità rispetto ad alcune questioni, come, ad esempio, le sollecitazioni di chiarimenti sui requisiti considerati necessari per l'intervento chirurgico. Allo stesso modo, non è stata condivisa la proposta secondo cui la necessità di cambiare il proprio sesso debba perdurare da un determinato periodo di tempo prima di poter chiedere la rettificazione del sesso, in linea con quanto accade in Germania. Tornando a ribadire i progressi fatti rispetto al tema trattato, è auspicabile il chiarimento dei dubbi che ancora insistono, allo scopo di arrivare a garantire la dignità e la libertà di autodeterminarsi ad ogni persona.

5. *La consulenza tecnica nei casi di transessualismo*

di Roberta Grassotti, Stefano Eleuteri, Marta Giuliani,
Irene Petruccelli, Valeria Verrastro

1. Il consulente tecnico d'ufficio nei casi di riattribuzione chirurgica del sesso

Nell'ambito dell'esercizio giudiziale la decisione del magistrato è determinata non solo da un processo logico di interpretazione della legge e della sua applicazione al caso concreto, ma anche dall'accertamento di determinati fatti. Talora, per conoscere o comprendere fatti o situazioni rilevanti per la decisione giudiziale occorrono nozioni tecniche di esperienza non comune: da qui la necessità che il giudice possa avvalersi di persone (i consulenti) che quelle nozioni invece posseggono e che siano quindi in grado di fornirgli i pareri tecnici indispensabili per conoscere la verità e per applicare con giustizia la legge. Il consulente tecnico d'ufficio (CTU) è pertanto un ausiliario del giudice.

In certe materie è però inevitabile che la prestazione del CTU finisca per tradursi non solo nell'apprezzamento di elementi tecnici e oggettivi, ma anche in giudizi e valutazioni, anche se spetta pur sempre al magistrato trarre le conseguenze definitive sulle questioni per le quali il perito è stato interpellato: il responso del perito non vincola infatti il giudice (*iudex peritus peritorum*).

Nel caso specifico della riattribuzione chirurgica di sesso appare evidente quanto un'accurata indagine peritale possa sostenere il soggetto durante il lungo ed emotivamente stressante iter medico e giuridico prendendo in considerazione la situazione psichica del soggetto stesso e le aspettative legate alla riattribuzione chirurgica del sesso, aspettative spesso magiche e miracolistiche (Sassarini, 1998).

Il CTU nei casi di transessualismo trova la propria ragion d'essere nelle situazioni in cui soggetti affetti da "disforia di genere" così come individuata dal DSM-5 (APA, 2013) si siano rivolti al Tribunale, e nello specifico alla Sezione Volontaria Giurisdizione, avanzando richiesta di "riattribuzione chirurgica del sesso" ai sensi della Legge n. 164 del 14/4/82.

Il Presidente del Tribunale fissa i termini per la trattazione del ricorso e per la notificazione all'eventuale giudice e ai figli e designa il Giudice Istruttore il quale, ove lo ritenga necessario, dispone l'acquisizione di una consulenza tecnica d'ufficio.

La rettifica dei dati anagrafici da parte dell'Ufficio di Stato Civile del Comune di nascita sarà possibile solo sulla scorta della sentenza che accoglie la domanda di riattribuzione di sesso.

Se da un lato dunque, con l'istituzionalizzazione del ruolo dello psicologo e del CTU, la normativa attuale mostra di tenere nella dovuta considerazione il concetto di "sesso psicologico" nella più vasta ottica della promozione della persona umana e dei suoi diritti, d'altro canto, però, la discrezionalità del Giudice nel richiedere il CTU porta a considerare la valutazione delle condizioni psicosessuali del soggetto quale elemento utile ma non necessario per procedere alla variazione anagrafica nonché chirurgica.

E questo senza peraltro considerare che l'interessato accede al CTU spesso dopo aver già sostenuto un percorso diagnostico-valutativo presso centri di riferimento nazionale che poco sono stati utili ai fini della valutazione da parte del Magistrato.

Il fenomeno in questione si articola e si sviluppa dunque sullo sfondo di una situazione ambivalente e confusiva che collude con l'ambivalenza e la confusività intrinsecamente presenti nel fenomeno stesso e le esaspera; a fronte di un teorico "vuoto istituzionale" (si rammenti ancora una volta la discrezionalità del Giudice nel disporre CTU), una sovrapposizione disordinata e sconnessa di percorsi "psico-sanitari" con percorsi "psico-giuridici" rischia di incrementare il disorientamento e dunque le difese dei soggetti coinvolti senza garantire peraltro l'acquisizione di dati quali-quantitativamente più utili ed esaustivi.

Scopo fondamentale del CTU sarà quello di escludere la presenza di gravi scompensi psicotici, di quadri schizofrenici e/o del Disturbo Atipico della Identità Sessuale, tutti quadri questi che potrebbero camuffare una condizione di transessualismo solo apparente o temporaneo.

Ogni accertamento psicologico e psichiatrico esperito in ambito forense è costituito da due componenti molto diverse tra loro, che il consulente deve riunire in sé per giungere ad un parere conclusivo nel quale le stesse siano il più possibile bilanciate ed armoniche.

La prima di esse è la componente di tipo clinico-diagnostica, dalla quale deve derivare la comprensione della persona che si esamina, l'analisi delle sue eventuali valenze di carattere patologico e la comparazione tra queste ultime ed i correnti parametri diagnostici, al fine di delineare un'immagine il più possibile accurata della personalità, della storia clinica e della condizione attuale del soggetto, con la proposta di una diagnosi motivata, dimostrata e condivisibile.

Il secondo momento è quello della valutazione, che si fonda sulla diagnosi formulata e che compara la situazione clinica riscontrata con la fattispecie giuridica sottesa dal quesito peritale, tenuto conto della necessità di fornire al giudice un parere fruibile in sede forense, il più possibile chiaro, motivato e condivisibile.

In questo contesto, gli psichiatri e gli psicologi forensi devono avere ben presente la necessità di valorizzare sempre di più la dimensione clinica degli accertamenti peritali, come momento qualificante del contributo da loro fornito all'autorità giudiziaria ed alle parti processuali. In tutti i diversi tipi di indagine psichiatrico e psicologico forense, in particolare per questo tipo di consulenza, è necessario che venga aperto uno spazio "clinico", nell'ambito del quale possono essere fatte rientrare le dimensioni dell'ascolto, dell'empatia, della relazione e della comprensione, indispensabili per l'elaborazione della diagnosi, della prognosi e dei correlati valutativi della stessa.

L'attività richiesta al CTU cambia notevolmente a seconda che la sua nomina sia stata effettuata in assenza o in presenza di una documentazione più o meno ampia della quale il giudice non sia in grado di comprendere a pieno il significato. Nel caso, infatti, di ampia e adeguata documentazione presentata dal ricorrente, il giudice potrà efficacemente sostituire la nomina del CTU con la "convocazione a chiarimenti" degli specialisti che hanno firmato la documentazione, con la necessità che il firmatario si presenti in Tribunale per confermare l'autenticità di quanto sottoscritto e per rispondere ad altri eventuali quesiti posti dal giudice. Questa procedura appare particolarmente adeguata in caso di iter psicodiagnostici e terapeutici effettuati presso strutture pubbliche specializzate nel trattamento della disforia di genere.

Se il giudice, in caso di inadeguata documentazione, ritiene indispensabile, per il valido fondamento della sentenza, la nomina del CTU, la consulenza dovrà essere focalizzata, comunque, sulla valutazione della documentazione presentata, individuando eventuali lacune da colmare, incongruenze o veri e propri errori.

2. Finalità ed articolazione del lavoro peritale

La funzione del CTU si identifica nella elaborazione di una risposta tecnica motivata rispetto ai quesiti di rilevanza giuridica. Ogni consulenza si configura come una costruzione dotata di due livelli successivi, rispettivamente rappresentati dall'esame clinico (comprendente tutti gli accertamenti anamnestici, somatici, neurologici, psicodiagnostici, strumentali e psicologici necessari) e dalla valutazione dei dati così acquisiti, in confronto con i contenuti ed i termini della nozione giuridica espressa nel quesito formulato.

La riattribuzione chirurgica del sesso (RCS) comporta una serie di importanti decisioni che richiedono un'approfondita valutazione del soggetto che aspira al cambiamento; numerose sono le caratteristiche di base della personalità che vanno valutate prima di procedere ad una adeguata selezione dei pazienti che possono trarre un reale beneficio dalla RCS.

Nel caso specifico della consulenza richiesta dal giudice uno dei quesiti che il giudice spesso pone al CTU è *“Ritiene il consulente tecnico che questi interventi possano migliorare la qualità di vita ed operare in funzione del benessere della persona?”*.

Un altro quesito diffuso è il seguente: *“Dica il CTU quali sono le condizioni psicosessuali del ricorrente, la possibilità di porre la diagnosi di disforia di genere, se gli interventi richiesti sono effettivamente necessari per il benessere del ricorrente, se possono essere eseguiti senza essere particolarmente pericolosi e causare danni alla salute del ricorrente”*.

I possibili quesiti rivolti dal giudice al consulente riguardano quindi:

1. le condizioni psicosessuali del soggetto;
2. se effettivamente gli interventi richiesti sono indispensabili per il benessere di questo;

3. se questi interventi possono essere eseguiti senza, in alcun modo, recare danno alla salute del soggetto che ne fa richiesta.

Al consulente tecnico viene quindi affidato l'incarico di accertare le effettive condizioni psicosessuali del soggetto che richiede una rettifica dell'attribuzione di sesso, ed in particolare di verificare la condizione clinica del periziando (ivi compresi gli aspetti genetici ed endocrinologici) e di accertare la sussistenza di una oggettiva condizione di "transessualismo", differenziando la stessa da problematiche meno specifiche connesse all'identità di genere o da motivazioni di carattere psicopatologico o strumentale.

Nell'arco di circa 90 giorni il CTU ha generalmente l'obbligo di depositare in Tribunale la relazione scritta; il Giudice, esaminata la consulenza e presa visione di possibili consulenze di parte, emana la prima sentenza che autorizza l'intervento chirurgico di asportazione ed eventuale ricostruzione degli organi genitali. Solo dopo aver effettuato l'intervento, il soggetto può presentare al giudice una nuova istanza, corredata da cartelle cliniche, per il cambiamento anagrafico. Anche in questo caso il giudice può nominare nuovamente un consulente tecnico per valutare gli esami effettuati e per chiedere esami non presenti nel fascicolo; tutto ciò con lo scopo di delinearsi un'opinione solidamente fondata che con certezza escluda tutta una serie di altre problematiche che potrebbero essere affrontate in un altro modo.

Il CTU deve sempre ricordare che un eventuale errore diagnostico e valutativo può esporre il periziando a gravissime conseguenze:

1. nel caso in cui sia effettuata la castrazione chirurgica di un soggetto erroneamente diagnosticato come transessuale, si determinerà la irreversibile perdita della sua capacità di procreare;
2. nel caso in cui venga ingiustamente rifiutata l'autorizzazione all'intervento, si potranno determinare reazioni psicopatologiche o comportamenti autolesivi da parte del transessuale.

Tutto questo evidenzia la necessità che le indagini in tema di transessualismo siano articolate attraverso la collaborazione con i diversi specialisti interessati alla diagnosi (genetista, endocrinologo, chirurgo, ecc.), nonché attraverso la esecuzione di articolati colloqui clinici, integrati da una completa batteria di test psicodiagnostici.

Se si considera che l'intervento chirurgico solo in alcuni casi assicura un effettivo benessere e serenità al soggetto in questione, è chiaro che per il perito dare un parere favorevole, affinché questa opera-

zione avvenga, è una decisione che va presa con estrema oculatezza. L'obiettivo, quindi, di un'accurata indagine peritale dovrebbe riguardare un'attenta anamnesi sulla storia passata del soggetto e sulla sua realtà attuale, attraverso, quindi, un esame globale della struttura di personalità, un esame approfondito della problematica relativa all'identità di genere, una valutazione delle motivazioni profonde che sottendono la richiesta dell'RCS e un'indagine circa le aspettative su quest'intervento. In tutta questa analisi occorre, infine, che l'esperto valuti con attenzione il contesto personale e ambientale del soggetto, quali eventuali perdite del lavoro, gli strumenti che questo ha per affrontare eventuali disagi e difficoltà derivanti da quest'intervento e le risorse da mettere in atto per affrontare la sua nuova identità.

Ovviamente, tutte queste indagini, così accurate, a cui deve riferirsi un consulente d'ufficio che fa riferimento al giudice, valgono ugualmente per il consulente di parte, il quale ha come consulente primario il suo cliente e può partecipare, se non altrimenti previsto, a tutti gli incontri fra il soggetto e il CTU.

3. Criteri minimi di eleggibilità per la chirurgia genitale

Anche in Italia, sulla falsariga degli standard della *Harry Benjamin Association*, sono state elaborate delle linee guida (Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere) che possono essere così riassunte:

1. L'ingresso nel programma di adeguamento medico e/o chirurgico prevede, in fase preliminare, che la persona venga informata su tutte le procedure e le terapie, nonché su tutti i rischi che queste comportano e sull'irreversibilità di alcune di esse, affinché possa esprimere un consenso informato scritto, inerente il progetto concordato.
2. A partire dalla richiesta di riattribuzione, il programma psicologico, parallelo e integrato con quello medico, si sviluppa secondo modalità individuate caso per caso, mira alla verifica continua dell'assunzione di responsabilità nei confronti delle proprie scelte ed ha la finalità di sostenere la persona ed aiutarla ad elaborare i vissuti connessi alle modificazioni ormonali e somatiche ed alle relative espressioni sul piano socio-relazionale. Il programma psicologico, oltre ad avere una primaria funzione di sostegno, mira

all'elaborazione delle questioni eventualmente emergenti durante il percorso, relative non soltanto alle tematiche di genere, ma alla più complessiva vicenda esistenziale.

3. In considerazione di alcuni effetti delle terapie ormonali che sono irreversibili sul piano somatico e possono avere ricadute sul piano psicologico, si prevede che l'utente prima di iniziare ad assumere ormoni abbia intrapreso, secondo modalità concordate con l'èquipe, un percorso psicologico adeguato, individuato caso per caso. Si consiglia un percorso minimo di 4-6 mesi. Verrà valutata caso per caso la situazione in cui l'utente abbia già iniziato la terapia ormonale.
4. "L'esperienza di vita" nel ruolo del genere vissuto come più vicino rispetto al proprio interno sentire è considerata parte integrante del programma di riattribuzione chirurgica di sesso e deve avere una durata adeguata che permetta l'acquisizione delle caratteristiche psicofisiche desiderate. Si consiglia un periodo minimo di 8-12 mesi.
5. Ottenuta l'Autorizzazione del Tribunale, la riattribuzione chirurgica del sesso avverrà su parere concorde dei diversi operatori intervenuti nelle diverse fasi dell'iter, solo dopo aver verificato la piena consapevolezza della persona rispetto alla propria scelta e la piena assunzione di responsabilità rispetto ad essa, purché comunque ottemperate le indicazioni sulle terapie ormonali e sull'"esperienza di vita", di cui ai punti 3 e 4.
6. Variazioni relative ai criteri e alle procedure d'intervento devono essere adottate solo in casi specifici, con motivazioni ampiamente documentate. Gli operatori interromperanno il trattamento di chi non si attiene al programma terapeutico concordato.

Ritornando all'iter che il CTU deve seguire per effettuare una corretta perizia in questo ambito, la metodologia di esame generalmente prescelta è di tipo integrato, associando ad un esame clinico psichiatrico ed anamnestico una batteria di strumenti psicometrici e di reattivi psicodiagnostici, allo scopo di poter definire al meglio la situazione identitaria sessuale del periziando e di poter escludere la presenza di patologie e disturbi ideativi all'origine di un transessualismo spurio o secondario (Huber, 1988).

Il primo passo è quindi quello di fare un'adeguata diagnosi differenziale rispetto a: travestitismo, intersessualità, ermafroditismo, omosessualità, transessualismo secondario.

Il travestitismo è stato descritto per la prima volta da Hirschfeld all'inizio del XX secolo, ma è una realtà umana conosciuta in tutti i tempi. È diffuso soprattutto tra gli individui di sesso maschile ed è riferito a uomini che provano un intenso piacere erotico nell'indossare saltuariamente abiti femminili. Al travestitismo si può associare a volte un comportamento feticistico in cui un oggetto inanimato, un abito o una parte del corpo è sovrainvestita di interesse, acquista valore erogeno e si rende necessaria per vivere il piacere sessuale. Il travestitismo risulta quindi essere un disordine sessuale e non un disturbo d'identità. Molti travestiti, in relazione a stress psicosociali o a depressione, possono presentare episodicamente nella loro vita sintomi di "disforia di genere". A un individuo con disturbo da travestimento che presenti anche una significativa disforia di genere possono essere date entrambe le diagnosi (APA, 2013), che non vanno tuttavia confuse e che non necessariamente convivono.

Esistono domande chiave nel corso del colloquio che permettono la diagnosi differenziale tra transessualismo e travestitismo.

Le principali sono:

1. Cosa succede se le viene impedito il "cross-dressing"?

I travestiti riferiscono uno stato d'ansia e d'inquietudine che viene risolto con il travestimento e quando si sono travestiti possono o meno masturbarsi. I transessuali riferiscono di poter fare a meno di travestirsi per il tempo in cui viene loro richiesto di astenersi senza avere particolari problemi; durante il travestimento riferiscono poi uno stato disforico, mai però associato a pratiche sessuali.

2. C'è stata qualche perdita significativa negli ultimi due anni?

La risposta è frequentemente positiva per i travestiti, che possono avere episodi di "disforia di genere" dopo un lutto, una separazione, una malattia. Benché l'intensità della "disforia di genere" sia fluttuante nella vita dei transessuali essa non risulta mai correlata ad eventi luttuosi.

3. Quali bagni usa nei servizi pubblici?

I travestiti usano i bagni dell'altro sesso solo quando ne indossano i vestiti; viceversa i transessuali, che sono convinti di appartenere al sesso opposto e che vestono per lo più abiti unisex, usano quasi sempre i bagni dell'altro sesso.

La persona transessuale al contrario indossa determinati abiti non

per travestirsi ma come naturale manifestazione della propria identità psichica e l'abbigliamento è vissuto come elemento che agevola l'“apparire” congruo con questa. Tale modalità non ha carattere feticistico né procura eccitazione sessuale, come accade invece nel travestitismo.

La disforia di genere va poi distinta in modo consono dalle diverse forme di intersessualità biologica; in questi casi gli individui sono portatori di una variabile biologica che comporta lo sviluppo di caratteristiche maschili e femminili ad un tempo.

È noto che ogni cellula del corpo umano comprende il corredo cromosomico in cui è inscritto, tra l'altro, il sesso della persona; durante lo sviluppo embrionale si va strutturando uno dei possibili percorsi per i quali l'organismo è biologicamente predisposto. Diverse variazioni possono essere dovute alla struttura dei geni portatori della caratteristica biologica di “mascolinità” e “femminilità”; questi geni coesistono in ogni individuo ma sono generalmente equilibrati in modo tale che prevalgano gli uni o gli altri, così che lo sviluppo organico e funzionale si orienti in senso maschile (XY) o in senso femminile (XX). Nel caso di persone intersessuali, invece, rimangono attivi entrambi i sessi (esempio: XXY). Malformazioni strutturali e/o funzionali possono derivare anche dalla somministrazione erronea di ormoni in dosi elevate e per tempi prolungati in diversi momenti dello sviluppo embrionale o neonatale o anche in fasi successive.

Tra le forme di intersessualità la sindrome di Klinefelter e la sindrome di Turner sono le più diagnosticate.

La forma classica della sindrome di Klinefelter 47, XXY è dovuta alla mancata disgiunzione meiotica dei cromosomi durante la gametogenesi. Le conseguenze più importanti delle alterazioni ormonali consistono in una virilizzazione insufficiente (testicoli piccoli e duri, azoospermia, sterilità) ed in una femminilizzazione di grado variabile (ginecomastia).

La sindrome di Turner è una condizione caratterizzata dalla presenza di un unico cromosoma X nei soggetti di sesso femminile, che pertanto vengono indicati come XO. Tra i vari disturbi associati a questa sindrome, che riguardano in modo particolare l'identità del soggetto, è da sottolineare la mancanza del ciclo mestruale e la sterilità. Poiché la condizione XO si produce al momento della formazione dello zigote, e fa parte del corredo cromosomico dell'individuo, non vi sono cure che possano modificarla. Alcuni individui con di-

disturbi dello sviluppo sessuale possono diventare disforici rispetto al genere che viene loro assegnato (Byne *et al.*, 2012); questa disforia non è tuttavia sempre clinicamente significativa e va attentamente differenziata dalle conseguenze psicologiche correlate allo stigma sociale connesso ai disturbi dello sviluppo sessuale.

Un'altra condizione da cui la disforia di genere va distinta è l'ermafroditismo, condizione in cui sono presenti in una stessa persona le ghiandole genitali, e perciò i gameti, dei due sessi. Nell'individuo compaiono pertanto contemporaneamente i testicoli e le ovaie oppure un organo costituito da tessuto ovarico e testicolare ad un tempo. L'ermafroditismo è dato da un eccesso, un deficit o un'alterata produzione di ormoni durante lo sviluppo embrionale.

Elemento fondamentale che differenzia la disforia di genere dalle diverse forme di intersessualità è la presenza in questi ultimi di caratteristiche genetiche, quindi strutturali e funzionali, tra loro non congruenti, mentre negli studi sperimentali svolti finora non è stata mai accertata la presenza di caratteristiche genetiche né di disturbi endocrini né strutturali né funzionali che possano spiegare o collegarsi all'insorgenza della disforia di genere; questo si evidenzia infatti esclusivamente attraverso il vissuto della persona di appartenere ad un genere diverso da quello individuato alla nascita.

Realtà completamente diversa rispetto alle precedenti è l'omosessualità. Le persone omosessuali hanno un chiaro vissuto di appartenenza al proprio sesso biologico e ne sono soddisfatte, ottengono piacere dai propri organi genitali ed hanno piena coscienza del fatto che il loro oggetto d'amore è del loro stesso sesso.

L'individuo transessuale, invece, ha come oggetto d'amore una persona dello stesso sesso anatomico, ma percepisce questa relazione come eterosessuale, in quanto sente di appartenere ad un genere diverso rispetto a quello del/la partner. La persona a volte, nella ricerca di definire la propria realtà, può fare esperienza nel mondo omosessuale ma lo sente estraneo e finisce per negare in modo assoluto l'attribuzione a sé di omosessualità, al punto da rifiutare a volte qualsiasi rapporto sessuale fino alla riattribuzione chirurgica di sesso.

Per transessualismo secondario si intende una situazione clinica che ha l'apparenza di una condizione transessuale primitiva (ovvero di un vissuto identitario di genere opposto alla identità di genere somatica, genetica e di attribuzione) ma che in effetti è il sintomo e

l'effetto secondario di un disturbo mentale la cui richiesta di riconversione sessuale nasconde un problema psichiatrico sottostante di maggiore portata e minacciosità per l'integrità dell'Io (Bergeret, 1984). La scelta di una soluzione apparentemente radicale è doppiamente tranquillizzante per questi soggetti perché sposta il problema dalla psiche al soma. Prima di tutto placa l'angoscia che viene invece esacerbata se il problema resta a livello psichico, in quanto la "pazzia" rappresenta il fantasma individuale e collettivo in assoluto più spaventoso e intollerabile. Inoltre, ricorrendo alla medicina e soprattutto alla chirurgia, concretizza un problema sentito come altrimenti inaffrontabile e sfuggente, spostandolo su un piano di pragmaticità scientifica e quindi di attesa risolvibilità.

I casi di transessualismo secondario si possono raggruppare in tre gruppi generali per ordine decrescente di frequenza:

1. secondarietà rispetto a psicosi schizofreniche (delirio identitario nello schizofrenico);
2. transessualismo come equivalente depressivo (regressione della sessualità e crisi della identificazione sessuale, con valorizzazione di Sé e travestitismo);
3. "crisi transessuali" in situazioni di disadattamento post-stress.

In questi casi (peraltro non particolarmente frequenti) l'autorizzazione al cambiamento di sesso va senz'altro negata, poiché essa altro non sarebbe che una castrazione ed una alterazione permanente come risposta ad una condizione di alterazione psichica transitoria (Canestrari *et al.*, 1989).

Esistono, inoltre, alcuni casi di transessualismo a strutturazione tardiva, nei quali il vissuto di partenza è una omosessualità egodistonica (vale a dire una omosessualità tendenziale che viene rifiutata e percepita come inaccettabile dall'Ego del soggetto) che viene liberamente agita solo a partire da una inversione della propria identità di genere.

Ovviamente questo meccanismo (una sorta di inversione identitaria quale meccanismo di difesa dell'Io contro le angosce scatenate dall'omosessualità) non è estraneo a numerosi casi di transessualismo vero o primario, ma si tratta allora e tipicamente di un meccanismo inconsapevole (Canestrari, Godino, 2007).

Nel transessualismo a strutturazione tardiva (si intende come tale la situazione in cui il soggetto che richiede il cambiamento di sesso abbia superato il terzo decennio di vita) osserviamo un'identità di

genere più mobile, con situazioni che sfumano dal semplice travestimento alla identificazione piena col sesso opposto. In questi casi la decisione di autorizzare l'intervento va soppesata con attenzione, poiché la situazione identitaria non è del tutto stabile e l'intervento potrebbe diventare la causa di una reazione depressiva. In effetti una reazione depressiva si osserva di frequente anche nel transessualismo a strutturazione non tardiva, come sequela di una fase euforica o di innalzamento del tono dell'umore. In parte questa reazione depressiva, peraltro di norma piuttosto modesta e transitoria, sembra legata alla discrepanza fra le attese ed i risultati concreti ottenuti (non sempre la ricostruzione chirurgica è perfettamente adeguata ad ottenere l'orgasmo e la funzionalità degli organi genitali, specie nel caso si tratti di organi maschili) ma fondamentale il meccanismo depressivo si ricollega al senso di colpa inconscio per l'aver prodotto una alterazione irreversibile del corpo.

L'esame del periziando viene attuato secondo due modalità generali, sia tramite l'osservazione attenta delle condotte al colloquio ed ai test psicodiagnostici che tramite l'analisi di congruenza e coerenza dei dati raccolti in sede anamnestica. Dato che nel caso di una indagine peritale esiste una ovvia distorsione motivazionale da parte del soggetto ad esame, distorsione che può portare ad una falsificazione sia intenzionale che inconsapevole dei dati osservativi, vanno adottate tutte le maggiori cautele al fine di limitare tale distorsione e di ottenere dei dati validi ed adeguatamente rappresentativi.

Le principali tecniche di incremento della validità dei dati consistono nella diversificazione delle tecniche di esame, combinando una batteria di test con una osservazione campionata sistematica della condotta sia gestuale che verbale, ed in un confronto logico fra l'analisi dei dati attuali e la storia come viene raccolta all'anamnesi o come risulta in modo documentato (Kendall, Norton Ford, 1982).

4. Valutazione della personalità e dell'identità nella consulenza con i transessuali

Allo scopo di poter effettuare nel miglior modo possibile una consulenza tecnica d'ufficio (CTU) nei casi di riattribuzione chirurgica di sesso presentiamo una linea guida da seguire.

Attraverso il colloquio clinico, l'anamnesi, l'esame obiettivo generale, l'esame obiettivo psichiatrico e la somministrazione di determinati test psicodiagnostici, il CTU potrà soddisfare la richiesta che gli viene fatta dal giudice tenendo sempre in considerazione le due componenti che devono essere presenti per fare diagnosi. Secondo il DSM-5 (APA, 2013), deve essere evidente una intensa e persistente identificazione col sesso opposto, che è il desiderio di essere, o l'insistenza sul fatto di essere, del sesso opposto. L'identificazione con l'altro sesso non deve essere solo un desiderio per qualche presunto vantaggio culturale derivante dall'appartenenza al sesso opposto. Inoltre deve esserci prova di un persistente malessere riguardo alla propria assegnazione sessuale, oppure un senso di estraneità riguardo al ruolo di genere del proprio sesso. Per fare diagnosi deve esservi prova di un disagio significativo sul piano clinico, oppure di compromissione dell'area sociale, lavorativa, o di altre aree importanti del funzionamento.

L'accertamento delle caratteristiche psicosessuali del soggetto in esame è demandato ad una consulenza tecnica e richiede una serie di indagini di natura prevalentemente psicologica, che dimostri la presenza di un transessualismo irreversibile, fondato sulla coscienza e volontà di appartenere ad un sesso diverso da quello somatico apparente.

Stabilire che si tratta di un individuo con disforia di genere vuol dire ritenere che la persona possa trarre effettivamente giovamento dall'iter di adeguamento tra identità fisica e identità psichica.

La diagnosi del transessualismo è legata all'identità sessuale del soggetto, che è duplice (psichica e somatica) e contrapposta.

Quella psichica è dominante e determinante, per cui gli accertamenti iniziali richiedono indagini psicologiche, fondate sull'anamnesi e sull'esplorazione specialistica anche mediante prove testologiche. L'accertamento dei caratteri somato-sessuali è finalizzato all'evidenziazione di caratteri somatici e genitali contrastanti con la psicosessualità già accertata nel soggetto in esame. Tuttavia, poiché nella maggior parte dei casi arrivano in sede giudiziaria transessuali che hanno già realizzato un trattamento ormonale produttivo di importanti modifiche dei caratteri somatici e sessuali originali, nell'esame obiettivo si individuano tratti somatici misti, di aspetto maschile e femminile.

Il punto di partenza è l'indagine cromosomica che, evidenziando la presenza di un cariotipo XX o XY, esclude la presenza di alterazioni a questo livello.

Una seconda indagine è relativa alla funzionalità endocrinologica di base per accertare se vi siano alterazioni o l'assetto ormonale risulta invece conforme al sesso biologico della persona.

La terza indagine è relativa all'assetto psichico della persona che viene indagato attraverso colloqui clinici, anamnesi e test psicodiagnostici.

4.1. Il colloquio clinico

Attraverso il *colloquio clinico* il soggetto deve apparire vigile, cosciente, orientato nei parametri spazio-temporali. L'eloquio deve essere normale, corso e contenuto del pensiero corretti sotto l'aspetto formale, non si devono riscontrare fenomeni dispercettivi, né contenuti del pensiero a carattere delirante. Non si devono evidenziare disturbi della strutturazione, della forma e del contenuto del pensiero caratteristici di condizioni psicotiche. Le capacità intellettive devono essere conservate, la memoria sia di fissazione che di rievocazione deve essere nella norma così come il tono dell'umore. Non si devono evidenziare sintomi di derealizzazione e/o depersonalizzazione. L'identità di genere psico-sessuale maschile/femminile durante il colloquio deve risultare già da tempo sufficientemente delineata. Verrà data particolare rilevanza al fatto che il soggetto abbia effettuato il Real life Test (test di vita reale) e cioè abbia vissuto nei panni del sesso desiderato per almeno un anno prima di giungere alla richiesta di RCS. Tale test, come spiegano Baldaro Verde e Graziottin (1991) "prevede che il soggetto viva stabilmente negli abiti e nel ruolo del sesso desiderato", in modo da gestire la propria identità di genere nella vita di tutti i giorni. Il test di vita reale serve a valutare la decisione del paziente, la sua capacità di funzionare nel genere preferito, e l'adeguatezza del supporto sociale, economico e psicologico.

È importante che il soggetto sia consapevole del fatto che anche dopo l'intervento di RCS la sua nuova condizione fisica l'avvicinerà sempre di più all'ideale di uomo/donna ricercato ma non sarà mai tale nella totalità del significato. A questo proposito andranno esamina-

te le motivazioni ed in modo particolare le aspettative di questi soggetti. Nella maggior parte dei casi dichiarano di vivere difficoltà dovute a insicurezza, isolamento sociale e sfiducia in loro stessi, senso di inadeguatezza rispetto al proprio corpo che viene vissuto come incompleto e inadeguato (Dèttore, 2005).

Durante il colloquio emergono le difficoltà che questi soggetti incontrano nelle relazioni con gli altri nell'ambiente di lavoro, quando devono esibire un documento di identità e come vivono questa situazione in modo nettamente negativo e frustrante. Regolarizzando lo stato anagrafico al sesso psichico potranno realizzare il loro inserimento sociale, giungendo alla sintonia tra loro e gli altri.

Durante il colloquio emerge il presupposto fondamentale per la definizione di sindrome transessuale e cioè il fatto che è il soggetto ad autodiagnosticarla, è lui stesso a riconoscersi come transessuale.

Questi soggetti nel corso dei colloqui dichiarano di non essere omosessuali, ma di essere "trans", specificando che molti soggetti che vivono problematiche analoghe alla loro confondono l'omosessualità con il transessualismo.

4.2. L'anamnesi

Attraverso l'*anamnesi* il CTU ottiene informazioni utili sulla vita del soggetto, ripercorrendo insieme a lui l'infanzia e l'adolescenza, fino ad arrivare all'età adulta.

Le informazioni inerenti l'anamnesi familiare saranno utili da un lato per escludere eventuali precedenti psichiatrici familiari e dall'altra per verificare che tipo di rapporto ha avuto ed ha attualmente il soggetto con la famiglia d'origine in relazione al suo vissuto. Sarà importante accertare in questo senso anche il rapporto con eventuali fratelli e/o sorelle, l'età in cui il soggetto ha parlato alla famiglia del suo disagio, le reazioni che hanno avuto e come lui ha vissuto tutto questo.

Nei maschi, l'identificazione col sesso opposto si manifesta con un eccessivo interesse per le tradizionali attività femminili. Essi possono preferire indossare abiti da ragazza o da donna o possono improvvisare questi articoli con i materiali a disposizione quando i capi autentici non sono disponibili. Asciugamani, grembiuli e sciarpe vengono spesso usati per raffigurare capelli lunghi o gonne. Esiste

una forte attrattiva verso i giochi e i passatempi tipici delle ragazze. Può loro piacere particolarmente giocare alla casa, disegnare belle ragazze e principesse, e guardare programmi o video dei loro personaggi femminili preferiti. Le tipiche bambole con sembianze femminili, come la Barbie, sono spesso giocattoli preferiti e i compagni di gioco preferiti sono le bambine. Quando giocano alla “casa”, questi bambini recitano ruoli femminili, più comunemente “le parti della mamma”, e sono spesso eccessivamente interessati ai personaggi femminili della loro fantasia. Essi evitano i giochi che implicano baruffe e gli sport competitivi, ed hanno scarso interesse per le macchine e i camion o per altri giocattoli non aggressivi ma tipici dei maschi. Essi possono manifestare il desiderio di essere bambine, o sostenere che quando cresceranno diverranno donne. Possono insistere per urinare seduti e far finta di non avere il pene stringendolo tra le gambe. Più raramente, i maschi con disforia di genere possono sostenere di trovare disgustoso il proprio pene o i testicoli, di volersene sbarazzare, oppure di avere, o di desiderare, una vagina.

Le ragazze con disforia di genere manifestano intense reazioni negative nei confronti delle aspettative dei genitori o dei tentativi di far loro indossare vestiti o altri capi femminili. Alcune possono rifiutare di frequentare la scuola o altri avvenimenti sociali dove possono essere richiesti tali abiti. Preferiscono l'abbigliamento maschile e i capelli corti, sono spesso scambiate per maschi dagli estranei, e possono chiedere di essere chiamate con nomi maschili. Gli eroi della loro fantasia sono molto spesso personaggi maschili potenti come Batman o Superman. Queste bambine preferiscono giocare con i maschi, con cui condividono l'interesse per gli sport che implicano contatto fisico, per giochi violenti, e per giochi maschili tradizionali. Vi è scarso interesse per le bambole o per ogni altro tipo di gioco che comporti agghindarsi o rappresentare parti femminili. Una bambina con questo disturbo può talvolta rifiutarsi di urinare in posizione seduta. Può sostenere di avere un pene, o che questo le crescerà, e può non volere che cresca il seno o che vengano le mestruazioni. Può sostenere che quando crescerà sarà un uomo. Queste bambine tipicamente mostrano una notevole identificazione col sesso opposto nella scelta dei ruoli, nei sogni, e nelle fantasie.

Nei bambini piccoli, spesso il disagio si manifesta tramite la dichiarata scontentezza riguardo alla propria assegnazione sessuale.

L'eccessivo coinvolgimento nel desiderio di appartenere al sesso opposto di frequente interferisce con le attività ordinarie.

Nei bambini più grandi, l'incapacità di sviluppare esperienze e rapporti adeguati per l'età coi compagni dello stesso sesso porta sovente all'isolamento e al disagio, e alcuni bambini possono rifiutare di andare a scuola per le prese in giro o per le pressioni ad indossare abbigliamenti tipici del proprio sesso.

Anche negli adolescenti e negli adulti, l'eccessivo coinvolgimento nel desiderio di appartenere all'altro sesso frequentemente interferisce con le attività ordinarie. Sono comuni difficoltà relazionali, e il rendimento a scuola o sul lavoro può essere compromesso.

Gli adulti con disforia di genere sono assorbiti dal proprio desiderio di vivere come un membro dell'altro sesso. Questo pensiero può manifestarsi come un intenso desiderio di adottare il ruolo sociale dell'altro sesso o di acquisire l'aspetto fisico dell'altro sesso tramite manipolazioni ormonali o chirurgiche. Gli adulti con questo disturbo sono infastiditi quando sono considerati dagli altri, oppure quando si comportano nella società, come membri del sesso che è loro assegnato. In vari gradi, essi adottano il comportamento, i vestiti e gli atteggiamenti dell'altro sesso. In privato, questi soggetti trascorrono molto tempo travestiti, cercando di apparire come membri dell'altro sesso. Molti tentano di farsi passare in pubblico come membri dell'altro sesso. Col travestimento e con le cure ormonali (e, per i maschi, con l'epilazione mediante elettrolisi) molti soggetti con questo disturbo possono passare in modo convincente per soggetti dell'altro sesso. L'attività sessuale di questi soggetti con partner dello stesso sesso è di solito limitata dalla preferenza che i partner non vedano e non tocchino i loro genitali. Per alcuni maschi che giungono all'osservazione più tardi (spesso dopo il matrimonio), l'attività sessuale con una donna è accompagnata dalla fantasia di essere lesbiche o che la partner sia un uomo ed esse siano donne (APA, 2013).

Attraverso l'anamnesi e il colloquio clinico si arriva a poter affermare che i soggetti presentano un'identità di genere psicosessuale femminile/maschile che risale alla pre-adolescenza e che si è andata sempre più strutturando, nel corso degli anni, attraverso un processo di femminilizzazione/mascolinizzazione sia corporea che ideativa.

4.3. L'esame obiettivo generale

Nella maggior parte dei casi, come già precedentemente accennato, i soggetti che arrivano in sede giudiziaria hanno già realizzato un trattamento ormonale. Di conseguenza, nell'esame obiettivo si individuano tratti somatici misti, di aspetto maschile e femminile. Ciò che emerge in questa fase è che nei transessuali M/F la somministrazione di estrogeni e di antiandrogeni determina un rallentamento della crescita pilifera e della barba. Oltre allo sviluppo delle mammelle, sebbene molto lento e graduale, si assiste anche a una redistribuzione in senso femminile dell'adipe soprattutto su cosce, fianchi e volto. La somministrazione di antiandrogeni ed estrogeni determina anche una riduzione del volume testicolare e, anche se limitata, del tessuto penieno con erezioni di minor frequenza e durata (Belgrano *et al.*, 1999).

Il soggetto si presenta solitamente con capelli lunghi, lineamenti sottili, unghie ben curate, viso truccato, voce flemmatica, movimenti ancheggianti. Il seno ha un aspetto morfologicamente femminile, i genitali esterni presentano un pene in stato di flaccidità.

Per quanto riguarda i transessuali F/M la somministrazione di ormoni androgeni, in particolare di testosterone determina l'aumento di numero dei peli, l'acquisizione di caratteristiche (pigmento, consistenza e distribuzione) di tipo maschile, modificazione delle caratteristiche della cute e delle secrezioni sudoripare e sebacee in senso maschile, abbassamento della voce, aumento della massa e della forza muscolare, ingrossamento della clitoride e soppressione dell'attività ovarica e delle mestruazioni. La somministrazione di testosterone, pur non avendo un'influenza diretta sulle ghiandole mammarie, ne determina una riduzione del volume e della sua consistenza (Belgrano *et al.*, 1999).

Il soggetto si presenta quindi in abbigliamento maschile, con capelli corti con taglio da uomo, il modo di prospettarsi, di dare la mano, di guardare l'interlocutore è maschile. Emerge quindi, accanto all'aspetto esteriore da uomo, la consuetudine ad atteggiarsi come tale. Sul piano somatico solitamente il seno è atonico, appiattito sul torace, dove da anni viene messa una fascia compressiva.

4.4. I test psicodiagnostici

Per poter arrivare ad una corretta diagnosi di disforia di genere il CTU potrà avvalersi anche dell'uso di test psicodiagnostici o, nel caso in cui il CTU nominato non abbia le competenze per farlo ma ritenga necessario somministrarli, può avvalersi di uno psicologo con determinate competenze.

Da numerose ricerche (Canepa Montolivo, 1990; Riva, 1985; Canestrari, 1988; Blanchard, 1985, 1989) sulla problematica transessuale emerge direttamente il bisogno di strutturare una batteria di test di personalità, per raccogliere le informazioni relative all'inquadramento diagnostico di soggetti che si presentano alla consulenza autodefinendosi transessuali e richiedono la RCS, e per valutare i risultati dell'intervento attuato in sede terapeutica. Tale batteria dovrebbe assolvere a diverse funzioni tra le quali: esame globale della struttura di personalità (indagine della struttura dell'Io, esame dei meccanismi di difesa, del senso di realtà); esame approfondito della problematica relativa all'identità di genere (storia sessuale, desiderio di cambiamento di sesso, vissuto corporeo); esame delle motivazioni profonde per la richiesta di RCS; indagine delle aspettative circa la RCS. I test che vengono più comunemente utilizzati in questo tipo di CTU sono:

1. W.A.I.S. (Wechsler Adult Intelligence Scale; Wechsler, 1974);
2. T.A.T. (Thematic Apperception Test; Murray, 1943);
3. Test di RORSCHACH (Rorschach, 1921);
4. Z-Test (Zulliger Test; Zulliger, 1942);
5. D.F.U. (Disegno della Figura Umana; Machover, 1969);
6. M.M.P.I.-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory; Tellegen *et al.*, 2003);
7. Q.D.N. (Questionario della Dimensione Narcisistica; Scilligo, 1988);
8. P.A.Q. (Personal Attributes Questionnaire; Spence *et al.*, 1974);
9. A.A.I. (Adult Attachment Interview; George *et al.*, 1985);
10. B.S.R.I. (Bem Sex Roles Inventory; Bem, 1974);
11. F.I.G. (Feminine Gender Identity; Freund *et al.*, 1974);
12. SESAMO (Sexrelation Evaluation Schedule Assessment Monitoring; Boccadoro *et al.*, 1996);
13. T.I.P.E. (Test Induzione Psico-Erotica; Torre, Abraham, 2006).

Con l'uso delle scale W.A.I.S., oltre a valutare il livello intellettuale, si possono ottenere dati interessanti sulle differenze tra i sessi.

Infatti, i maschi ottengono, di solito, un quoziente di performance più alto rispetto alle femmine, che, viceversa, ottengono punteggi più alti nel quoziente verbale. Si tratta comunque di una differenza puramente indicativa: gli stili cognitivi sono influenzati fortemente dall'educazione, in particolare dal livello culturale della coppia genitoriale. Lo stile cognitivo del figlio, infatti, è tanto più androgino quanto più è elevato il livello culturale dei genitori (Baldaro Verde e Graziottin, 1991). Le scale W.A.I.S. possono anche dare indicazioni sulla motivazione, la tolleranza alla frustrazione e il pensiero di base, aspetti molto importanti nella valutazione dei soggetti transessuali. Tali aspetti, infatti, indicano l'assenza o meno di tratti psicopatologici, e la probabilità di riuscita del riassetto sessuale e del successivo adattamento del soggetto (Canepa, Montolivo, 1990).

Il profilo di personalità si realizza con il contributo dei dati ottenuti dai seguenti test: M.M.P.I., RORSCHACH, Z-TEST, T.A.T., D.F.U.; in tal modo è più facile far emergere tratti patologici della personalità, relativamente a particolari sindromi dissociative, spunti paranoici o fobici gravi e gravi forme depressive.

L'M.M.P.I. è un test ad ampio spettro che si utilizza per valutare le principali caratteristiche strutturali di personalità e i disordini di tipo emotivo.

Il T.A.T., il RORSCHACH, lo Z-TEST e il D.F.U. forniscono una descrizione dinamica dei processi intrapsichici. Permettono inoltre di stabilire il senso di realtà del paziente, il grado di sviluppo delle funzioni cognitive (con l'ausilio della W.A.I.S.), la stabilità emotiva, la natura dei processi difensivi, la natura delle relazioni interpersonali (Riva, 1985; Canestrari, 1988). Questi tipi di test considerano la personalità nel suo complesso in modo sistematico. Si basano sul fatto che, nell'esecuzione di determinati compiti, il soggetto tende a "proiettare" se stesso in quel compito, rivelando così le caratteristiche della sua personalità. In genere, vengono sottoposte al soggetto delle situazioni "ambigue" molto semplici che devono essere completate.

Il T.A.T. è stato elaborato per misurare i diversi "bisogni psicologici". Attraverso le storie che i soggetti raccontano partendo da tavole a loro presentate, vengono rilevati aspetti importanti dei bisogni, delle at-

titudini, dei conflitti, delle aspirazioni e del concetto che hanno di loro stessi.

Il test di RORSCHACH consiste nel somministrare al soggetto delle tavole con “macchie d’inchostro”. Considerando il fatto che il modo di percepire dell’individuo è in rapporto alla sua personalità, le macchie d’inchostro costituiscono materiale ambiguo adatto a rivelare differenze individuali nel modo di percepire.

Il CTU può decidere di sostituire la somministrazione del RORSCHACH con quella dello Z-TEST.

Lo Z-TEST è basato sugli stessi meccanismi proiettivi di risposta del soggetto su cui si basa il RORSCHACH. Attraverso la somministrazione del test si ottiene uno schema della struttura psichica del soggetto che permette precisazioni sul tipo e grado di intelligenza, sulle sue capacità adattive e la formazione del suo carattere. Rispetto al test di Rorschach, lo Z-test ha una migliore facilità d’impiego e si rivela molto più agile nella somministrazione e nella siglatura, benché fornisca una quantità minore di informazioni.

Il D.F.U. consiste nel far disegnare al soggetto delle figure umane, anche questo test mira ad evidenziare la percezione che il soggetto ha di se stesso comprensiva anche di identità sessuale.

L’A.A.I. (Adult Attachment Interview; George *et al.*, 1985) è un’intervista semistrutturata che affronta diverse tematiche relative all’attaccamento, a partire dall’infanzia del soggetto, attraverso riflessioni generali e valutazioni complessive delle esperienze.

Oltre ai test sopraelencati è necessaria anche la somministrazione di test specifici che valutino le dimensioni di personalità ritenute fondamentali nella manifestazione della sindrome transessuale e cioè: l’identità di genere, l’immaginario erotico, i tratti di mascolinità e femminilità, la storia sessuale e la percezione corporea.

Per quanto riguarda l’identità di genere è importante somministrare in questi casi le scale di femminilità e mascolinità come il B.S.R.I. (Bem Sex Roles Inventory), il P.A.Q. (Personal Attributes Questionnaire), il F.I.G. (Feminine Gender Identity). Per quanto riguarda l’immaginario erotico viene somministrato il TIPE (Test di Induzione Psico-Erotica).

Il B.S.R.I. è un test fondato sul concetto di androginia psicologica, è costruito in modo da dare due tipi di punteggi, uno di mascolinità e uno di femminilità intercorrelati tra loro.

Il P.A.Q. indaga sulle caratteristiche di mascolinità e femminilità, e sugli atteggiamenti circa i ruoli sessuali e gli stereotipi sessuali.

Il F.I.G., infine, valuta l'identità femminile di genere nei maschi, in questo contesto il termine identità di genere è stato usato come è stato definito da Money e coll. (1955-1957) e cioè come l'unità e la persistenza dell'individualità di una persona quale maschio o femmina, in maggiore o minore grado, specie come esperita nell'autoconsapevolezza e nel comportamento. Gli item sono quindi costruiti utilizzando gli elementi segnalati in letteratura come necessari per fare una diagnosi di transessualismo.

Il SESAMO è una metodica di indagine psicodiagnostica che esplora gli aspetti sessuali e relazionali, normativi e disfunzionali, in soggetti single o con vita di coppia.

Il Q.D.N. (Questionario della Dimensione Narcisistica) rileva i tre livelli della grandiosità e dell'idealizzazione narcisistica sulla base della concettualizzazione di Kohut.

Viene rilevato un maggior livello di patologia nei test proiettivi rispetto ai questionari di autovalutazione, perciò è solamente in base ad una valutazione complessiva che può essere diagnosticata una struttura di personalità sufficientemente solida da poter affrontare il profondo disagio del programma di trasformazione del genere.

L'immagine corporea, la percezione del proprio corpo e la soddisfazione per il proprio corpo costituiscono un'area di interesse molto importante nella valutazione e nella diagnosi del transessualismo.

Alcuni strumenti sono stati inoltre costruiti per valutare in modo specifico la disforia di genere e possono essere utilizzati per approfondire la diagnosi: Recalled Childhood Gender Identity/Gender Role Questionnaire (Zucker *et al.*, 2006), Body Image Scale (Lindgren, Pauly, 1975), Utrecht Gender Dysphoria Scale (Cohen-Kettenis, van Goozen, 1997).

5. Conclusioni

Ad oggi non è stata ancora delineata una procedura standard che permetta di strutturare un protocollo per lo studio della personalità e la diagnosi dei soggetti transessuali. I test psicodiagnostici utilizzati

in questo tipo di procedure, infatti, seguono modelli di perizia adottati in altri settori come quello civile e penale.

Sarebbe auspicabile realizzare un modello di intervista clinica che renda possibile il rilevamento non solo di semplici dati anamnestici ma anche di quelli relativi al percorso evolutivo intrapreso dal paziente che richiede la RCS, che consentirebbe inoltre un confronto delle informazioni indispensabile per un approccio scientifico allo studio del fenomeno.

Attraverso una scheda impostata ad hoc per i soggetti che richiedono un intervento di RCS, il CTU otterrebbe dati relativi a diverse aree tra cui:

- Anamnesi medica: malattie organiche, problemi endocrinologici, neurologici, di interesse psichiatrico
- Dati personali, relativi alla famiglia di origine e alla famiglia attuale
- Situazione lavorativa
- Carriera scolastica
- Percorso evolutivo dalle prime fasi dello sviluppo alla pubertà ed età adulta
- Storia sessuale dalle prime esperienze al momento attuale
- Motivazioni
- Aspettative
- Senso di realtà
- Livello di informazione circa la RCS

Ogni area indagata, nel corso dell'intervista così strutturata, verrebbe approfondita utilizzando gli opportuni test psicologici.

Una grande importanza è data dalla possibilità di fare un percorso psicoterapeutico pre e post-operatorio. Nella fase preoperatoria la psicoterapia può utilmente accrescere la consapevolezza del soggetto circa le possibili future difficoltà relazionali e adattamento sociale, riducendo anche il livello di aspettativa riguardo al trattamento correttivo.

La fase psicoterapica successiva all'intervento è destinata all'approfondimento dei problemi psicosociali conseguenti all'intervento medesimo.

L'opportunità al sostegno psicologico pre e post-operatorio scaturisce da tre considerazioni:

- a) il problema del transessuale è molto complesso, soprattutto dal punto di vista psichico;
- b) l'adeguamento del sesso nella direzione desiderata non può essere affidata al solo bisturi, ma deve essere effettuato in modo polispecialistico;
- c) non si può mutilare profondamente una persona, munirla di un pseudo-sesso anatomico e poi abbandonarla a se stessa senza sostenerla ed aiutarla.

In questo capitolo il nostro intento è stato quello di dare delle linee guida per effettuare nel miglior modo possibile una CTU nei casi di riattribuzione chirurgica del sesso.

Nel momento in cui il CTU si trova a dover rispondere ad uno dei quesiti precedentemente menzionati da parte del giudice è importante che abbia gli strumenti adeguati per poter analizzare questo tipo di situazione, nel rispetto del vissuto e del futuro benessere della persona.

In effetti, la stessa summenzionata legge 164 del 1982, rispetta, evidentemente, il significato di Salute cui fa riferimento l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), laddove viene definita come "... stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia...", e viene considerato un diritto e come tale si pone alla base di tutti gli altri diritti fondamentali che spettano alle persone. La "promozione della salute" è il processo che consente alle persone di acquisire un maggior controllo della propria salute (quindi nel completo benessere fisico, psichico e sociale...) e di migliorarla (Carta di Ottawa per la Promozione della Salute-Ginevra 1986). In questo senso, la finalità della relazione del CTU dovrebbe essere quella di poter permettere al transessuale una migliore qualità della vita.

Riferimenti bibliografici

- Acocella A.M. (2006), *I disturbi dell'identità di genere in età evolutiva*, in Chianura L., Ravenna A.R., Ruggeri V., a cura di, *Esistenze possibili. Clinica, ricerca e percorsi di vita nei disturbi dell'identità di genere*, Edizioni Universitarie Romane, Roma.
- Affatati V., Di Nicola V., Santoro M., Bellomo A., Todarello G., Todarello O. (2004), "La psicoterapia dei disturbi dell'identità di genere: problemi e prospettive", *Medicina Psicosomatica*, 49, 1-2: 57-64.
- Al-Akour N. (2009), "Relationship between parental knowledge of fetal gender and newborns' birthweight among Jordanian families", *International Journal of Nursing Practice*, 15: 105-111.
- Amann Gainotti M. (2001), *Diventare uomo, diventare donna. Problemi psicologici e sociali dello sviluppo sessuale*, Angelo Guerini, Milano.
- American Psychiatric Association (APA) (1980), *Diagnostic and statistical manual of mental disorder (3th edition)*, Washington, DC.
- American Psychiatric Association (APA) (1987), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed. text revision)*, Washington, DC.
- American Psychiatric Association (APA) (1994), *Diagnostic and statistical manual of mental disorder (4th edition)*, Washington, DC.
- American Psychiatric Association (APA) (2000), *Diagnostic and statistical manual of mental disorder (4th edition-text revised)*, Washington, DC.
- American Psychiatric Association (APA) (2013), *Diagnostic and statistical manual of mental disorder (5th edition)*, Washington D.C.
- Bailey J.M., Zucker K.J. (1995), "Childhood sex-typed behavior and sexual orientation: A conceptual analysis and quantitative review", *Developmental Psychology*, 31:43-55.
- Baldaro Verde J., Graziottin A. (1991), *L'enigma dell'identità. Il transsexualismo*, Edizioni Gruppo Abele, Torino.
- Baldaro Verde J., Pallanca G.F. (1984), *Illusioni d'amore*, Cortina, Milano.
- Bartlett N. H., Vasey P. L., Bukowski W. M. (2000), "Is gender identity disorder in children a mental disorder?", *Sex Roles: A Journal of Research*, 43, 11-12: 753-785.
- Baumeister R.F. (2004), "Gender and erotic plasticity: Sociocultural Influences on the Sex Drive", *Sexual and Relationship Therapy*, 19(2): 133-139.
- Belgrano E., Fabris B., Trombetta C., a cura di (1999), *Il transsexualismo. Identificazione di un percorso diagnostico e terapeutico*, Editrice Kurtis, Milano.
- Bem S.L. (1974), "The measurement of psychological androgyny", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42: 155-162.
- Bem S.L. (1993), *The lenses of gender: Transforming the debate on sexual inequality*, CT: Yale University Press, New Haven.
- Benjamin H. (1953), "Travestitism and transsexualism", *International Journal of Sexology*, 7:12-14.

- Benjamin H. (1966), *The Transsexual Phenomenon*, Julian Press, New York.
- Bergeret J., a cura di (1984), *Psicologia patologica*, Masson, Milano 1991.
- Blakemore J.E.O., Berenbaum S.A., Liben L.S. (2009), *Gender Development*, Psychology Press, New York.
- Blanchard R. (1985), "Gender dysphoria, gender reorientation and the clinical management of transsexualism", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 3: 295-304.
- Blanchard R., ed. (1989), "The classification and labeling of nonhomosexual gender dysphorias", *Archives of Sexual Behavior*, 18, 4: 315-334.
- Boccardo L., et al., (1996), *SESAMO: Sexuality Evaluation Schedule Assessment Monitoring. Approccio differenziale al profilo idiografico psicosexuale e socioaffettivo*, O.S. Organizzazioni Speciali, Firenze.
- Bockting W.O. (2008), "Psychotherapy and the real-life experience; from gender dichotomy to gender identity", *Sexologies*, 17: 211-224.
- Bockting W.O., Coleman E. (1991), "A comment on the concept of transhomosexuality, or the dissociation of the meaning", *Archives of Sexual Behavior*, 20, 4: 419-421.
- Bower H. (2001), "The gender identity disorder in the DSM-IV classification: a critical evaluation", *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35: 1-8.
- Bradley S., Zucker K. (1997), "Gender identity disorder: a review of the past 10 years", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 7: 872-880.
- Burr V. (2000), *Psicologia delle differenze di genere*, Il Mulino, Bologna.
- Butler J.R. (2003), "Transgender DeKalb: observations of an advocacy campaign", *Journal of Homosexuality*, 45, 2-4: 277-96.
- Bybee J., ed. (1998), *Guilt and children*, New York, Academic Press.
- Byne W., Bradley S.J., Coleman E., Eyer A.E., Green R., Menvielle E.J., Meyer-Bahlburg H.F.L., Pleak R.R., Tompkins D.A. (2012), "Report of the American Psychiatric Association Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder", *Archives of Sexual Behavior*, 41: 759-796.
- Cammarella A. (2002), *Il disturbo dell'identità di genere in adolescenza*, in Ammaniti M., a cura di, *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Campo J., Nijman H., Merckelbach H., Evers C. (2003), "Psychiatric comorbidity of gender identity disorders: a survey among Dutch psychiatrists", *American Journal of Psychiatry*, 160, 7: 1332-6.
- Canepa G., Montolivo A. (1990), "Verifica delle indicazioni e validità del consenso al trattamento chirurgico del transessuale", *Archivio Italiano di Urologia*, LXII: 93-99.
- Canestrari M. (1988), *Uomo o donna. Contributo psicodiagnostico allo studio del transessualismo*, Roma, CLUEB.
- Canestrari R., Godino A. (2007), *La psicologia scientifica – Nuovo trattato di Psicologia Generale*, CLUEB, Bologna.
- Canestrari R., Godino A., Canestrari M. (1989), "Cross-gender identity and gender identity problems in treated intersexuals", *Giornale Italiano di Psicologia Clinica e della Cultura*, I, 1: 91-95.
- Carroll R.A. (2000), "Assessment and Treatment of Gender Dysphoria", *Journal of Sex Education and Therapy*, 24: 128-136.
- Carver P.R., Yunger J.L., Perry D.G. (2003), "Gender identity and adjustment in middle childhood", *Sex Roles*, 49, 3-4: 95-109.
- Cauldwell D.O. (1949), "Psychopathia transsexualis", *Sexology*, 16: 274-280.
- Chianura L., Mosconi M. (2006), *I disturbi dell'identità di genere in età evolutiva*, in Chianura L., Ravenna A.R., Ruggeri V., a cura di, *Esistenze possibili. Clinica, ricerca e percorsi di vita nei disturbi dell'identità di genere*, Edizioni Universitarie Romane, Roma.
- Clare D. (1987), "Transsexualism, gender dysphoria, and transhomosexuality", in Abstract, *10th International Symposium on Gender Dysphoria*, Amsterdam, The Netherlands.
- Clare D. (1989), "Transhomosexuality, or the dissociation of sexual orientation and sex object choice", *Archives of Sexual Behavior*, 18, 6: 531-536.

- Coates S., Cook C. (2001), *Disturbi dell'identità di genere*, in Ammaniti M., a cura di, *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Coates S., Friedman R.C., Wolfe S. (1995), "L'eziologia del disturbo dell'identità di genere del bambino: un modello per integrare il temperamento, lo sviluppo e la psicodinamica", *Psicoterapia e scienze umane*, 4: 7-14.
- Coates S., Wolfe S. (1995), "Gender identity disorder in boys: the interface of constitution and early experience", *Psychological Inquiry*, 15: 6-38.
- Cohen-Kettenis P.T. (2001), "Gender identity disorder in DSM?", *Journal of the American Academy of Children and Adolescent Psychiatry*, 40: 391 (Letter).
- Cohen-Kettenis P.T. (2003), comunicazione accademica presso l'ARIRI di Bari.
- Cohen-Kettenis P.T., Owen A., Kaijser V., Bradley S., Zucker K. (2003), "Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: a cross-national, cross-clinic comparative analysis", *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 1: 41-53.
- Cohen-Kettenis P.T., Pfäfflin F. (2003), *Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence: making choices*, Sage Publication, Thousand Oaks.
- Cohen-Kettenis P.T., Pfäfflin F. (2010), "The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults", *Archives of Sexual Behavior*, 39: 499-513.
- Cohen-Kettenis P.T., van Goozen S.H. (1997), "Sex reassignment of adolescent transsexuals: a follow-up study", *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 36(2): 263-71.
- Coleman E., Bockting W., Botzer M., Cohen-Kettenis P., DeCuypere G., Feldman J., Fraser L., Green J., Knudson G., Meyer W.J., Monstrey S., Adler R.K., Brown G.R., Devor A.H., Ehrbar R., Ettner R., Eyler E., Garofalo R., Karasic D.H., Lev A.I., Mayer, G., Meyer-Bahlburg H., Hall B.P., Pfaefflin F., Rachlin K., Robinson B., Schechter L.S., Tangpricha V., van Trotsenburg M., Vitale A., Winter S., Whittle S., Wylie K.R., Zucker K. (2011), "Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7", *International Journal of Transgenderism*, 13: 165-232.
- Conway L. (2002), "How Frequently Does Transsexualism Occur?", Testo disponibile al sito dal 17 Dicembre 2002, <http://ai.eecs.umich.edu/people/conway/TS/TSprevalence.html>.
- Courtenay W.H. (2000), "Constructions of masculinity and their influences on men's well-being: a theory of gender and health", *Social Science and Medicine*, 50: 1385-1401.
- Crépault C. (1989), *Dal seme di Eva. Saggio sulla differenziazione dello sviluppo psicosessuale*, FrancoAngeli, Milano.
- Crouter A.C., Whiteman S.D., McHale S.M., Osgood D.W. (2007), "Development of gender attitude traditionally across middle childhood and adolescence", *Child Development*, 78: 911-926.
- D'Amico R. (2002), *Vittime e guerrieri: comportamenti aggressivi in una prospettiva di genere*, in Gelli B.R., a cura di, *Voci di donne*, Piero Manni, Lecce.
- Daniluk J.C. (1998), *Women sexuality across the life span*, Guilford, New York.
- De Cuypere G., Elaut E., Heylens G., Van Maele G., Selvaggi G., T'Sjoen G., Rubens R., Hoebeke P., Monstrey S. (2006), "Long-term follow-up: psychosocial outcome of Belgian transsexuals after sex reassignment surgery", *Sexologies*, 15: 126-133.
- Del Re G., Bazzo G. (1995), *Educazione sessuale e relazionale-affettiva*, Erickson, Trento.
- Dell M.L., Dulcan M.K. (1998), *Childhood and adolescent development*, in Stoudemire A., ed., *Human Behavior*, Lippincott-Raven, Philadelphia.
- Deogracias J.J., Johnson L.L., Meyer-Bahlburg H.F., Kessler S.J., Schober J.M., Zucker K.J. (2007), "The gender identity/gender Dysphoria questionnaire for adolescents and adults", *Journal of Sex Research*, 44, 4: 370-379.
- Dèttore D., a cura di (2005), *Il Disturbo dell'identità di genere. Diagnosi, eziologia, trattamento*, McGraw-Hill, Milano.
- Dèttore D., Lambiase E. (2011), *La fluidità sessuale. La varianza dell'orientamento e del comportamento sessuale*, Alpes, Roma.

- Dhejne C., Lichtenstein P., Boman M., Johansson A.L., Långström N., Landén M. (2011), "Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden", *Plos One*, 22; 6 (2): e16885.
- Di Ceglie D. (1995), "Gender identity disorders in children and adolescents", *British Journal of Hospital Medicine*, 53: 251-256.
- Di Ceglie D. (2000), "Gender identity disorder in young people", *Advances in Psychiatric Treatment*, 6: 458-466.
- Di Ceglie D., Freedman D., McPherson S., Richardson P. (2002), "Children and Adolescents Referred to a Specialist Identity Service: Clinical Features and Demographic Characteristics.", *International Journal of Transgenderism*, 6: 1-18.
- Diamond L.M. (2002), "Sex and gender are different: Sexual identity and gender identity are different", *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7: 320-334.
- Diamond L.M., (2008), *Sexual fluidity: understanding women's love and desire*, University Press, Harvard, Cambridge, MA.
- Diamond L.M., Butterworth M. (2008), "Questioning gender and sexual identity: dynamic links over time", *Sex Roles*, 59: 365-376.
- Drescher J., Cohen-Kettenis P., Winter S. (2012), "Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11", *International Review of Psychiatry*, 24 (6): 568-577.
- Egan S., Perry D. (2001), "Gender identity: a multidimensional analysis with implications for psychosocial adjustment", *Developmental Psychology*, 37, 4: 451-463.
- Ehrensaft D. (2001), *Raising girlyboys: A parent's perspective*, Paper presented at the spring meeting of the APA Division 39, Santa Fe, NM.
- Elliott R. (2000a), "Victory for transgendered people in gaining protection against discrimination", *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Review*, 5, 4: 16-18.
- Elliott R. (2000b), "Panel recommends significant changes to federal law against discrimination", *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Review*, 5, 4: 15-16.
- Erikson E.H. (1959), *Identity and the circle of life*, International University Press, New York.
- Erikson E.H. (1968a), *Identity: Youth and crisis*, Norton, New York (tr.it. *Gioventù e crisi d'identità*, Armando, Roma, 1974).
- Erikson E.H. (1968b), *Infanzia e società*, Armando, Roma.
- Fabris B., De Vanna M., Scapin L. (1999), *Definizione e inquadramento nosografico*, in Belgrano E., Fabris B., Trombetta C., a cura di, *Il Transessualismo. Identificazione di un percorso diagnostico e terapeutico*, Kurtis, Milano.
- Feder E.K. (1997), "Disciplining the family: The case of gender identity disorder", *Philosophical Studies*, 85: 195-211.
- Feldman J., Bockting W. (2003), "Transgender health", *Minnesota Medicine*, 86, 7: 25-32.
- Felici A. (2006), *Tecniche di riassegnazione chirurgica di sesso*, in Chianura L., Ravenna A.R., Ruggeri V., a cura di, *Esistenze possibili. Clinica, ricerca e percorsi di vita nei disturbi dell'identità di genere*, Edizioni Universitarie Romane, Roma.
- Ferrucci G. (2006), *Disturbi dell'identità di genere*, in Guidetti V., Galli F., a cura di, *Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, Il Mulino, Bologna.
- Franchini A. (1985), *Medicina legale*. CEDAM, Padova.
- Frankel H. (1853), "Homo mollis", *Medizinische Zeitung*, 22: 102-103.
- Freud S. (1905), *Tre saggi sulla teoria sessuale* (trad. it. *Opere*, vol. IV, Boringhieri, Torino 1967-80).
- Freund K., Nagler E., Langevin R., Zajac A., Steiner B. (1974), "Measuring Feminine Gender Identity in homosexual males", *Archives of Sexual Behavior*, 3, 3: 249.
- Gaffney B., Reyes P. (2003), *La disforia nell'identità di genere*, in Layado M., Horne A., a cura di, *Manuale di psicoterapia dell'infanzia e dell'adolescenza*, FrancoAngeli, Milano.
- Gallagher R.V., Kerpelman J.L. (2012), "The intersection of identity development and peer relationship processes in adolescence and young adulthood: Contributions of the special issue", *Journal of Adolescence*, 35: 1409-1415.
- George C., Kaplan N., Main M. (1985), *Adult Attachment Interview*, University of California Press, Berkeley.

- Giani Gallino T. (2002), *La sessualità nelle varie età*, in Cociglio G., a cura di, *Il manuale del consulente sessuale. Volume I*, FrancoAngeli, Milano.
- Gibson P. (1989), *Gay male and lesbian youth suicide*, in Feinleib M.R., ed., *Report of the secretary's Task Force on Youth Suicide, vol. 3: Prevention and Interventions in Youth Suicide (pp. 110-142)*, US Department of Health and Human Services. DHHS Pub. No. (ADM) 89-1623, DC: U.S. Government Printing Office, Washington.
- Giusti P. (1998), "Identificazioni primitive con l'oggetto materno e organizzazione narcisista perversa in un bambino con disturbi dell'identità di genere", *Richard e Piggie*, 6, 2: 197-218.
- Goddard J.C., Vickery R.M., Terry T.R. (2007), "Development of feminizing genitoplasty for gender dysphoria", *Journal of Sexual Medicine*, 4: 981-989.
- Goldman R.J., Goldman J.D. (1982), *Children Sexual Thinking*, Routledge and Kegan, London.
- Goldman R.J., Goldman J.D. (1998), *Show me yours: Understanding children's sexuality*, Penguin, Ringwood.
- Gonser P.A. (2000), "Culturally competent care for members of sexual minorities", *Journal of Cultural Diversity*, 7, 3: 72-5.
- Green J. (2005), "Part of the Package: Ideas of Masculinity Among Male Identified Transpeople", *Men & Masculinities*, 7, 3: 291-299.
- Green R. (1987), *The "Sissy Boy Syndrome" and the Development of Homosexuality*, New Haven, CT: Yale University Press.
- Green R., Money J. (1960), "Incongruous gender role: nongenital manifestations in prepubertal boys", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 131: 160-168.
- Habermeyer E., Kamps I., Kawohl W. (2003), "A case of bipolar psychosis and transsexualism", *Psychopathology*, 36, 3: 168-70.
- Hall G.S. (1904), *Adolescence: Its Psychology and Its Relations to Psychology, Anthropology, Sociology, Sex Crime, Religion and Education*, Appleton, New York.
- Hansbury G. (2004), "Sexual TNT: a transman tells the truth about testosterone", *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, 8, 1-2: 7-18.
- Hartmann U., Becker H. (2002), *Störungen der Geschlechtsidentität*, Wien: Springer.
- Havelock Ellis (1935), *From Rousseau to Proust*, Houghton Mifflin Company.
- HBIGDA (Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association) (2001), *Standards of Care for Gender Identity Disorder, 6th version*, <http://www.hbigda.org/soc.html>, Retrieved November 17, 2003.
- Hepp U., Klaghofer R., Burkhard-Bubler R., Buddenberg C. (2002), "Treatment follow-up of transsexual patients. A catamnestic study", *Nervenarzt*, 73, 3: 283-288.
- Herman-Jeglinska A., Grabowska A., Dulko S. (2002), "Masculinity, femininity, and transsexualism", *Archives of Sexual Behavior*, 31, 6: 527-34.
- Hines M. (2011), "Gender development and the human brain", *Annual Review of Neuroscience*, 34: 69-88.
- Hirschfeld M. (1923), "Die intersexuelle Konstitution", *Jahrbuch für Sexuelle Zwischenstufen*, 23: 3-27.
- Hoebeke P., de Cuyper G., Ceulmans P., Monstrey S. (2003), "Obtaining rigidity in total phalloplasty: Experience with 35 patients", *Journal of Urology*, 169: 221-3.
- Huber W. (1988), *La psicologia clinica aujourd'hui*, Mardaga, Bruxelles.
- Huston A.C., Ripke M.N., eds. (2006), *Development Contexts in Middle Childhood*, Cambridge University Press, New York.
- Isay R.A. (1997), "Remove gender identity disorder in DSM", *Psychiatric News*, 32, 22: 9-13.
- Johnson L.L., Bradley S.J., Birkenfeld-Adams A.S., Radzins Kuksis M.A., Maing D.M., Mitchell J.N., Zucker K.J. (2004), "A parent-report Gender Identity Questionnaire for children", *Archives of Sexual Behaviour*, 33: 105-116.
- Kellogg T.A., Clements-Nolle K., Dille J., Katz M.H., McFarland W. (2001), "Incidence of human immunodeficiency virus among male-to-female transgendered persons in San Francisco", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1, 28: 380-384.
- Kenagy G.P. (2002), "HIV among transgendered people", *AIDS Care*, 14, 1: 127-34.

- Kendall P.C., Norton-Ford J.D. (1982), *Clinical psychology Scientific and professional dimensions*, Wiley, New York (trad.it. Psicologia clinica, Il Mulino, Bologna, 1986).
- Kertsting A., Reutemann M., Gast U., Ohrmann P., Suslow T., Michael N., Arolt V. (2003), "Dissociative disorders and traumatic childhood experiences in transsexuals", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 3: 182-189.
- Kohlberg L.A. (1966). *A cognitive-developmental analysis of children's sex-role concepts and attitudes*, in Maccoby E.E., ed., *The development of sex differences*, Stanford University Press, Stanford CA.
- Krege S., Bex A., Lummen G, Rubben H. (2001), "Male-to-female transsexualism: A technique, results and long term follow up in 66 patients", *BJU International*, 88: 396-402.
- Kroger J. (2007), "Why is identity achievement so exclusive?", *Identity. International Journal of Theory and Research*, 7: 331-348.
- Kronberg J., Tyano S., Apter A., Wijsenbeck H. (1981), "Treatment of transsexualism in adolescence", *Journal of Adolescence*, 4: 177-185.
- Kuyper L., Wijzen C. (2013), "Gender Identities and Gender Dysphoria in the Netherlands", *Archives of Sexual Behavior*, epub ahead of print.
- Laub D., Fisk N. (1971), "A rehabilitation program for gender dysphoria syndrome by surgical sex change". *Plastic and Reconstructive Surgery*, 53: 388.
- Laumann E.O., Gagnon J.H., Michal R.T., Michaels S. (1994), *The Social Organization of Sexuality: Sexual Practices in the United States*, Chicago, IL: University Chicago Press.
- Lawrence A.A. (2003), "Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery", *Archives of Sexual Behaviour*, 32, 4: 299-315.
- Lawrence A.A. (2005), "Sexuality before and after male to female sex reassignment surgery", *Archives of Sexual Behavior*, 34, 2: 147-166.
- Leccardi C., a cura di, (2002), *Tra i generi. Rileggendo le differenze di genere, di generazione, di orientamento sessuale*, Guerini, Milano.
- Levy A., Crown A., Reid R. (2003), "Endocrine intervention for transsexuals", *Clinical Endocrinology*, 59, 4: 409-418.
- Liao L.M., Audi L., Magritte E., Meyer-Bahlburg H.F.L., Quigley C.A. (2012), "Determinant factors of gender identity: a commentary", *Journal of Pediatric Urology*, 8: 597-601.
- Lindsay L. (1994), "Maternal reports of pregnancy, genital and related fantasies in preschool and Kindergarten children", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33: 416-423.
- Lindgren T.W., Pauly I.B. (1975), "A body image scale for evaluating transsexuals", *Archives of Sexual Behavior*, 4(6): 639-56.
- Lippa R.A. (2001), "Gender-related traits in transsexuals and non transsexuals", *Archives of Sexual Behavior*, 30, 6: 603-14.
- Lombardi E.L., Wilchins R.A., Priesing D., Malouf D. (2001), "Gender violence: transgender experiences with violence and discrimination", *Journal of Homosexuality*, 42, 1: 89-101.
- Machover K. (1969), *Il disegno della figura umana*, Le Monnier, Firenze.
- Mangia F. (2002), *I meccanismi genetici della determinazione del sesso*, in Simonelli C., a cura di, *Psicologia dello sviluppo sessuale ed affettivo*, Carocci, Roma.
- Martin C.L. (1995), "Stereotypes about children with traditional and non traditional gender roles", *Sex Roles*, 33, 11-12: 727-751.
- Mattila A.K., Fagerholm R., Santtila P., Miettinen P.J., Taskinen S. (2012), "Gender identity and gender role orientation in female assigned patients with disorders of sex development", *The Journal of Urology*, 188: 1930-1934.
- McCarthy L. (2003), *Off that spectrum entirely: A study of female-bodied transgender-identified individuals*, Unpublished doctoral dissertation, University of Massachusetts Amherst, Amherst, MA.
- McCarthy M.M., Arnold A.P. (2011), "Reframing sexual differentiation of the brain", *Nature Neuroscience*, 14(6): 677-683.
- McGihon, C.L.D. (1998), "Outside and Inside, Male and Female", *Clinical Social Work Journal*, 26: 385-396.

- McHale S.M., Kim J.Y., Whiteman S., Crouter A.C. (2004), "Links between sex-types time use in middle childhood and gender development in early adolescence", *Developmental Psychology*, 40, 5: 868-881.
- Menvielle E.J. (1998), "Gender Identity Disorder", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37: 133-141.
- Meyer-Bahlburg H.F.L. (1985), "Gender identity disorder of childhood: Introduction", *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24: 668-683.
- Michel A., Ansseau M., Legros J.J., Pitchot W., Mormont C. (2002), "The transsexual: what about the future?", *European Psychiatry*, 17, 6: 353-362.
- Michel A., Mormont C., Legros J. (2001), "A Psycho-endocrinological overview of Transsexualism", *European Journal of Endocrinology*, 145: 365-376.
- Millot C. (1983), *Al di là del sesso: saggio sul transsessualismo*, FrancoAngeli, Milano.
- Minter S. (1999), *Diagnosis and treatment of gender identity disorder in children*, in Rottnek M., ed., *Sissies et tomboys: Gender nonconformity et homosexual childhood* (pp. 9-33), New York: New York University Press.
- Mittwoch U. (2013), "Sex determination", *EMBO Reports*, 14: 588-592.
- Money J. (1986), *Lovempas: clinical concepts of sexual/erotic health and pathology, paraphilia, and gender transposition in childhood, adolescence and maturity*, Irvington Publishers, New York.
- Money J., Ehrhardt A. (1972), *Man and woman, boy and girl. The differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity*, The Johns Hopkins Med Press, Baltimore (trad. it. *Uomo, donna, ragazzo, ragazza*, Milano, Feltrinelli, 1977).
- Money J., Hampson J.G., Hampson J.L. (1955), "An examination of some basic sexual concepts: the evidence of human hermaphroditism", *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, 97: 301-319.
- Money J., Hampson J.G., Hampson J.L. (1957), "Imprinting and the establishment of gender role", *Archives of Neurology and Psychiatry*, 77: 333-336.
- Money J., Tucker P. (1975), *Sexual signature. On being a man or a woman* (trad. it. *Essere uomo essere donna*, Feltrinelli, Milano, 1980).
- Moore E., Wisniewski A., Dobs A. (2003), "Endocrine treatment of transsexual peoples: a Review of treatment regimens, outcomes and adverse effects", *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 88: 3467-3473.
- Moore S.M. (2002), *Diagnosis for a straight planet: A critique of gender identity disorder for children and adolescents in the DSM-IV*, Unpublished doctoral dissertation, The Wright Institute, Berkeley, CA.
- More F.G., Whitehead A.W., Gonthier M. (2004), "Strategies for student services for lesbian, gay, bisexual, and transgender students in dental schools", *Journal of Dental Education*, 68, 6: 623-32.
- Morgan N.L. (2000), *Defining normal gender behavior: Therapeutic implications arising from psychologists sex-role expectations and attitudes towards lesbians and gays*, Unpublished doctoral dissertation, American Schools of Professional Psychology, San Francisco Bay Area Campus, Point Richmond, CA.
- Murray H.A. (1943), *Thematic Apperception Test*, Harvard University Press, Cambridge.
- Noshpitz, J.D. (1991), *Disturbi dello sviluppo adolescenziale precoce*, in Greenspan S.I., Pollok G.H., eds, *The Course of Life: Adolescence*, Vol.4, Universities Press, Medison (trad. it. *Adolescenza*, a cura di L. Grassi, M. Bosio, Borla, Roma 1997).
- Okabe N., Sato T., Matsumoto Y., Ido Y., Terada S., Kuroda S. (2008), "Clinical characteristics of patients with gender identity disorder at a Japanese gender identity clinic", *Psychiatry Research*, 157, 1: 315-318.
- Olsson S.E., Möller A.R. (2003), "On the incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden, 1972-2002", *Archives of Sexual Behavior*, 32: 381-386.
- Parma R., Radi O. (2012), "Molecular mechanisms of sexual development", *Sexual Development*, 6: 7-17.

- Person E., Ovesey L. (1974a), "The transsexual syndrome in males. I. Primary transsexualism", *American Journal of Psychotherapy*, 28: 4-20.
- Person E., Ovesey L. (1974b), "The transsexual syndrome in males. II. Secondary transsexualism", *American Journal of Psychotherapy*, 28: 174-193.
- Piccone Stella S., Saraceno C., a cura di, (1996), *Genere. La costruzione sociale del femminile e del maschile*, Il Mulino, Bologna.
- Porcelli P., Affatati V., Michel A., Burdot F., Todarello O., Bellomo A., Mormont C. (2004), "Valutazione del transessualismo primario e secondario tramite il Rorschach Comprehensive System, Confronto trans-culturale di due gruppi di transessuali italiani e belgi", *Psichiatria e Psicoterapia*, 23, 1: 30-42.
- Richardson J. (1996), "Setting limits on gender health", *Harvard Review of Psychiatry*, 4: 49-53.
- Richardson J. (1999), "Response: Finding the disorder in gender identity disorder", *Harvard Review of Psychiatry*, 7: 43-50.
- Riva A. (1985), "Un caso di pseudotransessualismo femminile", *Rivista di Sessuologia*, 9, 4: 67-78.
- Rorschach H. (1921), *Psychodiagnostics: a diagnostic test based on perception*, Grune & Stratton, New York.
- Rosenberg M. (2002), "Children with gender identity issues and their parents in individual and group treatment", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41: 619-621.
- Ruspini E., a cura di, (2005), *Donne e uomini che cambiano. Relazioni di genere, identità sessuali e mutamento sociale*, Guerini, Milano.
- Sadowski H., Gaffney B. (1998), *Disturbo dell'identità di genere, depressione e rischio di suicidio*, in Di Ceglie D., a cura di, *Straniero nel mio corpo. Sviluppo atipico nell'identità di genere e salute*, FrancoAngeli, Milano.
- Sandberg D., Meyer-Bahlburg H.F.L., Erhardt A., Yager. (1993), "The prevalence of gender-atypical behaviour in elementary school children", *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 3: 231-264.
- Sassarini M. (1998), *La perizia psicologica nei casi di transessualismo*, in Simonelli C., Petruccelli F., Vizzari V., a cura di, *Sessualità e terzo millennio*, FrancoAngeli, Milano.
- Scilligo P. (1988), *Questionario del Narcisismo (QDN)*, in Scilligo P., a cura di, *Scale psicologiche I*, Ifrep: Roma.
- Sedgwick E.K. (1991), "How to bring your kids up gay", *Social Text*, 9: 18-27.
- Selvaggi G., Ceulemans P., De Cuypere G., Van Landuyt K., Blondeel P., Hamdi M., Bowman C., Monstrey S. (2005), "Gender identity disorder: general overview and surgical treatment for vaginoplasty in male-to-female transsexuals", *Plastic and Reconstructive Surgery*, 116: 135-145.
- Shaffer D., Piacentini J. (1994), *Suicide and attempted suicide*, in M. Rutter, E. Taylor, L. Hersov, a cura di, *Child and Adolescent Psychiatry. Modern Approaches*, Blackwell, Oxford.
- Simonelli C. (2000), "Gli adolescenti e lo sviluppo atipico dell'identità di genere", *Rivista di Sessuologia Clinica*, VII, 1: 77-86.
- Simonelli C. (2002), *Psicologia dello sviluppo sessuale e affettivo*, Carocci Editore, Roma.
- Simonelli C., Rossi R., Tripodi F., De Stasio S., Petruccelli I. (2007), *Maschi e femmine si nasce: uomini e donne si diventa*, in D'Alessio M, Laghi F., a cura di, *La preadolescenza. Identità in transizione tra rischi e risorse*, Piccin, Padova.
- Simonelli C., Tripodi F. (2012), "Sviluppo e relazioni interpersonali dalla gravidanza alla pubertà", *Le identità sessuali, Quaderni di aggiornamento in medicina: Sessuologia*, 1: 79-92.
- Singh D., Deogracias J.J., Johnson L.L., Bradley S.J., Kibblewhite S.J., Owen-Anderson A., Peterson-Badalia M., Meyer Bahlburg H.F.L., Zucker K.J. (2010), "The Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents and Adults: Further Validity Evidence", *Journal of Sex Research*, 47, 1: 49-58.
- Slaby R.G., Frey K.S. (1975), "Development of gender constancy and selective attention to same-sex models", *Child Development*, 46: 849-856.

- Smith Y.L., Cohen L., Cohen-Kettenis P.T. (2002), "Postoperative psychological functioning of adolescent transsexuals: a Rorschach study", *Archives of Sexual Behaviour*, 31, 3: 255-261.
- Sohn M., Bosinski H.A.G. (2007), "Gender identity disorders: diagnostic and surgical aspects", *Journal of Sexual Medicine*, 4, 5: 1193-1208.
- Solfaroli Camillocci D. (1999), *La tana del coniglio. Consigli e suggerimenti per l'educazione sessuale degli adolescenti*, FrancoAngeli, Milano.
- Spack N.P. (2013), "Management of transgenderism", *JAMA*, 309, 5: 478-484.
- Speltini G. (1997), *Dall'infanzia all'adolescenza: pubertà e sviluppo fisico*, in Palmonari A., a cura di, *Psicologia dell'adolescenza*, Il Mulino, Bologna.
- Spence J.T., Helmreich R.L., Stapp J. (1974), "The Personal Attributes Questionnaire: a measure of sex roles stereotypes and masculinity-femininity", *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 4: 43.
- Steensma T.D., Kreukels B.P.C., de Vries A.L.C., Cohen-Kettenis P.T.C. (2013), "Gender identity development in adolescence", *Hormones and Behavior*, 64: 288-297.
- Stoller R.J. (1966), "The treatment of transvestitism and transsexualism", *Current Psychiatric Therapies*, 6: 92-104.
- Stoller R.J. (1968), *Sex and gender*, Science House, New York.
- Stoller R.J. (1974), "Symbiosis anxiety and the development of masculinity", *Archives of general psychiatry*, 30: 164-172.
- Stoller R.J., Herdt G. H. (1982), "The development of masculinity: a cross-cultural contribution", *Journal of American Psychoanalytic Association*, 30: 29-59.
- Szyf M., McGowan P., Meaney M.J. (2008), "The social environment and the epigenome", *Environmental and Molecular Mutagenesis*, 49: 46-60.
- Szymanowicz A., Furnham A. (2013), "Gender and gender role differences in self- and other-estimates of multiple intelligences", *The Journal of Social Psychology*, 153: 399-423.
- Tangpricha V., Ducherm S.H., Barber T.W., Chipkin S.R. (2003), "Endocrinologic treatment of Gender Identity Disorder", *Endocrin Practice*, 9: 12-21.
- Tellegen A., Ben-Porath Y.S., McNulty J.L., Arbisi P.A., Graham J.R., Kaemmer B. (2003), *The MMPI-2 Restructured Clinical Scales: Development, validation, and interpretation*, University of Minnesota Press, Minneapolis, MN.
- Torre Valente L., Abraham G. (2006), *TIFE-Test di Induzione Psico-Erotica*, Organizzazioni Speciali, Firenze.
- Valentini F. (2006), *Il ruolo dell'Endocrinologo nella gestione clinica delle persone con disturbi dell'identità di genere*, in Chianura L., Ravenna A.R., Ruggeri V., a cura di, *Esistenze possibili. Clinica, ricerca e percorsi di vita nei disturbi dell'identità di genere*, Edizioni Universitarie Romane, Roma.
- Valerio P., Vitelli R., Romeo R., Fazzari P. (2013), *Figure dell'identità di genere. Uno sguardo tra psicologia, clinica e discorso sociale*, FrancoAngeli, Milano.
- Vianello R. (2004), *Psicologia dello sviluppo: infanzia, adolescenza, età adulta, età senile*, Edizioni Junior, Azzano San Paolo.
- Vizzari V., Tripodi M.F. (2006), *Cenni sui disturbi dell'identità di genere*, in Simonelli C., a cura di, *L'approccio integrato in sessuologia clinica*, FrancoAngeli, Milano.
- Wallien M.S., Swaab H., Cohen-Kettenis P.T. (2007), "Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder", *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46, 10: 1307-1314.
- Wechsler D. (1974), *Scala d'intelligenza Wechsler per Adulti*, Organizzazioni Speciali, Firenze.
- Westphal C. (1869), "Die Kontrare Sexualempfindung", *Archiven für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 2: 73-108.
- Wierckx K., Elaut E., Van Hoorde B., Heylens G., De Cuyper G., Monstrey S., Weyers S., Hoebeke P., T'sjoen G. (2013), "Sexual Desire in Trans Persons: Associations with Sex Reassignment Treatment", *Journal of Sexual Medicine*, Epub ahead of print.
- Wilson I., Griffin C., Wren B. (2002), "The Validity of the Diagnosis of Gender Identity Disorder (Child and Adolescent Criteria)", *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7: 335-351.

- Wirsam K., Sohn M., Exner K., Horbach C. (2006). "Pudendus-reinnervation after penile reconstruction: Sensory-evoked potentials (SEP) in correlation to subjective questionnaire results", *Journal of Sexual Medicine*, 3: 16.
- Yunger J.L., Carter P.R., Perry D.G. (2004), "Does gender identity influence children's psychological well-being?", *Developmental Psychology*, 40, 4: 572-582.
- Zosuls K.M., Ruble D.N., Tamis-LeMonda C.S., Shrout P.E., Bornstein M.H., Greulich F.K. (2009), "The acquisition of gender labels in infancy: implications for gender-typed play", *Developmental Psychology*, 45: 688-301.
- Zucker K.J. (1999), "Intersexuality and gender identity differentiation", *Annual Review of Sex Research*, 10: 1-69.
- Zucker K.J. (2005), "Gender Identity Disorder in Children and Adolescents", *Annual Review of Clinical Psychology*, 1: 467-492.
- Zucker K.J., Bradley S.J. (1995), *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*, Guilford Press, New York.
- Zucker K.J., Bradley S.J., Lowry Sullivan C.B., Kuksis M., Birkenfeld-Adams A., Mitchell J.N. (1993), "A gender identity interview for children", *Journal of Personality Assessment*, 61: 443-456.
- Zucker K.J., Bradley S.J., Sanikhani M. (1997), "Sex differences in referral rates of children with gender identity disorder: some hypotheses", *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25: 217-227.
- Zucker K.J., Owen A., Bradley S.J., Ameeriar L. (2002), "Gender-dysphoric children and adolescents: a comparative analysis of demographic characteristics and behavioural problems", *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 7: 398-411.
- Zucker K.J., Spitzer R.L. (2005), "Was the Gender Identity Disorder of Childhood diagnosis introduced into DSM-III as a backdoor maneuver to replace homosexuality? An historical note", *Journal of Sexual and Marital Therapy*, 31, 1: 31-42.
- Zucker K.J., Mitchell J.N., Bradley S.J., Tkachuk J., Canton J.M., Allin S.M. (2006), "The recalled gender identity/gender role questionnaire: psychometric properties", *Sex Roles*, 54: 469-83.
- Zulliger H. (1942), "Der Behn-Rorschach Test", *Zentralblatt für Psychotherapie*, 13: 337-345.

Gli autori

Stefano Eleuteri. Psicologo, Consulente Sessuale. Lavora nel Servizio di Orientamento e Tutorato presso la Facoltà di Medicina e Psicologia della Sapienza Università di Roma. Presidente della Associazione “Educere” (Orvieto) e Vice-Presidente della Commissione “Iniziativa Giovanili” dell’Associazione Mondiale di Sessuologia.

Marta Giuliani. Psicologa dell’età evolutiva, consulente in Sessuologia e Sessuologa Clinica. Socio fondatore della Società Italiana di Sessuologia e Psicologia.

Alessandra Grassotti. Dottore in Giurisprudenza.

Roberta Grassotti. Psicoterapeuta e sessuologa presso il Centro per i Disturbi dell’Identità di Genere (CeDIG) di Roma e l’Istituto per lo Studio delle Psicoterapie di Roma.

Filippo Petruccelli. Professore Associato di Psicologia dello Sviluppo presso l’Università degli Studi di Cassino e del Lazio Meridionale. Direttore della Scuola di Specializzazione in Psicoterapie brevi ad Approccio strategico dell’Istituto per lo Studio delle Psicoterapie di Roma.

Irene Petruccelli. Assistant Professor di psicologia sociale presso l’Università degli Studi di Enna “Kore”.

Chiara Simonelli. Professore Associato di Psicologia e Psicopatologia del Comportamento Sessuale presso la Facoltà di Medicina e Psicologia della “Sapienza” Università di Roma e Presidente della Federazione Europea di Sessuologia.

Francesca Tripodi. Psicoterapeuta e sessuologa presso l’Istituto di Sessuologia Clinica di Roma. Co-director della Oxford School of Sexual Medicine. Membro della Educational Committee della European Society of Sexual Medicine e della Executive Committee della European Federation of Sexology.

Valeria Verrastro. Psicologa-psicoterapeuta. Ricercatore di Psicologia dello Sviluppo presso l’Università di Cassino e del Lazio Meridionale. Co-direttore della Scuola di Specializzazione in Psicoterapie Brevi ad Approccio Strategico dell’Istituto per lo Studio delle Psicoterapie di Roma.

www.francoangeli.it

Un patrimonio sempre aggiornato di conoscenze e nuovi servizi.
Facile e intuitivo nelle ricerche. Veloce da interrogare.
Modalità intelligenti di selezione e di fruizione.
A servizio di docenti, studenti, professionisti.

Ricerche semplici e complete

Filtri semantici

Possibilità di scegliere il "livello" (textbook, ricerca, guida per professional...)

Argomenti chiave

Sintesi veloci

Suggerimenti ragionati e pertinenti

Acquisti sicuri

Descrizioni approfondite

FrancoAngeli
La passione per le conoscenze