

Il disturbo di identità di genere

Gender identity disorder

E. Bandini, A.D. Fisher*,
C. Lo Sauro, L. Buci**,
V. Ricca, M. Maggi*, G. Forti*,
C. Faravelli

Unità di Psichiatria,
Dipartimento di Scienze
Neurologiche e Psichiatriche,
Università di Firenze;
* Unità di Andrologia e Medicina
della Sessualità, Dipartimento
di Fisiopatologia Clinica,
Università di Firenze;
** Unità di Endocrinologia
e Malattie del Metabolismo,
Ospedale Morgagni-Pierantoni,
Forlì

Key-words

Gender identity disorder • Transsexualism • Gender dysphoria • Surgical reassignments

Summary

Aim

The aim of this study is to overview the epidemiology, diagnosis, subtypes, comorbidity, treatment and outcome of Gender Identity Disorder (GID) in the scientific literature.

Methods

We reviewed the literature focusing on this issue.

Results

Transsexualism is a condition in which a person with apparently normal somatic sexual differentiation is convinced that he or she is actually a member of the opposite sex. Transsexuals live permanently in this situation of feeling that their physical body denies who they are. Gender dysphoria is the term for distress resulting from conflicting gender identity and sex of assignment.

This phenomenon is not exclusive of Western societies. It may concern either females (female to male disorder, FtM) or males (male to female disorder, MtF) with a sex ratio m:f of about 3:1. The prevalence of transsexuals who reach surgical reassignment is about 1:10000 for the MtF and 1:30000 for the FtM (Table II).

Classically two subtypes of GID, one early onset, the other late-onset have been observed. This finding has been recently confirmed and carries significance for treatment and outcome.

The etiology of transsexualism is still largely unclear. Clinical examination, along with measurement of sex hormone levels and karyotyping, are unlikely to give anything more than con-

firmation of biological sex. A first indication of anatomic brain differences between transsexuals and nontranssexuals has been shown. Also, certain parental rearing factors seem to be associated with transsexualism.

The recommended procedure in the Standards of Care of the International Harry Benjamin Gender Dysphoria Association (now called World Health Professional Association for Transgender Health, WPATH), an international professional organization in the field of transsexualism, is to reach surgical reassignment decision in two phases. In the first phase, a diagnosis is made based on formal psychiatric classification criteria. In the second phase, one's capacity to live in the desired role and the strength of the wish for surgical reassignment, in the face of disappointment while living in the opposite gender role, is tested. Hormone therapy is taken throughout this second phase. Psychotherapy is not compulsory, but strongly recommended.

There is no agreement regarding the level of psychiatric comorbidity, but anyway, no psychiatric disorder excludes necessarily the person suffering from transsexualism from medical and surgical reassignment.

Although cases are limited, adequately treated GID patients seem to have a better outcome compared to those who do not come to a competent medical observation.

Conclusions

Transsexualism is not a homogeneous phenomenon and this fact should be addressed as such in research as well as in clinical practice.

Corrispondenza:

Elisa Bandini, Dipartimento di Fisiopatologia Clinica, viale Pieraccini 6, 50139 Firenze, Italia • Tel. 333 5825960 • E-mail: elisa.bandini@inwind.it

To make future clinical decisions more empirically based, more large-scale prospective studies, more extensive case descriptions of persons with post-operative regrets, and more detailed accounts of psychotherapy with GID patients, preferably with long-term follow-up, are needed.

Introduzione

Disturbo di identità di genere e transessualismo sono i termini usati per descrivere la condizione di un soggetto che desidera vivere ed essere accettato come un membro del sesso opposto; in particolare, il disturbo consiste in una intensa e persistente identificazione col sesso opposto, in persone che non presentano alcuna anomalia fisica. Tale condizione si manifesta con malessere e disagio profondo (la cosiddetta “disforia di genere”) nei confronti delle caratteristiche sessuate del proprio corpo, sentito come estraneo; lo stesso senso di estraneità viene provato per i comportamenti e gli atteggiamenti che sono tipici del proprio sesso, all’interno del quale il soggetto non si riconosce¹.

Il disturbo, che nella maggior parte dei casi è autodiagnosticato, può colpire sia i soggetti di sesso femminile (disturbo *female to male*, FtM) che quelli di sesso maschile (disturbo *male to female*, MtF); il disturbo è più frequente nella forma MtF con una sex-ratio di circa 3:1.

Il transessualismo non è un fenomeno esclusivo della nostra cultura. Ad esempio, in alcune popolazioni induiste e buddiste dei Paesi dell’Asia Meridionale ed Orientale si crede che i transessuali abbiano vissuto una precedente vita come appartenenti all’altro sesso e che di tale esperienza portino un inconscio ricordo. Tra i nativi d’America, i transessuali hanno una funzione sciamanica e in molte culture hanno uno specifico ruolo sociale. Di fatto, tuttavia, nella maggioranza delle società, il fenomeno ha una connotazione negativa: persistono ancora pregiudizi nei confronti di queste persone che, spesso vittime di molestie e violenze psichiche e fisiche, sono più suscettibili a depressione, abuso di sostanze stupefacenti e comportamenti suicidari^{2,3}. Questi rischi sono almeno in parte correlati a una condizione di emarginazione e a una situazione legislativa spesso incompleta ed inadeguata.

Definizioni e criteri diagnostici

L’identità di genere costituisce, insieme al ruolo

di genere e all’orientamento sessuale, un aspetto della psicosessualità.

Il concetto di “identità di genere” è un concetto a mosaico, che indica un continuo e persistente senso di sé prevalentemente come uomo o come donna. L’acquisizione dell’identità di genere è un processo che comporta significati di natura sia cognitiva che affettiva.

Il concetto di “ruolo di genere” indica l’espressione esteriore dell’identità di genere e rappresenta tutto ciò che una persona dice o fa per indicare agli altri o a se stesso il grado della sua femminilità, mascolinità o ambivalenza. Il ruolo di genere è un costrutto sociale che dipende dal momento storico e da ciò che il contesto culturale designa come maschile o femminile e come più appropriato al ruolo femminile o maschile.

Il concetto di “orientamento sessuale” riguarda la modalità di risposta di una persona ai vari stimoli sessuali e trova la sua dimensione principale nel sesso del partner, che definisce una persona eterosessuale, bisessuale, omosessuale. L’orientamento sessuale non è dicotomico, ma si estende lungo un continuum che va dall’eterosessualità esclusiva all’omosessualità esclusiva⁴.

Il processo di acquisizione dell’identità di genere è la risultante di una collaborazione tra “natura e cultura”, vale a dire tra la maturazione biologica – che a partire dal sesso cromosomico produce, tramite la secrezione ormonale, la diversificazione sessuale del cervello e dell’organismo – e il comportamento delle persone circostanti – che dopo l’assegnazione del sesso alla nascita, si comportano nei confronti del soggetto secondo le regole sociali e le aspettative congruenti al genere attribuito.

Solitamente identità di genere, ruolo di genere e orientamento sessuale sono tra loro coerenti, ma le possibilità di rapporto tra queste componenti sono diverse. In base a questi rapporti Dettore⁵ identifica:

- soggetti con identità di genere congruente con il proprio sesso cromosomico e fenotipico e con orientamento sessuale eterosessuale, omosessuale, bisessuale o parafilico;

- soggetti con identità di genere non congruente con il proprio sesso cromosomico, ma congruente con il sesso fenotipico (ad esempio, soggetti con sindrome da insensibilità agli androgeni oppure casi di riattribuzione chirurgica di sesso in età precoce in seguito a gravi traumi genitali o patologie ormonali – ad esempio sindrome da deficit di 21-idrossilasi, con genitali ambigui alla nascita);
- soggetti con identità di genere non congruente con il proprio sesso cromosomico né fenotipico e con orientamento eterosessuale, bisessuale, omosessuale o asessuato (soggetti con disturbo di identità di genere o altre manifestazioni *transgender*).

Da un punto di vista clinico, è importante sottolineare come i DIG FtM costituiscano un gruppo omogeneo: hanno in genere fin dall'infanzia un'identità transessuale, una preferenza verso giochi più tipicamente maschili, un orientamento verso persone del loro sesso genotipico, una grande sofferenza relativamente allo sviluppo mammario e al menarca, un'elevata disforia di genere.

All'interno del gruppo dei DIG MtF, sono invece evidenziabili due sottotipi:

- il primo caratterizzato dalla presenza della disforia di genere fin dall'infanzia e dalla convinzione precoce di essere nati nel corpo sbagliato (*transessualismo primario*, secondo Person e Ovesey)⁶; in genere in questo sottotipo l'orientamento sessuale è volto verso persone dello stesso sesso genotipico (*transessualismo omosessuale* secondo Blanchard)⁷;
- il secondo caratterizzato dall'instaurarsi dell'identità transessuale in epoca postpuberale e spesso associato ad altre condizioni quali il feticismo da travestimento, l'omosessualità o il travestitismo (*transessualismo secondario*, secondo Person e Ovesey)⁸; in questo sottotipo in genere l'orientamento sessuale è più variabile e spesso l'attività di cross-dressing è associata a un'eccitazione sessuale alla fantasia di vedersi come donna (*transessualismo autoginefilico* secondo Blanchard)⁷.

Blanchard⁹ infatti ha osservato che quasi tutti i transessuali MtF non omosessuali hanno un interesse sessuale parafilico chiamato autoginefilia, definita come "la propensione di un uomo a essere

sessualmente eccitato dal pensiero o dall'immagine di sé come donna"¹⁰. Una storia di autoginefilia è molto comune nei transessuali non omosessuali che si sottopongono a riassegnazione chirurgica di sesso (RCS). Blanchard¹¹ ipotizza che, col tempo, in alcuni soggetti l'eccitazione autoginefilica diminuisca, ma rimanga o si rafforzi il desiderio transessuale e l'identificazione con un corpo femminile diventi permanente e così intensa da far loro richiedere una RCS.

Lawrence¹² ha osservato che su 199 transessuali MtF classificati come non omosessuali in base alle loro relazioni precedenti l'RCS, 178 (89%) riportavano uno o più episodi di eccitazione autoginefilica.

Inoltre, il transessualismo MtF non omosessuale appare associato a una elevata prevalenza di altri interessi sessuali parafilici.

Un'elevata prevalenza di interessi parafilici è euristicamente importante a causa della riconosciuta tendenza delle parafilie di presentarsi in cluster^{13,14}. Anche fantasie e comportamenti sadomasochisti sono comuni in tale gruppo^{15,16}.

Altre parafilie possono essere associate negli MtF non omosessuali, anche se meno frequentemente^{17,18}.

I criteri diagnostici per DIG secondo il DSM-IV TR¹⁹ sono riportati nella Tabella I.

Il DSM-IV identifica tre categorie in base all'età del soggetto in esame (disturbo di identità di genere dell'infanzia, dell'adolescenza o dell'età adulta) e altre quattro sottocategorie relative all'orientamento sessuale (sessualmente attratto da maschi, da femmine, sia da maschi che da femmine, né da maschi né da femmine). Le persone per le quali non siano applicabili i criteri sopraelencati devono essere classificate nel gruppo del Disturbo di Identità di Genere non altrimenti specificato.

Nella classificazione europea (*International Classification of Diseases-10*, ICD-10)²⁰, permane il termine "transessualismo". Lo stesso utilizzato fino alla edizione III-R del DSM.

I dati relativi alla prevalenza nella popolazione del DIG variano in base all'epoca e al paese in cui sono stati condotti, come mostra la Tabella II.

I dati epidemiologici nazionali sono solo parziali e si basano sulle casistiche relative ai centri specialistici che lavorano da più lungo tempo. Ad esempio al centro SAIFIP (Servizio di Adeguamento tra Identità Fisica e Identità Psicica) dell'Ospedale San Ca-

TABELLA I.Criteri diagnostici per DIG secondo il DSM-IV TR. *DSM-IV-TR diagnostic criteria for GID.*

<p>A. Una forte e persistente identificazione col sesso opposto (non solo un desiderio di qualche presunto vantaggio culturale derivante dall'appartenenza al sesso opposto)</p>	<p>Nei bambini il disturbo si manifesta con quattro (o più) dei seguenti sintomi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. desiderio ripetutamente affermato di essere, o insistenza sul fatto di essere, dell'altro sesso 2. nei maschi, preferenza per il travestitismo o per l'imitazione dell'abbigliamento femminile; nelle femmine, insistenza nell'indossare solo tipici indumenti maschili 3. forti e persistenti preferenze per i ruoli del sesso opposto nei giochi di simulazione, oppure persistenti fantasie di appartenere al sesso opposto 4. intenso desiderio di partecipare ai tipici giochi e passatempi del sesso opposto 5. forte preferenza per i compagni di gioco del sesso opposto <p>Negli adolescenti e negli adulti, l'anomalia si manifesta con sintomi come desiderio dichiarato di essere dell'altro sesso, o di farsi passare spesso per un membro dell'altro sesso, desiderio di vivere o essere trattato come un membro dell'altro sesso, oppure la convinzione di avere sentimenti e reazioni tipici dell'altro sesso</p>
<p>B. Persistente malessere riguardo al proprio sesso o senso di estraneità riguardo al ruolo sessuale del proprio sesso</p>	<p>Nei bambini, l'anomalia si manifesta con uno dei seguenti sintomi: nei maschi, affermazione di disgusto verso i propri genitali, o speranza che essi scompaiano, o avversione verso i giochi di baruffa e rifiuto dei tipici giocattoli e attività maschili; nelle femmine, rifiuto di urinare in posizione seduta, rifiuto nei confronti della crescita del seno e nei confronti del ciclo mestruale, speranza che i genitali diventino di tipo maschile, avversione verso l'abbigliamento femminile tradizionale</p> <p>Negli adolescenti e negli adulti, l'anomalia si manifesta con sintomi come preoccupazione di sbarazzarsi delle proprie caratteristiche sessuali e/o convinzione di essere nati del sesso sbagliato</p>
<p>C. L'anomalia non è concomitante con una condizione fisica intersessuale</p>	
<p>D. L'anomalia causa disagio clinicamente significativo o compromissione dell'area sociale o lavorativa</p>	

millio di Roma, si sono rivolti dal 1992 al 2004 oltre 500 persone, di cui 334 si sono sottoposte alla fase psicodiagnostica: tra questi 131 FtM e 203 MtF. Per quanto riguarda lo stato civile, il 95% degli FtM e il 92% delle MtF è celibe o nubile³³. Gli altri centri specialistici presenti sul territorio nazionale non hanno riportato, per adesso, dati epidemiologici.

Il dibattito riguardo alla collocazione diagnostica del transessualismo

Nei paesi occidentali è in corso un dibattito riguardo alla legittimità di includere il DIG tra i disturbi mentali. Questo è vero in particolar modo per il DIG diagnosticato nell'infanzia poiché, nella mag-

gioranza dei casi, esso non si mantiene come tale in età adulta, ma esita in un orientamento sessuale omosessuale^{34,35}. All'interno della stessa *American Psychiatric Association* coesistono a riguardo posizioni fortemente divergenti.

Un simile dibattito è presente anche nella comunità transessuale: se da un lato la permanenza del DIG nelle classificazioni mediche resta l'unica garanzia per ottenere l'accesso a cure mediche e chirurgiche, dall'altro l'accezione di disturbo è sentita come stigmatizzante e ideologica. Infatti, la definizione di DIG secondo il DSM ha un'utilità clinica in termini diagnostici, ma la sofferenza della persona con disforia di genere e l'inclusione di questa condizione nel DSM come "disturbo" è

TABELLA II.

Prevalenza del disturbo di identità di genere. *Prevalence of gender identity disorder* (da De Cuyper et al., 2007, mod.)²¹.

Studio	Paese	MtF	FtM
Walinder, 1968 ²²	Svezia	1:37000 (0,0027%)	1:103000 (0,00097%)
Pauly, 1968 ²³	USA	1:100000 (0,001%)	1:400000 (0,00025%)
Hoening e Kenna, 1973 ²⁴	Inghilterra	1:34000 (0,0029%)	1:108000 (0,00092%)
Ross et al., 1981 ²⁵	Australia	1:24000 (0,0041%)	1:150000 (0,00066%)
O'Gorman, 1982 ²⁶	Irlanda	1:35000 (0,0028%)	1:100000 (0,001%)
Eklund et al., 1986 ²⁷	Paesi Bassi	1:18000 (0,0055%)	1:54000 (0,0018%)
Tsoi 1988 ²⁸	Singapore	1:2900 (0,034%)	1:8300 (0,012%)
Bakker et al., 1993 ²⁹	Paesi Bassi	1:11900 (0,0084%)	1:30400 (0,0032%)
Weitze e Osburg, 1996 ³⁰	Germania	1:42000 (0,0023%)	1:104000 (0,00096%)
Wilson et al., 1999 ³¹	Scozia	1:12700 (0,0078%)	1:52000 (0,0019%)
Gòmez Gill et al., 2006 ³²	Catalogna	1:21031 (0,0047%)	1:48096 (0,002%)
De Cuyper et al., 2007 ²¹	Belgio	1:12900 (0,0077%)	1:33800 (0,0029%)

possibile e valida solo laddove il soggetto ritenga di non essere adeguato a sé o agli stereotipi sociali. Secondo la Lev "il transgenderismo costituisce una variante normale e potenzialmente sana dell'espressione umana" e "quanti presentano variabilità di genere sperimentano grande angoscia nello sviluppare un autentico e stabile senso di sé" in quanto tentano di "adattarsi e di far fronte a una cultura insostenibile"³⁶.

È importante ricordare che non stiamo parlando di una popolazione omogenea. Da una parte ci sono persone che, spesso in epoca precoce, sviluppano un senso di angoscia e di disagio rispetto alle caratteristiche sessuate del proprio corpo, vivendo una netta dicotomia tra la loro identità fisica e quella psichica. L'angoscia di queste persone deriva primariamente da questo conflitto, al di là dell'accettazione o meno da parte della società. Dall'altra, ci sono persone con note più o meno sfumate di varianza rispetto al genere, senza un profondo rifiuto del proprio corpo, che manifestano espressioni di genere più o meno incongrue rispetto agli stereotipi sociali e per le quali il problema fondamentale resta quello dell'accettazione da parte della società e delle conseguenze interiori della non accettazione. In queste persone, l'intervento non sempre soddisfa le aspettative, poiché i veri problemi sono relativi più alle difficoltà sociali e relazionali, affettive e sessuali, che al rapporto col proprio corpo³⁷.

Tuttavia, l'intera comunità scientifica sta cominciando ad ampliare il concetto di identità di genere, finora definito e classificato come dicotomico. Alcuni Autori³⁸⁻³⁹ hanno introdotto il concetto di "mobilità di genere" o "fluidità di genere", che indica la "capacità di diventare liberamente e consapevolmente uno o più di un numero infinito di generi per un tempo qualsiasi e per qualsivoglia numero di cambiamenti"⁵.

A conferma di ciò, si osservano culture in cui non esiste una sovrapposizione così forte fra sesso e genere come nella nostra. Ad esempio, secondo le linee più attuali dell'antropologia culturale, i "berdache" tra i Nativi d'America non rappresentavano persone che avevano effettuato un transito di genere, quanto piuttosto persone che occupavano un terzo e un quarto genere. Se nella nostra cultura l'anatomia ha un primato sul genere e il genere in ultima analisi non è considerato una categoria distinta quanto piuttosto una mera reiterazione del sesso, in altre culture le categorie di genere possono essere multiple; infatti "le categorie di genere spesso si disegnano sulla percezione di differenze anatomiche tra i corpi, ma queste distinzioni sono sempre mediate da significati e categorie culturali"⁴⁰. Il fenomeno dell'espressione di varianza rispetto al genere è sempre più visibile nella nostra società, in cui l'identità di ruolo non è più così strettamente e costrittivamente legata al nucleo sessuale⁴¹.

Tale varianza tende a essere letta dal movimento *transgender* e dal *gender constructivism*⁴² come un'espressione normale dell'identità umana, che necessita di considerazione e rispetto da parte della società. Il termine "transgender" nasce negli anni '80 negli USA per indicare un movimento politico-culturale che si prefigge di contestare la visione eterosessista e genderista che vede nell'uomo la possibilità di avere un solo sesso, quello biologico, coerente con l'identità di genere. A questa logica statica che riduce tutto ad una realtà duale di maschio o femmina si contrappone in modo forte il transgenderismo, che vede invece un continuum di identità possibili (ai cui estremi si situano i concetti di maschio o femmina). Si tratta di un termine "ombrello" che racchiude sotto di sé tutte quelle realtà non identificabili con lo stereotipo di genere, normalmente identificato come "maschio" o come "femmina". È chiaro quindi che con il termine *transgender* si fa riferimento a svariate condizioni, comprendenti ad esempio la persona transessuale operata e non, il travestito, l'omosessuale, ma anche la persona eterosessuale che semplicemente rifiuta un comportamento di genere stereotipato. Il *gender constructivism*, la cui portavoce più influente è Judith Butler⁴², si situa all'interno delle correnti costruttivistiche delle scienze sociali e, nella sua forma più radicale, veicola il messaggio di una negazione delle differenze sessuali naturali: tutte le differenze sessuali sono create, i corpi sono "costruiti" e il sesso non ha priorità rispetto al genere.

Di fatto, come clinici, siamo chiamati a curare la sofferenza, sia essa legata alla dicotomia tra mente e corpo o alle conseguenze di reazioni esterne negative e ostili.

La questione della varianza di genere è questione complessa, che coinvolge significati culturali, sociologici e psicologici. In questo articolo, prenderemo in considerazione soltanto quel gruppo di varianza di genere che si configura come DIG, vale a dire come una condizione caratterizzata da una forte sofferenza a causa della dicotomia tra identità fisica e psichica.

Eziopatogenesi

Le cause del DIG non sono ancora chiare; le varie teorie si distinguono principalmente in base ad una prospettiva biologica (fattori cromosomici, genetici, ormonali) e ad una psicosociale (educazione

ricevuta dai genitori, ambiente ed eventi di vita). Attualmente l'ipotesi più accreditata comprende e integra entrambe le prospettive per spiegare lo sviluppo del DIG.

Fattori biologici

Lo sviluppo dell'identità di genere non sembra legato alle anomalie cromosomiche e i fattori genetici sembrano essere, al massimo, solo parzialmente coinvolti.

Esistono poi numerose teorie che considerano l'influenza di ormoni sessuali in epoca prenatale e perinatale, che possono creare una predisposizione al dimorfismo sessuale, che i fattori sociali e individuali (eredità culturale, ambiente, educazione, età, salute, esperienza, schemi sessuali) poi rafforzano o attenuano⁵.

Nei mammiferi inferiori, la differenziazione del SNC in "senso sessuale maschile" avviene in presenza di adeguate quantità di testosterone, altrimenti evolve in direzione femminile; in studi animali, la presenza di testosterone determina la morfologia di alcuni nuclei cerebrali, nonché abolisce la capacità delle cellule ipofisarie di rispondere in senso LH ad uno stimolo estrogenico. In virtù di queste osservazioni, come possibile spiegazione del fenomeno del transessualismo, è stata invocata una discrepanza tra la differenziazione genitale e la differenziazione sessuale cerebrale. Pertanto la ricerca biomedica ha indagato tre aree nel genere umano: l'identità di genere in soggetti con una storia ormonale perinatale anomala; il tipo di risposta dell'LH agli stimoli estrogenici; la morfologia dei nuclei cerebrali.

Non sono stati trovati casi di transessualismo in maschi o femmine esposti in utero a progestinici, che possono avere effetto antiandrogenico o androgenico, né in casi di esposizione a dietilstilbestrolo; neppure pazienti con CAH (*Congenital Adrenal Hyperplasia*) mostrano una correlazione significativa con lo sviluppo in età adulta di DIG⁴³. Ci sono risultati contrastanti sull'ipotesi di un aumento dell'LH dopo stimolo estrogenico in transessuali MtF, come conseguenza di un'esposizione in epoca prenatale a livelli di ormoni sessuali anormali.

Qualcosa di più interessante è emerso relativamente alla morfologia dei nuclei cerebrali. Oggi sappiamo che esistono differenze, in termini di dimensioni e forma, a livello del SNC tra i due sessi, in particolare a livello dei nuclei ipotalamici. Sulla base di indagini strumentali a livello dell'area

preottica dell'ipotalamo, si suppose l'esistenza di quello che fu definito un "nucleo sessualmente dimorfico" (*sexually dimorphic nucleus*, SDN), doppio per dimensioni e numero di cellule contenute nel maschio rispetto alla femmina. È stato poi identificato, a livello della regione preottica anteriore dell'ipotalamo, un altro nucleo sessualmente dimorfico; a seguire, fu dimostrato che il nucleo interstiziale dell'ipotalamo anteriore si presenta in alcune sue parti più grande nei soggetti di sesso maschile. Poi è stata la volta del nucleo della commissura anteriore, più largo nelle donne. Pochi studi sono stati condotti sui transessuali. Nel 1985 Swaab e Fliers descrissero in 3 MtF la presenza di particolarità a livello delle strutture ipotalamiche. Due di questi pazienti presentavano un grande nucleo soprachiasmatico ed un piccolo SDN, mentre il terzo soggetto aveva l'esatta opposta configurazione⁴⁴. Dieci anni dopo, un gruppo di ricercatori ha riscontrato la presenza in 6 MtF di una parte centrale del nucleo del letto della stria terminale (*central subdivision of the bed nucleus of the striae terminalis*, BSTc) delle dimensioni (più piccola) e della forma di quella delle donne eterosessuali, quindi una struttura tipica del cervello femminile⁴⁵. Va ricordato che in soggetti non-transessuali che hanno dovuto assumere estrogeni non si nota riduzione di volume del medesimo nucleo. Tuttavia, il volume del BST diventa sessualmente dimorfico solo all'inizio dell'età adulta⁴⁶.

Fattori psichici

I fattori psicosociali sono ritenuti essere di notevole importanza nell'insorgenza del DIG, sebbene non esistano chiare e univoche prove empiriche a favore di alcuno di essi.

La psicoanalisi spiega il DIG in termini di "mancata identificazione con il genitore dello stesso sesso". L'ipotesi di Di Ceglie⁴⁷ si basa sulla presenza di una "reazione dissociativa" per cui un bambino/a, di fronte ad un'esperienza traumatica (nella fattispecie, la separazione da una figura di attaccamento), temendo la disintegrazione psichica e il caos, si identifica nella madre (così da non esserne mai separato) o nel padre (così da proteggere la madre, salvandola ed evitando un simile destino per se stesso)⁵. Queste teorie sono tuttavia carenti di un supporto sperimentale.

L'approccio cognitivo, secondo Kohlberg⁴⁸, si basa su alcuni assunti: un bambino impara a due-tre anni a distinguere maschi e femmine e quindi ad

autodefinirsi come appartenente ad una di queste categorie; a tre-sei anni cerca di capire cosa significhi essere maschio o femmina; successivamente (sei-sette anni) diventa consapevole del genere cui appartiene e del fatto che esso non cambierà col tempo o con i suoi comportamenti (raggiunge così la "costanza di genere"). In seguito a tale acquisizione, il bambino agirà in modo coerente con il concetto che ha di sé e con la propria identità di genere ("coerenza cognitiva"). Tuttavia non esistono prove che la costanza di genere sia un requisito essenziale per l'acquisizione dell'identità di genere⁵.

Esistono poi teorie sociologiche, secondo le quali l'identità di genere è una costruzione sociale. Geis⁴⁹ sostiene l'ipotesi secondo cui esistono "stereotipi" sociali che influenzano il modo di percepire e i comportamenti tipizzati (sessuali e di genere) conseguenti.

Bem⁵⁰ propone la "teoria dello schema di genere", che consiste in una struttura cognitiva costituita da una rete di associazioni che guidano e organizzano la percezione di ognuno. Il bambino quindi imparerebbe i contenuti dello schema di genere della società e quali attributi sono adeguati e conformi agli stereotipi culturali dominanti⁵. Queste teorie si basano sull'imitazione di modelli ed esempi che i soggetti con DIG osservano nella società (ambiente familiare e sistemi sociali) e sulle risposte di quest'ultima, sottoforma di premi o punizioni, ai comportamenti dell'individuo⁵¹.

Altri fattori sociali importanti nella differenziazione sessuale sono: l'assegnazione del sesso alla nascita e l'educazione conseguentemente ricevuta⁵¹; le reazioni emotive dei genitori (soprattutto la madre) alla nascita di un figlio del sesso non preferito⁵²; le reazioni neutrali o di rinforzo positivo dei genitori di bambini con DIG nei confronti di comportamenti tipici dell'altro sesso messi in atto dai figli⁵³; la relazione simbiotica madre-figlio⁶; la presenza di una madre debole e vulnerabile o fredda, anaffettiva e rifiutante per DIG FtM⁵⁴; l'assenza del padre e la tolleranza nei confronti dei comportamenti propri del sesso opposto per DIG MtF⁵⁵.

Tuttavia, tali ipotesi non trovano un supporto empirico solido⁵⁶.

Infine, esiste una teoria che integra fattori biologici prenatali e psicologici postnatali ed è quella proposta da Zucker e Bradley⁵². Secondo gli Autori, l'interazione tra la vulnerabilità temperamentale del bambino (elevati livelli di ansia e marcata sen-

sibilità all'affetto dei genitori) e la relazione insicura tra madre e figlio (dovuta alla difficoltà nella regolazione degli affetti della madre), associati al senso di inadeguatezza del padre, comportano preoccupazione, ansia, insicurezza e rabbia nel figlio/a, che percepisce il sesso opposto come più degno di valore e più sicuro. Infatti la madre del bambino con DIG si sente minacciata dall'aggressività maschile e necessita che qualcuno si prenda cura di lei, pertanto incoraggia inconsciamente comportamenti femminilizzati. Dall'altra parte, la madre della bambina con DIG si sente inadeguata e viene scoraggiata e svalutata dal padre, cosicché la figlia si identifica col maschio aggressore in modo da proteggere la madre. In entrambi i casi (DIG MtF e FtM), tutto ciò è fortemente rinforzato dall'incapacità dei genitori di risolvere i loro conflitti e di gestire e limitare i comportamenti propri del sesso opposto dei figli ⁵.

Comorbidità psichiatrica

Il DIG è stato considerato da alcuni autori, soprattutto di stampo psicanalitico, parte di un sottostante disturbo psichiatrico come un disturbo di personalità borderline ^{57 58} o narcisista ⁵⁹ o un disturbo psicotico ⁶⁰.

Il dibattito riguardante l'autonomia diagnostica del DIG è stato riaperto recentemente da un lavoro di Campo et al. ⁶¹. Lo studio è basato sulle risposte di 186 psichiatri olandesi, senza una specifica formazione riguardo al tema, relativamente a 584 pazienti con DIG da essi trattati. Di questi, il 61% presentava il DIG in comorbidità con altre patologie psichiatriche e per il 75% di tale sottogruppo il DIG veniva considerato un epifenomeno di altri disturbi psicotologici (disturbi dissociativi, disturbi psicotici, disturbi di personalità, disturbi dell'umore). L'articolo è stato fortemente criticato da un punto di vista metodologico.

Molti autori considerano il DIG un'entità nosologica a se stante e spiegano la comorbidità psichiatrica come conseguenza della persistente disforia di genere e del concomitante distress psicosociale ⁶²⁻⁶⁵. La Lev ³⁶ afferma che gli studi condotti sui DIG riguardano quel sottogruppo più sofferente afferente a centri specializzati che è più probabile accentui le manifestazioni di sofferenza per dimostrare al medico la necessità del trattamento.

Tradizionalmente, il DIG è stato associato a elevati livelli di comorbidità, in particolare relativamente

a disturbi di asse II, ma anche a disturbi psicotici e affettivi ^{57 66-70}. Altri studi non hanno riscontrato in persone con DIG livelli di psicopatologia elevati ^{64 71-74}. In un lavoro piuttosto recente Haralsden e Dhal ⁶³, confrontando un gruppo di transessuali con un gruppo di pazienti con disturbi di asse II e con un gruppo non clinico, hanno riscontrato bassi livelli di psicopatologia nel gruppo dei transessuali. Altri lavori hanno confermato un livello di psicopatologia all'interno della popolazione DIG non necessariamente più elevato di quello della popolazione generale ^{64 75 76}. Rimane la questione se questo cambiamento nei dati della letteratura rifletta un miglioramento nella qualità della ricerca, un superamento dei bias clinici o un cambiamento relativo ai pazienti disforici che si presentano per il trattamento ⁷⁷.

Recentemente Hepp et al. ⁷⁸, che hanno valutato un campione di 31 pazienti afferenti a un centro specializzato, hanno osservato che la prevalenza di disturbi di asse I è risultata essere maggiore rispetto a quella della popolazione generale; tuttavia la maggior parte di pazienti con DIG non ha ulteriori disturbi di asse I. Per quanto riguarda i disturbi di asse II, la prevalenza nel campione è del 41,9%, rispetto alla prevalenza nella popolazione generale che varia dal 4 al 13%.

Negli ultimi anni in letteratura sono stati riportati casi di comorbidità tra DIG e disturbi del comportamento alimentare ⁷⁹⁻⁸¹, in particolare tra DIG MtF e anoressia nervosa. In entrambi i disturbi è centrale il tema dell'immagine corporea: un recente lavoro di Kraemer et al. ⁸² osserva in un campione di 45 DIG elevati livelli di insoddisfazione e preoccupazione per l'immagine corporea, che sembra migliorare notevolmente nei pazienti che hanno effettuato la RCS.

In letteratura sono descritti casi di comorbidità tra schizofrenia e DIG. Il clinico deve sempre investigare la co-occorrenza di questi due disturbi, visto che nella schizofrenia possono essere presenti, anche se raramente, deliri di appartenenza al sesso opposto. L'insistenza di una persona con DIG di appartenere al sesso opposto non è un delirio, in quanto la persona non crede realmente di appartenere al sesso opposto, ma si sente membro del sesso opposto ¹⁹. È importante distinguere tra casi, peraltro rari, di comorbidità ^{83 84} e casi in cui il desiderio transessuale è un sintomo psicotico.

Molti studi hanno trovato che gli FtM hanno in genere un miglior aggiustamento sociale, attività

lavorative più stabili e un minor livello di psicopatologia rispetto alle MtF^{57 43}.

In un recente studio spagnolo⁸⁵ su un campione di 252 persone afferenti a un centro specialistico per disforia di genere dal 2000 al 2006, 230 persone hanno ricevuto una diagnosi di disturbo dell'identità di genere secondo DSM IV-TR, 5 di travestitismo doppio ruolo secondo ICD 10, 8 di disturbo dell'identità di genere non altrimenti specificato, 3 di schizofrenia o altri disturbi psicotici, 3 di disturbo ossessivo compulsivo, 3 di disturbi della personalità, 1 di disturbo della differenziazione sessuale. Delle 230 persone con diagnosi di DIG, 159 sono MtF e 71 FtM. La diagnosi psichiatrica lifetime più frequente nel campione, valutata tramite colloqui clinici, MINI e un'intervista semi-strutturata basata sui criteri del DSM, è quella di disturbi dell'adattamento, nel 56% delle MtF e nel 70,4% degli FtM. Altre diagnosi frequenti sono disturbi alcol correlati e sostanze correlati pregressi o in atto nelle MtF e pregresso disturbo d'ansia generalizzata e fobia sociale in atto in entrambi i gruppi.

Piuttosto frequente è la comorbidità con abuso di sostanze⁸⁶; in uno studio del 1999, Valentine⁸⁷ osserva che il 27% di pazienti con disforia di genere che si rivolgono a centri specializzati presenta abuso di alcool e il 23% di sostanze stupefacenti. Haraldsen et al.⁶³ hanno valutato come diagnosi psichiatriche prevalenti l'abuso di sostanze, i disturbi d'ansia e i disturbi affettivi.

Il rischio suicidiario sembra essere più elevato rispetto alla popolazione generale^{3 88-90}. Prima della RCS circa il 20% dei transessuali ha almeno una volta tentato il suicidio². Il rischio suicidiario sembra ridursi in seguito all'RCS: secondo Kuiper⁹¹, i suicidi sarebbero circa l'1,2% nelle MtF e lo 0,5% negli FtM. Cole et al.⁶⁴ hanno riscontrato nel loro campione un rischio suicidiario annullato in seguito a RCS.

Nessuna delle psicopatologie in comorbidità esclude necessariamente il soggetto con DIG dal trattamento, ma è responsabilità dell'esperto di salute mentale aiutare il paziente a ricevere un'adeguata terapia rispetto a tali condizioni prima di iniziare qualsiasi intervento medico di riassegnazione⁷⁷.

Procedure diagnostiche e terapeutiche

È obbligo del clinico capire quanto la diagnosi sia irreversibile e netta e quanto un intervento medi-

co-chirurgico porti a benessere psico-fisico e a miglioramento della qualità di vita⁹². Per questo si è reso necessario arrivare a definire degli standard di cura.

Il soggetto che si presenta all'attenzione medica per un presunto DIG deve iniziare un percorso, che la *World Health Professional Association for Transgender Health* (WPATH, prima chiamata *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association*, HBGDA) ha cercato di impostare definendo i criteri minimi di trattamento e ponendo le basi per un team centrato su multidisciplinarietà ed integrazione tra le diverse figure professionali, affinché sia assicurata l'adeguatezza delle cure fornite (psichiatri, psicologi, endocrinologi e chirurghi). Il proposito fondamentale degli standard di cura è di articolare in modo organizzato il consenso tra diversi professionisti riguardo al management psicologico, medico e chirurgico del DIG⁹³. Questi standard costituiscono una guida per la pratica professionale, fornendo i requisiti minimi per la procedura terapeutica, che si struttura in:

- un'accurata diagnosi;
- l'esperienza di vita reale, preferibilmente accompagnata da psicoterapia;
- la terapia ormonale;
- la terapia chirurgica (riassegnazione chirurgica di sesso, RCS).

La fase diagnostica

La prima fase è quindi di tipo diagnostico, osservazionale e informativo.

Prima che sia preso in considerazione qualsiasi tipo d'intervento fisico, è necessaria un'esplorazione estensiva delle risorse personali, familiari e sociali del soggetto e una valutazione puntuale del funzionamento psichico e della psicopatologia.

Il gruppo medico dovrà effettuare un'accurata diagnosi differenziale con i disturbi della differenziazione sessuale (valutazione di cariotipo, dosaggi ormonali ed esame obiettivo) e con condizioni psichiche potenzialmente confondibili con DIG. Tra queste, una semplice non conformità allo stereotipo di genere, omosessualità egodistonica, crisi adolescenziale con disagio riguardo al genere, feticismo da travestimento (presente in circa il 30% dei soggetti che richiedono RCS), schizofrenia (presente in meno del 5% dei soggetti che richiedono RCS), gravi disturbi di personalità (es. disturbo di personalità borderline), disturbo da dismorfismo corporeo⁹².

Una volta confermata la diagnosi, il paziente deve poi essere informato su tutte le procedure ed i trattamenti previsti, nonché sui rischi connessi a tali trattamenti e sull'irreversibilità di alcuni di essi. Bisogna inoltre discutere con il paziente riguardo alle aspettative più o meno realistiche relative ai benefici del trattamento e aiutarlo a valutare le varie possibilità terapeutiche, sia ormonali sia chirurgiche.

Sulla base dell'equilibrio psichico del paziente, delle sue difficoltà e risorse e delle sue aspettative relative al percorso, l'esperto di salute mentale valuterà l'eleggibilità al trattamento.

L'esperienza di vita reale

La fase successiva alla diagnosi e alla valutazione positiva riguardo all'eleggibilità al trattamento, consiste nella cosiddetta esperienza di vita reale, vale a dire nel tentativo pratico del soggetto di vivere a tempo pieno come membro del sesso desiderato. Durante tale periodo il soggetto vive stabilmente negli abiti e nel ruolo del sesso desiderato, in modo da gestire la propria identità di genere nella quotidianità⁵. Questa esperienza serve a valutare il funzionamento nel genere preferito e l'adeguatezza del supporto sociale, economico e psicologico. Permette al soggetto, e ai professionisti che lo seguono, di monitorare l'esperienza di vita nel ruolo desiderato e di osservare le interazioni con gli altri. Senza tale esperienza il soggetto conoscerebbe solo le sue convinzioni e fantasie private riguardo alla sua appartenenza al sesso opposto. Queste potrebbero essere irrealistiche e portare ad attese magiche riguardo ai risultati dell'intervento.

L'esperienza di vita reale andrebbe intrapresa per gradi: prima in un ambiente di fiducia e dopo in pubblico. Prima che possa essere considerata l'opportunità della riassegnazione chirurgica, deve essere condotta un'esperienza di vita reale completa di almeno un anno durante la quale il soggetto è in contatto con un professionista della salute mentale così da permettere la valutazione del successo dell'esperienza e la discussione riguardo la risoluzione dei problemi da essa posti.

La psicoterapia

Secondo le linee guida elaborate dall'Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere⁹⁴ occorre un periodo di psicoterapia di almeno 6 mesi prima di iniziare ad assumere terapia ormonale e la psicotera-

pia viene considerata di fondamentale importanza durante tutto il percorso. Pur non essendo obbligatorio, secondo le linee guida internazionali, un percorso psicoterapeutico per persone transessuali^{93 95} è fortemente raccomandato. Non ci sono ad oggi in letteratura informazioni riguardo alla percentuale di soggetti che non necessitano di psicoterapia. L'unico studio a occuparsi del tema, è un lavoro di Seikowski⁹⁶, che basandosi sulle risposte a test psicometrici, osserva che su 430 soggetti con DIG, 2/3 non necessitano di una psicoterapia strutturata. Sicuramente la psicoterapia, come altre forme di supporto – es. counselling e gruppi di auto-aiuto⁹⁷, ha un ruolo prognostico positivo⁹⁸.

Lo scopo della psicoterapia è il raggiungimento di uno stile di vita stabile a lungo termine e di "un maggiore equilibrio interiore ed esteriore"⁹⁹. Secondo Carroll⁷⁷ la psicoterapia ha quattro scopi fondamentali:

1. aiutare il paziente a conoscersi meglio, a facilitare la sua ricerca di autenticità senza preconcetti, ad avere un'estesa consapevolezza della sua personalità, della sua sessualità e delle sue relazioni. È utile in questo processo una prospettiva storica che aiuta il paziente a capire lo sviluppo della sua identità di genere e di altri aspetti della sua personalità;
2. renderlo consapevole delle varie opzioni per risolvere la sua disforia di genere: il paziente deve valutare i benefici e i costi, i vantaggi e gli svantaggi di ogni opzione;
3. trattare le altre problematiche psicopatologiche che potrebbero coesistere, ad esempio disturbi del tono dell'umore o abuso di sostanze;
4. aiutare il paziente riguardo alla determinazione dei propri progetti di vita e al modo di attuarli.

Il ruolo del terapeuta deve essere flessibile e teso a raggiungere l'obiettivo che di volta in volta è prioritario per il paziente a seconda dello stadio di consapevolezza e transizione in cui il paziente si trova. La Lev³⁶ individua, in questo processo, sei stadi:

1. consapevolezza: il paziente sta prendendo consapevolezza della propria identità di genere. L'obiettivo terapeutico in questo stadio è di fornire una base sicura in cui il paziente possa esplorare i propri pensieri senza spaventarsi. Non è un momento in cui prendere decisioni o direzioni;
2. ricerca di informazioni: il paziente ricerca informazioni e spesso è impaziente di iniziare un

percorso di adeguamento. Il terapeuta deve assistere il paziente nella ricerca di informazioni sicure e gestire la sua impazienza, senza prendere decisioni;

3. apertura verso persone significative: è un momento molto difficile e doloroso, in cui il terapeuta deve mantenere un atteggiamento equidistante tra il paziente e i familiari e rendersi disponibile a bilanciare la necessità di espressione del paziente e la difficile accettazione da parte delle sue figure significative;
4. esplorazione e identità: il paziente prende sempre più consapevolezza della sua identità e inizia a esplorare un ruolo di genere desiderato. Il ruolo del terapeuta è quello di assistere il paziente nella sua esplorazione, aiutandolo a prendere in considerazione le varie scelte possibili e le loro conseguenze;
5. esplorazione, modifiche corporee e transizione: è questa la fase della terapia ormonale e dell'esperienza di vita reale. Compito del terapeuta è assistere il paziente in questo processo di transizione, monitorarne i progressi e offrire sostegno, senza interferire nelle sue scelte, ma assicurandosi che ne capisca a pieno la portata e le conseguenze.

Bisogna tenere presente che spesso l'esperto di salute mentale è visto inizialmente come colui che accorda o meno il permesso all'RCS. Già Benjamin nel 1966¹⁰⁰ evidenziava gli elevati livelli di resistenza nei soggetti con DIG ad affrontare una psicoterapia. Così può succedere che il passato sia ricostruito per provare la legittimità della domanda e il soggetto si senta sotto esame. Prerequisito fondamentale per la psicoterapia è che a questo clima si sostituisca una relazione basata su fiducia e collaborazione, che permetta al paziente di sostenere il dubbio e di esplorare la propria identità. Infatti il transessuale sa cosa non è, ma non cosa sarà: "l'identità affermata è altrettanto sconosciuta e poco conoscibile, essendo questa un puro postulato basato sulla conoscenza di cosa non sono"¹⁰¹. Compito del terapeuta è guidare il paziente alla scoperta di quella parte di realtà che è stata esclusa nel corso dello sviluppo e aiutarlo a capire se la sua domanda apparente corrisponde al suo desiderio effettivo; spingerlo a prendere in considerazione le varie opzioni di trattamento e a coltivare aspettative realistiche riguardo all'RCS; guidarlo nella conoscenza delle proprie risorse e debolezze per affrontare un percorso difficile e

lungo. Nella fase di transizione, la psicoterapia ha un importante ruolo di supporto nell'esperienza di vita reale e nella ricerca di una declinazione personale del proprio ruolo di genere. La psicoterapia agevola l'elaborazione della transizione e la ristrutturazione sarà tanto più adeguata quanto maggiori saranno gli elementi che permarranno dopo la transizione.

In uno studio condotto dalla Rachlin¹⁰², su un campione di 93 soggetti con DIG che avevano cercato contatti con psicoterapeuti, si osserva che: un primo contatto con uno psicoterapeuta è ricercato per una crescita personale e un miglioramento della qualità delle relazioni, mentre un secondo contatto sembra più finalizzato al supporto durante la transizione. Inoltre più dell'87% del campione riporta cambiamenti positivi come risultato della psicoterapia e si nota un'associazione positiva tra l'esperienza del terapeuta nel campo dell'identità di genere e la soddisfazione del paziente, la qualità della relazione terapeutica e l'entità dei progressi percepiti durante la fase di esplorazione e transizione.

La terapia ormonale

Durante l'esperienza di vita reale, previo esame obiettivo e valutazione di esami ematici e del cariotipo, è possibile iniziare il trattamento ormonale. Il passaggio da uno stato di genere all'altro non dovrebbe essere attuato prima che ci sia stato il tempo necessario per la persona e la sua famiglia di assimilare pienamente gli effetti di tale esperienza, al fine di evitare interventi precoci. La terapia ormonale, se tollerata dal punto di vista medico, dovrebbe precedere ogni intervento chirurgico sui genitali. La soddisfazione relativa agli effetti della terapia ormonale consolida l'identità della persona come membro appartenente al genere d'elezione e aumenta la convinzione a procedere nel percorso.

Un'insoddisfazione per gli effetti del trattamento ormonale può segnalare ambivalenza riguardo al percorso di riattribuzione. Alcuni soggetti che si sottopongono a trattamento ormonale non desiderano interventi chirurgici.

I criteri minimi, definiti dagli SOC per iniziare la terapia ormonale sono:

- una esperienza di vita reale di almeno tre mesi o un periodo di psicoterapia;
- il raggiungimento di un ulteriore consolidamento dell'identità di genere durante l'esperienza di vita reale o la psicoterapia;

- il riscontro di progressi nel superamento di problemi legati alla salute mentale;
- la conoscenza degli effetti degli ormoni e probabilità che il paziente li assuma in modo responsabile.

La terapia ormonale ha due scopi:

1. ridurre il più possibile i caratteri sessuali secondari espressione del proprio sesso genotipico;
2. indurre le caratteristiche sessuali secondarie del sesso di elezione.

Il trattamento ormonale varia da prima a dopo l'intervento chirurgico.

Trattamento ormonale MtF

Gli estrogeni (estradiolo, etinilestradiolo) sono la pietra angolare per il processo di femminilizzazione dei pazienti MtF; inducono i cambiamenti fisici e psicologici in senso femminile; riducono la libido. La dose tipicamente raccomandata è dalle due alle tre volte maggiore di quella utilizzata nella terapia ormonale sostitutiva nelle donne in menopausa. Dosaggi più alti hanno il solo risultato di ottenere una più rapida crescita del seno ma non una più rapida soppressione dei livelli di testosterone ¹⁰³.

La somministrazione di modulatori ormonali (progestinici e antiandrogeni) può potenziare gli effetti degli estrogeni. Gli antiandrogeni (ciproterone, spironolattone) abbassano i livelli di testosterone ematico e bloccano il suo legame al recettore androgenico, con conseguente attenuazione dei caratteri sessuali maschili secondari. Inoltre, il loro effetto è per così dire doppio poiché inibiscono anche la produzione ipofisaria di gonadotropine. Il ciproterone acetato è l'antiandrogeno più comunemente utilizzato in Europa.

Il trattamento ormonale permette innanzitutto il raggiungimento di due target fondamentali: soppressione della produzione endogena di androgeni (testosterone) e femminilizzazione dell'aspetto corporeo, prima di tutto con incremento del volume mammario. L'aumento del volume mammario inizia generalmente dopo 2-3 mesi dall'inizio della terapia ormonale e continua per due anni; solo un terzo dei soggetti raggiunge un volume da essi ritenuto accettabile. Per quanto riguarda i peli corporei, i migliori risultati si hanno dopo circa quattro mesi di trattamento; purtroppo nella maggior parte dei casi queste persone sono costrette a ricorrere a sistemi di epilazione presso centri di estetica. La produzione di sebo crolla rapidamente. Inoltre la

terapia causa riduzione del volume testicolare e soppressione delle erezioni. Comunque, l'aspetto dei genitali maschili non viene modificato fortemente dagli estrogeni. Si può apprezzare clinicamente una riduzione del volume testicolare del 25%, che per alcuni pazienti è incoraggiante quale segno di progresso. La soppressione delle erezioni spontanee è riferita da molti ma non da tutti i soggetti, alcuni dei quali continuano a presentare erezioni nei momenti di eccitazione sessuale. La terapia ormonale va attentamente monitorizzata a causa dei possibili effetti collaterali, tra cui eventi tromboembolici e iperprolattinemia.

L'infertilità è l'inevitabile prezzo da pagare per questi pazienti.

Esistono delle controindicazioni alla terapia ormonale, assolute (grave ipertensione diastolica, cardiopatia ischemica, valvulopatie, disturbi di conduzione, cardiomiopatia, miocarditi recenti, pregresse tromboflebiti o episodi di tromboembolismo, patologia cerebrovascolare, epatopatia come movimento delle transaminasi dndd, epatite, abuso di droga, alcolismo) e relative (iperprolattinemie, familiarità per carcinoma mammario, forte tabagismo, grave obesità, grave dislipidemia).

Trattamento ormonale FtM

Per gli FtM, l'obiettivo è indurre virilizzazione e bloccare il ciclo mestruale. La terapia si basa sull'utilizzo di testosterone, la cui somministrazione causa aumento dei peli corporei (anche a livello del volto) e calvizie di tipo maschile, aumento di peso e riduzione della massa grassa a livello dei fianchi, aumento del volume clitorideo, moderata atrofia mammaria ¹⁰⁴.

Gli effetti collaterali della terapia con testosterone includono infertilità, acne, instabilità del tono dell'umore, aumento del desiderio sessuale; le ovaie divengono simili a quelle dell'ovaio policistico ¹⁰⁵. Le controindicazioni al trattamento sono le patologie cardiovascolari e cerebrovascolari, pregresse tromboembolie, grave obesità, diabete mellito scompensato. Dopo l'intervento chirurgico la terapia viene continuata per mantenere la virilizzazione e prevenire l'osteoporosi.

La terapia chirurgica

Dopo almeno 12 mesi di esperienza di vita reale e almeno 6 mesi di terapia ormonale, se il soggetto è consapevole delle modalità e dei rischi dell'RCS, se ha ottenuto un ulteriore consolidamento del-

l'identità di genere e se ha fatto progressi nel superamento di problemi legati alla salute mentale, è possibile per lui accedere alla terapia chirurgica. Dopo l'RCS, il gruppo medico avrà la funzione di monitorare la terapia ormonale e le condizioni psichiche del paziente.

Prognosi

Sebbene le casistiche siano ancora limitate, il DIG adeguatamente trattato sembra avere un miglior decorso rispetto ai casi che non giungono ad un'osservazione medica competente e che presentano un maggior rischio di scompensi timici. Deve essere sottolineato come nei pazienti con DIG primario la prognosi relativa alla RCS sia migliore. Questo non esclude i pazienti con DIG secondario dal trattamento, ma impone al gruppo medico un'estrema attenzione diagnostica e un più sostanzioso sostegno psicoterapeutico¹⁰⁶.

Il maggior ostacolo nel condurre studi di follow-up consiste nell'elevata percentuale di persone che non accettano di sottoporsi a una nuova valutazione⁴³. Gli studi inoltre variano considerevolmente riguardo alla metodologia, al numero dei soggetti valutati e ai criteri prognostici. In molti studi il successo della transizione è valutato tramite una combinazione di fattori, spesso includendo "fattori oggettivi", come l'impiego e le condizioni abitative. Tutti gli studi, tranne uno¹⁰⁷, arrivano comunque alla conclusione che l'RCS è un metodo efficace e riproducibile per curare il transessualismo e, in particolare, la disforia di genere. Lo scopo fondamentale dell'RCS infatti consiste nel ridurre o risolvere la disforia di genere, cioè il distress originato dal contrasto che si esperisce tra il proprio sesso biologico e il senso profondo di sé come maschio o femmina. Numerosi studi inoltre riportano un miglior funzionamento psicologico e sociale dopo la chirurgia e una ridotta incidenza di tentativi suicidari⁹⁸⁻¹⁰⁸⁻¹¹⁰.

Altri fattori considerati importanti in letteratura per la valutazione del successo della transizione sono la soddisfazione percepita e il rimorso rispetto alla transizione. L'insoddisfazione post-intervento chirurgico è rara e spesso associata ad una diagnosi non corretta o ad un percorso di adeguamento mal gestito¹¹¹. Le transessuali MtF che si sottopongono a RCS sono spesso molto soddisfatti della loro decisione¹¹²⁻¹¹⁴ e raramente manifestano rimorso riguardo al processo di riassegnazione¹¹³. Alcuni

studi¹⁰⁶⁻¹¹⁵ hanno suggerito che il rimorso dopo l'RCS è più frequente, nel gruppo degli MtF, nel sottotipo non-omosessuale. Tuttavia, né la presenza né l'intensità di componenti autoginefiliche sembra essere associata a rimorso o insoddisfazione per l'RCS¹¹³.

Un recente studio di follow-up condotto in Brasile¹¹⁶ conferma l'effetto prognostico positivo dell'RCS, già sottolineato in lavori precedenti⁶²⁻¹¹⁷. In particolare l'aspetto benefico riguarda diverse dimensioni della vita dei pazienti: le relazioni sessuali, le relazioni sentimentali e quelle familiari. Riguardo alle relazioni sessuali, l'83,3% dei soggetti considera migliorata l'esperienza sessuale ed essa è diventata più frequente per il 64,7% dei soggetti¹¹⁶.

Per quanto riguarda la sessualità dopo RCS, gli studi concordano riguardo a una maggiore soddisfazione dei soggetti. In un recente studio, De Cuyper et al.¹¹⁸ hanno osservato che la frequenza masturbatoria aumenta in modo significativamente maggiore negli FtM rispetto alle MtF e che i primi sperimentano maggior soddisfazione sessuale ed eccitazione sessuale e raggiungono più facilmente l'orgasmo rispetto alle seconde. La maggioranza dei partecipanti allo studio riferisce dei cambiamenti nella qualità dell'orgasmo, in particolare un orgasmo più potente e breve negli FtM e un orgasmo più intenso, dolce e prolungato nelle MtF. Più dei due terzi delle MtF intervistate riferiscono la presenza di lubrificazione vaginale durante l'eccitazione sessuale, probabilmente originata dalle ghiandole di Cowper, lasciate in sede durante la chirurgia.

Rispetto alla capacità orgasmica delle MtF, gli studi concordano nell'affermare che la maggioranza dei soggetti sperimenta l'orgasmo¹²⁻¹¹⁹. Inoltre, Lief et al. hanno osservato che, sebbene la capacità orgasmica si riduca dopo RCS nelle MtF, la soddisfazione sessuale percepita risulta maggiore¹²⁰.

Il successo della transizione sembra dipendere da diversi fattori, sia precedenti l'RCS (ad esempio il contatto regolare con il centro specialistico, il vivere nel ruolo desiderato, il ricevere terapia ormonale, il sottoporsi a regolari colloqui psichiatrici o psicologici), sia dipendenti dall'RCS o successivi a questa (ad esempio la qualità dell'intervento chirurgico e il cambiamento dei dati anagrafici)¹²¹. I fattori prognostici positivi individuati dalla letteratura sono: richiesta di RCS in età inferiore a 30 anni, assenza di gravi scompensi psichici, orienta-

mento omogenotipico, esperienza di vita reale per almeno un anno, conoscenza e piena accettazione della RCS, appoggio psicoterapeutico¹⁰⁹.

Aspetti medico-legali

In Italia, il provvedimento che regola il procedimento di riattribuzione di sesso è stato promulgato nel 1982 (legge n. 164 del 14.04.82)¹²². Tranne casi particolari in cui risulti specifica autorizzazione da parte del Tribunale dei Minori, l'autorizzazione alla riattribuzione di sesso può essere concessa solo a quanti abbiano raggiunto la maggiore età. Prima della promulgazione di questa legge le procedure medico-chirurgiche finalizzate al cambiamento di sesso erano illegali. Con la legge è stato sancito che il trattamento medico-chirurgico è possibile, ma deve risultare necessario ed essere autorizzato con sentenza. La legge ha avuto inoltre un carattere "sanatorio", legittimando situazioni di fatto già esistenti al momento della sua promulgazione.

Non sempre per i transessuali il ricorso all'intervento chirurgico di riattribuzione del sesso risulta indispensabile. D'altra parte anche questi casi necessitano di uno status giuridicamente riconosciuto, status che con la legge 164 viene subordinato esclusivamente ad una effettiva trasformazione chirurgica irreversibile. Già in alcuni Paesi del Nord Europa ad una regolamentazione analoga a quella italiana si affianca la possibilità di un'alternativa chiamata "la piccola soluzione", diretta ad ottenere esclusivamente la modifica anagrafica del nome o dei prenomi, con sentenza peraltro non immutabile (è prevista una decadenza in caso di matrimonio o nascita di figli).

Conclusioni

Il disagio riguardo alla propria identità di genere può assumere varie forme e diverse intensità. Ancora non abbiamo la conoscenza relativa all'eziologia di tale stato. Il clinico dovrebbe cercare soprattutto di comprendere l'unicità del paziente, la sua storia e il suo bisogno. Fortunatamente esistono delle chiare linee guida per lavorare con i soggetti che presentano problemi relativi all'identità di genere, capaci di dirigere la fase diagnostica e terapeutica. Tale metodologia ha mostrato dei buoni risultati empirici e la prognosi del trattamento è positiva.

Un gruppo di figure professionali dedicato alla gestione del disturbo è la miglior risposta che si può offrire a queste persone, che necessitano di una assistenza a lungo termine, di un accompagnamento durante il loro difficile cammino e della possibilità di curare il loro stato di salute senza incorrere in discriminazioni. Lo scopo del gruppo è quello di aiutare le persone con disagio relativo all'identità di genere a trovare la soluzione migliore per la propria disforia. Molto lavoro rimane da fare relativamente alla conoscenza dei fattori psicologici e biologici che possono contribuire allo strutturarsi della varianza di genere. Fondamentale importanza riveste l'educazione non solo dei professionisti, ma anche della società riguardo a tale tema, così da superare lo stigma e i pregiudizi ancora purtroppo ad esso associati.

Bibliografia

- 1 Gooren L. *The biology of human psychosexual differentiation*. *Horm Behav* 2006;50:589-601.
- 2 Kuiper A, Cohen-Kettenis PT. *Sex reassignment surgery: a study of 141 Dutch transsexuals*. *Arch Sex Behav* 1988;17:439-57.
- 3 Grossman AH, D'Augelli AR. *Transgender youth and life threatening behaviors*. *Suicide Life Threat Behav* 2007;37:527-37.
- 4 Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE. *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia, PA: W.B. Saunders 1948.
- 5 Dettore D, a cura di. *Il disturbo dell'identità di genere. Diagnosi, eziologia, trattamento*. Milano: McGraw-Hill 2005.
- 6 Person E, Ovesey L. *The transsexual syndrome in males: I. Primary transsexualism*. *Am J Psychother* 1974;28:4-29.
- 7 Blanchard R. *Typology of male to female transsexualism*. *Arch Sex Behav* 1985;14:247-61.
- 8 Person E, Ovesey L. *The transsexual syndrome in males: I. Secondary transsexualism*. *Am J Psychother* 1974;28:174-93.
- 9 Blanchard R. *The classification and labelling of non-homosexual gender dysphorias*. *Arch Sex Behav* 1989;18:315-34.
- 10 Blanchard R. *The concept of autogynephilia and the typology of male gender dysphorias*. *J Nerv Ment Dis* 1989;177:616-23.
- 11 Blanchard R. *Clinical observation and systematic studies of autogynephilia*. *J Sex Marital Ther* 1991;17:235-51.

- ¹² Lawrence A. *Sexuality before and after male to female sex reassignment surgery*. Arch Sex Behav 2005;34:147-66.
- ¹³ Abel GG, Osborn C. *The paraphilias. The extent and nature of sexually deviant and criminal behaviour*. Psychiatr Clin North Am 1992;15:675-87.
- ¹⁴ Bradford JMW, Boulet J, Pawlak A. *The paraphilias: a multiplicity of deviant behaviours*. Can J Psychiatry 1992;37:104-8.
- ¹⁵ Bolin A. *In search of eve: transsexual rites of passage*. South Hadley: Bergin and Garvey 1988.
- ¹⁶ Walworth JR. *Sex reassignment surgery in male to female transsexuals: client satisfaction in relation to selective criteria*. In: Boulough B, Boulough VL, Elias J, editors. *Gender blending*. Amherst, NY: Prometheus Books 1997, pp. 352-69.
- ¹⁷ Freund K, Blanchard R. *Erotic target location errors in male gender dysphoric, paedophiles and fetishist*. Br J Psychiatry 1993;162:558-63.
- ¹⁸ First MB. *Desire for amputation of a limb: paraphilia, psychosis, or a new type of identity disorder*. Psychol Med 2005;35:919-28.
- ¹⁹ American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR Fourth Edition (text revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Association 2000.
- ²⁰ World Health Association. *International Classification of Diseases, Tenth Revision (ICD-10)*. Geneva, Switzerland: WHO 1992.
- ²¹ De Cuypere G, Van Hemelrijck M, Michel A, Crael B, Heylens G, Rubens R, et al. *Prevalence and demography of transsexualism in Belgium*. Eur Psych 2007;22:137-41.
- ²² Walinder J. *Transsexualism: definition, prevalence and sex distribution*. Acta Psychiatr Scand Suppl 1968;203:255-8.
- ²³ Pauly IB. *The current status of the change of sex operation*. J Nerv Ment Dis 1968;147:460-71.
- ²⁴ Hoening J, Kenna JC. *Epidemiological aspects of transsexualism*. Psychiatr Clin 1973;6:65-80.
- ²⁵ Ross MW, Walinder J, Lundstrom B, Thuwe I. *Cross-cultural approaches to transsexualism. A comparison between Sweden and Australia*. Acta Psychiatr Scand 1981;63:75-82.
- ²⁶ O'Gorman EC. *A retrospective study of epidemiological and clinical aspects of 28 transsexual patients*. Arch Sex Behav 1982;11:231-6.
- ²⁷ Eklund PL, Gooren LJ, Bezemer PD. *Prevalence of transsexualism in The Netherlands*. Br J Psychiatry 1988;152:638-40.
- ²⁸ Tsoi WF. *The prevalence of transsexualism in Singapore*. Acta Psychiatr Scand 1988;78:501-14.
- ²⁹ Bakker A, van Kesteren PJM, Gooren LJ, Bezemer PD. *The prevalence of transsexualism in the Netherlands*. Acta Psychiatr Scand 1993;87:237-8.
- ³⁰ Weitze C, Osburg S. *Transsexualism in Germany: empirical data on epidemiology and application of the German transsexuals' act during its first ten years*. Arch Sex Behav 1996;25:409-25.
- ³¹ Wilson P, Sharp C, Carr S. *The prevalence of gender dysphoria in Scotland: a primary care study*. Br J Gen Pract 1999;49:991-2.
- ³² Gòmez-Gill E, Trilla García A, Godàs Sieso T, Halperin Rabinovich I, Puig Domingo M, Vidal Hagemeyer A, et al. *Estimación de la prevalencia, incidencia y razón de sexos del transexualismo en Catalunya según la demanda asistencial (estimation of prevalence, incidence and sex ratio of transsexualism in Catalonia according to health care demand)*. Actas Espanolas de Psiquiatria 2006;34:295-302.
- ³³ Ravenna AR, Chianura L. *Disturbo dell'identità di genere, riflessioni sul percorso di adeguamento psicofisico e legale presso il SAIFIP*. In: Dettore D, a cura di. *Il disturbo dell'identità di genere. Diagnosi, eziologia, trattamento*. Milano: McGraw-Hill 2005.
- ³⁴ Isay RA. *Remove gender identity disorder in DSM (letter to the editor)*. Psychiatric News 1997;32:13.
- ³⁵ Wilson KK. *The disparate classification of gender and sexual orientation in American Psychiatry*. Presented at the Annual Meeting of the American Psychiatric Association. Toronto Ontario, Canada, 1998. <http://www.gidreform.org/kwapa98.html>.
- ³⁶ Lev AI. *Transgender emergence*. New York-London-Oxford: The Haworth Clinical Practice Press 2004.
- ³⁷ Godino A, La Carbonara A. *Identità multiple. Psicologia del transessualismo*. Milano: Franco Angeli 1998.
- ³⁸ Bornstein K. *Gender outlaw: on men, women, and the rest of us*. New York: Routledge 1994.
- ³⁹ Ekins R, King D. *Towards a sociology of transgendered body*. Sociological Review 1999;47:580-602.
- ⁴⁰ Roscoe W. *Come diventare berdache*. In: Bisogno F, Ronzon F, a cura di. *Altri generi. Inversioni e variazioni di genere tra culture*. Milano: Il dito e la luna 2007.
- ⁴¹ Reiche R. *Genere senza sesso*. Roma: Biblioteca Meltemi 2007.
- ⁴² Butler J. *Bodies that matter. On the discursive limits of "sex"*. New York-London: Routledge Press 1993 (tr. it. parziale di S. Capelli. *Corpi che contano. I limiti discorsivi del "sesso"*. Milano: Feltrinelli 1996).
- ⁴³ Michel A, Mormont C, Legros JJ. *A psycho-endocrinological overview of transsexualism*. Eur J Endocrinol 2001;145:365-76.
- ⁴⁴ Swaab DF, Fliers E. *A sexually dimorphic nucleus in the human brain*. Science 1985;228:1112-5.

- ⁴⁵ Zhou JN, Hofman MA, Gooren LJ, Swaab DF. A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature* 1995;378:68-70.
- ⁴⁶ Chung WC, De Vries GJ, Swaab DF. Sexual differentiation of the bed nucleus of the stria terminalis in human may extend into adulthood. *J. Neurosci* 2002;22:1027-33.
- ⁴⁷ Di Ceglie D. *A stranger in my own body*. London: Karnak Books 1998 (tr. it. *Straniero nel mio corpo. Sviluppo atipico nell'identità di genere e salute*. Milano: Angeli Editore 2003).
- ⁴⁸ Kohlberg L. *A cognitive-development analysis of children's sex roles concepts and attitudes*. Stanford, CA: Stanford University Press 1966.
- ⁴⁹ Geis FL. *Self-fulfilling prophecies: a social psychological view of gender*. In Beall AE, Stenberg RJ, editors. *The psychology of gender*. New York: Plenum Press 1993, pp. 47-61.
- ⁵⁰ Bem SL. *Gender schema theory: a cognitive account of sex typing*. *Psychol Rev* 1981;88:354-64.
- ⁵¹ Money J. *Ablatio penis: normal male infant sex-reassigned as girl*. *Arch Sex Behav* 1975;4:65-71.
- ⁵² Zucker KJ, Bradley SJ. *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. New York: Guilford Press 1995.
- ⁵³ Green R. *Sexual identity conflict in children and adults*. New York: Basic Books 1974.
- ⁵⁴ Stoller RJ, Herdt GH. *The development of masculinity: a cross-cultural contribution*. *J Am Psychoanal Assoc* 1982;30:29-59.
- ⁵⁵ Stoller RJ. *Fathers of transsexual children*. *J Am Psychoanal Assoc* 1979;27:837-66.
- ⁵⁶ Cohen-Kettenis PT, Gooren LJ. *Transsexualism: a review of etiology, diagnosis and treatment*. *J Psychosom Res* 1999;46:315-33.
- ⁵⁷ Lothstein LM. *Psychological testing with transsexuals: a 30-year review*. *J Pers Assess* 1984;48:500-7.
- ⁵⁸ Beatrice J. *A psychological comparison of heterosexuals, transvestites, preoperative transsexuals, and postoperative transsexuals*. *J Nerv Ment Dis* 1985;173:358-65.
- ⁵⁹ Chiland C. *The psychoanalyst and the transsexual patient*. *Int J Psychoanal* 2000;81:21-35.
- ⁶⁰ Meerloo JA. *Change of sex and collaboration with the psychosis*. *Am J Psychiatry* 1967;124:263-4.
- ⁶¹ Campo À, Nijman H, Merckelbach H, Evers C. *Psychiatric comorbidity of gender identity disorders: a survey among Dutch psychiatrists*. *Am J Psychiatry* 2003;160:1332-6.
- ⁶² Smith YL, Cohen L, Cohen-Kettenis PT. *Postoperative psychological functioning of adolescent transsexuals: a Rorschach study*. *Arch Sex Behav* 2002;31:255-61.
- ⁶³ Haraldsen IR, Dahl AA. *Symptom profiles of gender dysphoric patients of transsexual type compared to patients with personality disorders and healthy adults*. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102:276-81.
- ⁶⁴ Cole CM, Boyle MO, Emory LE, Meyer WJ. *Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnosis*. *Arch Sex Behav* 1997;26:13-26.
- ⁶⁵ Brown GR, Wise TN, Costa PT, Herbst JH, Fagan PJ, Schmidt CW. *Personality characteristics and sexual functioning of 188 crossdressing men*. *J Nerv Ment Dis* 1996;184:265-73.
- ⁶⁶ Hoenig J, Kenna JC, Youd A. *Surgical treatment for transsexualism*. *Acta Psychiatr Scand* 1971;47:106-36.
- ⁶⁷ Steiner BW, editor. *Gender dysphoria: development, research, management*. New York: Plenum Press 1985.
- ⁶⁸ Meyer JK. *Clinical variants among applicant for sex reassignment*. *Arch Sex Behav* 1974;3:527-58.
- ⁶⁹ Gosselin C, Wilson G. *Sexual variations*. New York: Simon & Schuster 1980.
- ⁷⁰ Bockting W, Coleman E. *A comprehensive approach to the treatment of gender dysphoria*. In: Bockting WO, Coleman E, editors. *Gender dysphoria: interdisciplinary approaches in clinical management*. Binghamton, NY: The Haworth Press 1992, pp. 131-55.
- ⁷¹ Bentler PM, Prince C. *Psychiatric symptomatology in transvestite*. *J Clin Psychol* 1970;26:434-35.
- ⁷² Holtzman WH, Thorpe JS, Swartz JD, Herron EW. *Inkblot perception and personality*. Austin, Tx: University of Texas Press 1961.
- ⁷³ Brown GR, Wise T, Costa P. *Personality characteristics and sexual functioning of 188 American transgendered men: comparison of patients with nonpatients*. Presented at the XIV International Symposium on Gender Dysphoria, Kloster Irsee, Germania, 1995.
- ⁷⁴ Schaefer LC, Wheeler CC, Futterweit W. *Gender identity disorders (transsexualism)*. In: Gabbard GO, editor. *Treatment of psychiatric disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association 1995.
- ⁷⁵ Carroll R. *Outcomes of treatment for gender dysphoria*. *J Sex Educ Ther* 1999;24:128-36.
- ⁷⁶ Cohen-Kettenis PT, Van Goozen SHM. *Adolescent who are eligible for sex reassignment surgery: parental reports of emotional and behavioural problems*. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2002;7:412-22.
- ⁷⁷ Carroll RA. *Gender dysphoria*. In: Leiblum SR, ed. *Principles and practice of sex therapy*. 4th edn. New York: The Guilford Press 2007.
- ⁷⁸ Hepp U, Kraemer B, Schnyder U, Miller N, Del-signore A. *Psychiatric comorbidity in gender identity disorder*. *J Psychosom Res* 2005;58:259-61.

- ⁷⁹ Hepp U, Milos G. *Gender identity disorder and eating disorders*. Int J Eat Disord 2002;32:473-8.
- ⁸⁰ Hepp U, Milos G, Braun-Scharm H. *Gender identity disorder and anorexia nervosa in male monozygotis twins*. Int J Eat Disord 2004;35:239-43.
- ⁸¹ Winston AP, Acharya S, Chaudhuri S, Fellowes L. *Anorexia nervosa and gender identity disorder in biologic males: a report of two cases*. Int J Eat Disord 2004;36:109-13.
- ⁸² Kraemer B, Del signore A, Schnyder U, Hepp U. *Body image and transsexualism*. Psychopatologia 2008;41:96-100.
- ⁸³ Manderson L, Kumar S. *Gender identity disorder as a rare manifestation of schizophrenia*. Aust N Z J Psychiatry 2001;35:546-7.
- ⁸⁴ Baltieri DA, De Andrade AG. *Schizophrenia modifying the expression of gender identity disorder*. J Sex Med 2007 Dec 7 (Epub ahead of print).
- ⁸⁵ Gomez-Gil E, Trilla A, Salamero M, Godàs T, Valdés M. *Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain*. Arch Sex Behav 2008 (10.1007/s10508-007-9307-8).
- ⁸⁶ Xavier JM. *The Washington transgender needs assessment survey: final report for phase two*. Washington, DC: Administration for HIV/ AIDS of the District of Columbia 2000.
- ⁸⁷ Valentine D. *Gender identity project report on intake statistics*. New York: Lesbian and Gay Community Services Center of New York and New York University, Department of Anthropology 1998.
- ⁸⁸ Mathy RM. *Transgender identity and suicidality in a nonclinical sample: sexual orientation, psychiatric history, and compulsive behaviors*. J Psychol Human Sex 2002;14:47-65.
- ⁸⁹ Mathy RM, Lehmann BA, Kerr DL. *Bisexual and transgender identities in a nonclinical sample of North Americans: Suicidal intent, behavioral difficulties, and mental health treatment*. Journal of Bisexuality 2003;3:93-109.
- ⁹⁰ Kuiper AJ, Cohen- Kettenis PT. *Gender role reversal among postoperative transsexual*. IJT 1998;2(3).
- ⁹¹ Kuiper AJ. *Transseksualiteit. Evaluatie van de geslachtsaanpassend behandeling*. Unpublished Doctoral Thesis. Amsterdam, Vrije Universiteit te Amsterdam 1991.
- ⁹² Sohn M, Bosinski HAG. *Gender identity disorder: diagnostic and surgical aspects*. J Sex Med 2007;4:1193-208.
- ⁹³ The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's. *Standards of care for gender identity disorders, sixth version*. February 2001. <http://www.wpath.org/Documents2/socv6.pdf>
- ⁹⁴ Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere. *Standard sui percorsi di adeguamento nel disturbo dell'identità di genere (DIG)*. <http://www.onig.it/docs/SOC.pdf>.
- ⁹⁵ Pfäfflin F. *Psychotherapie*. In: Stalla K, editor. *Therapieleitfaden transsexualität*. Bremen: UNI-MED 2006, pp. 58-63.
- ⁹⁶ Seikowski K. *Transsexualism and psychotherapy*. Andrologia 2007;39:248-52.
- ⁹⁷ Ma JL. *Social work practice with transsexuals in Hong Kong who apply for sex reassignment surgery*. Soc Work Health Care 1999;29:85-103.
- ⁹⁸ Pfäfflin F, Junge A. *Sex reassignment. Thirty years of international follow-up studies after sex reassignment surgery: a comprehensive review, 1961-1991*. Retrieved May 5, 2006. www.symposion.com/ijt/books/index.htm1998
- ⁹⁹ Pfäfflin F. *Le difese del transessuale e dal transessuale. Psicoterapia: perché, per quale scopo e come?* In: Nadalin DA, Stella P, a cura di. *Transiti-percorsi e significati dell'identità di genere*. Atti del Convegno Scientifico Internazionale, Bologna 28-30 giugno 2000.
- ¹⁰⁰ Benjamin H. *The transsexual phenomenon*. New York: Julian Press 1966.
- ¹⁰¹ Fenelli A, Volpi C. *Al di là dello specchio: la terapia con i transessuali*. Rivista di Sessuologia 1997;21:126-31.
- ¹⁰² Rachlin K. *Transgender individuals' experiences of psychotherapy*. IJT 2002;6(1) http://www.symposion.com/ijt/ijtvo06no01_03.htm
- ¹⁰³ Levy A, Crown A, Reid R. *Endocrine intervention for transsexuals*. Clin Endocrinol 2003;59:409-18.
- ¹⁰⁴ Gooren LJG, Giltay EJ. *Review of studies of androgen treatment of female-to-male transsexuals: effects and risks of administration of androgens to females*. J Sex Med 2007;5:765-76.
- ¹⁰⁵ Corman V, Legros JJ. *Hormonal treatment in transsexual patients. Metabolic consequences*. Ann Endocrinol (Paris) 2007;68:258-64.
- ¹⁰⁶ Smith YI, van Goozen SH, Kuiper AJ, Cohen-Kettenis PT. *Transsexual subtypes: clinical and theoretical significance*. Psych Res 2005;137:151-60.
- ¹⁰⁷ Meyer J, Reter D. *Sex reassignment. Follow-up*. Arch Gen Psychiatry 1979;36:1010-5.
- ¹⁰⁸ Rehman J, Lazer S, Benet A, Schaefer L, Melman A. *The reported sex and surgery satisfactions of 28 post-operative male-to-female transsexual patients*. Arch Sex Behav 1999;28:71-89.
- ¹⁰⁹ Michel A, Ansseau M, Legros JJ, Pitchot W, Mormont C. *The transsexual: what about the future?* Eur Psychiatry 2002;17:352-62.

- ¹¹⁰ Smith YLS. *Sex reassignment: predictors and outcomes of treatment for transsexuals*. The Netherlands, Ponsen & Looijen BV Wageningen 2002.
- ¹¹¹ Olsson SE, Möller A. *Regret after sex reassignment surgery in a male-to-female transsexual: a long-term follow-up*. Arch Sex Behav 2006;35:501-6.
- ¹¹² Green R, Fleming DT. *Transsexual surgery follow-up: status in the 1990s*. Ann Rev Sex Res 1990;1:163-74.
- ¹¹³ Lawrence A. *Factors associated with satisfaction or regret following male to female sex reassignment surgery*. Arch Sex Behav 2003;32:299-315.
- ¹¹⁴ Muirhead-Allwood SK, Royle MG, Young R. *Sexuality and satisfaction with surgical results in male to female transsexuals*. Poster session presented at the HBGIDA XVI Biennial Symposium, London 1999.
- ¹¹⁵ Blanchard R, Steiner BW, Clemmensen LH, Dickey R. *Prediction of regrets in postoperative transsexuals*. Can J Psychiatry 1989;34:43-45.
- ¹¹⁶ Lobato MI, Koff WJ, Manenti C, da Fonseca Seger D, Salvador J, da Graça Borges Fortes Ma, et al. *Follow-up of sex reassignment surgery in transsexuals: a brazilian cohort*. Arch Sex Behav 2006;35:711-5.
- ¹¹⁷ Cohen-Kettenis PT, Van Goozen SHM. *Sex reassignment of adolescent transsexuals: a follow-up study*. J Am Acad Child Adolesc Psych 1997;36:263-71.
- ¹¹⁸ De Cuypere G, T'Sjoen G, Beerten R, Selvaggi G, De Sutter P, Hoebeke P, et al. *Sexual and physical health after sex reassignment surgery*. Arch Sex Behav 2005;34:679-90.
- ¹¹⁹ Lindelmalm G, Korlin D, Uddenberg N. *Long-term follow-up of "sex change" in 13 male-to-female transsexuals*. Arch Sex Behav 1986;15:187-210.
- ¹²⁰ Lief HI, Hubschman L. *Orgasm in the postoperative transsexual*. Arch Sex Behav 1993;22:145-55.
- ¹²¹ Pfäfflin F, Junge A. *Nachuntersuchungen nach geschlechtsu mwandlung: eine kommentierte literaturrebersicht 1961-1991*. Stuttgart: Scahttauer 1992, pp. 149-459.
- ¹²² Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso. http://www.esteri.it/mae/doc/L164_1982.pdf