



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e
della Socializzazione**

**Corso di laurea in Scienze psicologiche dello
Sviluppo, della Personalità e delle Relazioni
interpersonali**

Elaborato finale

**Lo sviluppo dell'identità sessuale
in età evolutiva**

The development of sexual identity in developmental age

Relatrice

Prof.ssa Marina Miscioscia

Laureanda: Hopkins Elaine Chiara

Matricola: 2018352

Anno Accademico 2022/2023

Indice

Introduzione.....	3
Capitolo 1- Sviluppo sessuale in età evolutiva.....	5
1.1. Sviluppo sessuale nell'infanzia.....	7
1.2. Sviluppo sessuale nell'adolescenza.....	9
Capitolo 2-L'identità sessuale e l'identità di genere.....	14
2.1. L'identità sessuale.....	14
2.2. L'identità di genere.....	15
Capitolo 3- Varianze di genere in età evolutiva.....	20
3.1. Disforia di genere.....	20
3.2. Processi di transizione.....	24
Conclusioni.....	29
Bibliografia.....	31

Introduzione

La sessualità è un aspetto fondamentale e complicato del comportamento di un individuo che riguarda, in primo luogo, una sfera primordiale dell'esistenza umana, quale la sopravvivenza della specie attraverso la riproduzione, e in secondo luogo l'interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali, legati ad un contesto socio-culturale.

Il termine sessualità viene inteso dall'APA, American Psychological Association, come l'insieme di tutti gli aspetti che riguardano il comportamento sessuale, inclusi l'identità di genere, l'orientamento sessuale, i comportamenti e le attività sessuali (APA, 2022).

Si fa riferimento all'insieme degli aspetti psichici e degli elementi fisici che caratterizzano l'uomo e la donna nella loro personalità e nel loro comportamento. E' determinata da condizioni biologiche e modulata da fattori psicologici, emotivi, relazionali e socioculturali, ed è parte integrante della salute e della qualità della vita dell'individuo.

L'identità sessuale si modifica maggiormente durante la vita fetale, prima e seconda infanzia e adolescenza e può però andare incontro a ristrutturazioni significative durante l'arco della vita, in risposta a fattori biologici e psicologici, in particolare ad eventi traumatici affettivi o somatici.

La costruzione dell'identità sessuale sarà quindi il frutto dell'elaborazione individuale a livello affettivo e cognitivo dei fattori somatici integrati con influenze socio-culturali. Da un punto di vista etimologico, il termine identità deriva dal latino "Identitas" (Identico, uguale) e sta a indicare l'immagine mentale che un soggetto costruisce di Sé. Ogni individuo sviluppa diverse tipologie di identità nel corso della sua vita, come ad esempio quella etnica, religiosa, lavorativa e via dicendo. Ovviamente alla strutturazione dell'identità sessuale concorrono fattori biologici, psicosessuali e relazionali. L'identità sessuale descrive la dimensione individuale e soggettiva del percepirsi sessuati, ed è l'esito della complessa interazione tra

aspetti bio-psico-socio-culturali (Bancroft, 2009). Importante è sottolineare che l'identità sessuale e l'identità di genere non sempre coincidono, sono due facce della stessa medaglia: la prima riguarda la sfera biologica, mentre la seconda riguarda la dimensione psicologica, sociale e culturale dell'individuo. Al momento della nascita, in base ai propri organi genitali, a ognuno viene assegnato un genere, quindi maschio o femmina ma non è detto che tale riconoscimento anatomico corrisponda poi alla percezione che ognuno ha di sé come maschio, femmina o appartenente a categorie diverse da queste. Può quindi verificarsi un' incongruenza tra sesso e identità di genere, che può riguardare le persone che sentono di appartenere ad un genere diverso da quello che gli è stato assegnato anatomicamente, oppure che non sentono di appartenere completamente né al genere femminile né a quello maschile, o la cui identità di genere è fluida. Queste persone, definite transgender, ossia le persone la cui identità di genere non corrisponde al sesso assegnato alla nascita, possono scegliere di intraprendere un percorso di affermazione di genere con il quale modificano il proprio sé, da un punto di vista fisico ma anche legislativo e burocratico, per allinearsi con l'identità di genere percepita come propria.

Nel primo capitolo verrà presentato il fenomeno dell'intersessualità, legata al sesso biologico e verranno esaminati quali sono i cambiamenti che avvengono a livello fisico, cognitivo, emotivo e sociale, durante il periodo dell'infanzia e dell'adolescenza, per individuare il processo di sviluppo di quella che è la sessualità dell'individuo

Nel secondo capitolo viene analizzato il concetto di identità sessuale, nelle sue quattro componenti: sesso biologico, ruolo di genere, orientamento sessuale e identità sessuale, area che viene specificatamente definita, nel suo sviluppo nel corso dell'età evolutiva.

Il terzo capitolo è dedicato alle varianze di genere in età evolutiva, alla diagnosi di disforia di genere e i processi di transizione: gli interventi utilizzati nell'infanzia e nell'adolescenza.

L'ultimo capitolo contiene le conclusioni generali del lavoro.

Capitolo 1- Sviluppo sessuale in età evolutiva

L' Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la sessualità come:

“Un aspetto centrale dell'essere umano lungo tutto l'arco della vita; la sessualità comprende il sesso, le identità e i ruoli di genere, l'orientamento sessuale, l'erotismo, il piacere, l'intimità e la riproduzione. La sessualità è vissuta ed espressa in pensieri, fantasie, desideri, convinzioni, atteggiamenti, valori, comportamenti, pratiche, ruoli e relazioni. La sessualità è influenzata dall'interazione di fattori biologici, psicologici, sociali, economici, politici, culturali, etici, giuridici, storici, religiosi e spirituali.” (World Health Organization, 2006a).

Lo sviluppo della sessualità inizia già nell'ambito intrauterino, a seguito del concepimento, e continua attraverso infanzia, fanciullezza, adolescenza, fino all'età adulta (DeLamater e Friedrich, 2002).

Lo sviluppo sessuale negli individui può essere suddiviso in tre fasi (Balinsky,1975):

1. al momento della fecondazione il cromosoma sessuale (X o Y) presente nello spermatozoo che feconda l'ovocita determina il sesso genetico dell'embrione;
2. durante lo sviluppo embrionale la differenziazione del testicolo o dell'ovaia è determinata dall'espressione di un gene dominante sul cromosoma Y (sviluppo del testicolo) o dalla sua assenza (sviluppo dell'ovaia);
3. le secrezioni ormonali delle gonadi determinano lo sviluppo dei caratteri sessuali secondari.

Lo sviluppo dei testicoli permetterà la secrezione di ormoni sessuali, in grado di completare lo sviluppo degli organi sessuali interni e esterni e se l'embrione non compirà tale funzione, rimarrà femminile anatomicamente (Ruspini, 2004).

Le gonadi producono infatti degli ormoni capaci di regolare lo sviluppo dei caratteri sessuali secondari sia a livello fetale che nell'adulto (pubertà).

Il sesso biologico è quindi l'insieme delle caratteristiche anatomiche che permettono di inserire l'individuo, fin dal suo concepimento, nella categoria binaria maschio/femmina, mentre la sessualità, come l'abbiamo definita prima, è l'interazione di varie componenti, incluse le caratteristiche biologiche (Diamond, 2002).

Parlando di sesso biologico non possiamo non prendere in esame il concetto di intersessualità, che mette in discussione il binarismo uomo/donna e identifica circa l'1,7% della popolazione mondiale (Fausto Sterling, 2000). Con intersessualità si indica una molteplicità di condizioni in cui si trova chi nasce con cromosomi sessuali, apparato genitale e/o caratteri sessuali secondari che variano rispetto a ciò che è tradizionalmente considerato come femminile e maschile (Balocchi M., 2010).

A partire dalla International Consensus Conference on Intersex tenutasi a Chicago nel 2005, si optò per l'acronimo DSD, Disorders of Sex Development, che in italiano viene tradotto come “disturbi della differenziazione sessuale” (Comitato Nazionale per la Bioetica, 2010), “disturbi dello sviluppo sessuale” (Balocchi M., 2012) o “disordine dello sviluppo sessuale” (Lorenzetti A., 2015).

L'intersessualità si può manifestare sotto varie forme, generalmente si differenzia tra intersessualità primaria, individuabile alla nascita o nella prima infanzia, e intersessualità secondaria che si evidenzia durante la pubertà.

Secondo la classificazione proposta nel Consensus Statement on Management of Intersex Disorders (Hughes, Houk, Ahmed, et al., 2006) sono distinte tre categorie di DSD, Disorders of Sex Development (Hughes, 2008):

- 1) DSD da anomalie dei cromosomi sessuali (sindrome di Klinefelter, sindrome di Turner);
- 2) DSD a cariotipo 46, XY (disturbi dello sviluppo gonadico, deficit di 5 alfa-reduttasi, sindrome di Morris);
- 3) DSD a cariotipo 46, XX (disturbi dello sviluppo gonadico, sindromi con eccesso di androgeni come l'iperplasia congenita dei surreni da deficit dell'enzima 21-idrossilasi).

Nell'ambito medico l'intersessualità viene concepita come un difetto di nascita correggibile (Kessler, 1996, 1998), secondo la quale l'anomalia genitale viene reintrodotta negli standard socialmente accettati, attraverso la chirurgia correttiva, gestita da un gruppo di specialisti. D'altro canto, le Linee guida della Intersex Society of North America (2006) invitano, nei casi in cui non si manifesti una urgenza medica o non vi siano elementi obiettivi per la decisione, a ritardare gli interventi chirurgici e a posticipare i trattamenti ormonali per consentire una partecipazione attiva del soggetto alla decisione, sia in riferimento alla propria percezione della identità sessuale, che in riferimento al bilanciamento dei rischi e benefici dell'intervento. In tal senso le linee guida centrate sul "benessere del paziente" raccomandano la promozione di un atteggiamento di accoglienza nei confronti del soggetto e della famiglia alla quale va comunicata la verità, evitando ogni forma di stigmatizzazione, garantendo un adeguato aiuto psicosociale, mediante anche la formazione di équipe multidisciplinari che sappiano affrontare tali casi.

1.1. Sviluppo sessuale nell'infanzia

Per molto tempo la dimensione della sessualità legata all'infanzia rappresentava un qualcosa di imbarazzante, da tenere nascosto, un vero e proprio tabù, ma questo cambia quando si comincia a considerare la sessualità infantile come semplice scoperta di sé. Il primo psicologo che rivoluziona questa percezione è Sigmund Freud con la sua teoria psicoanalitica delle fasi dello sviluppo psicosessuale, grazie alla quale riesce a sostenere scientificamente che il bambino ha una sua propria sessualità, non genitale, ma comunque legata a quella adulta, attraverso il principio di piacere (5 fasi psico-sessuali dello sviluppo; Freud, 1905).

Le prime esperienze di piacere avvengono nelle interazioni con la madre durante l'allattamento, momento in cui al bisogno fisiologico ed emotivo del bambino, la madre provvede una risposta adeguata, permettendo al bambino di sentirsi appagato e cominciare a

formulare il proprio Sé (Stern, 1998; 2010). Nella prima infanzia, dalla nascita ai 2 anni, il bambino sperimenta diverse situazioni piacevoli come esplorare il mondo esterno con la bocca, succhiare e tutto ciò che riguarda il contatto fisico, quindi essere abbracciati, cullati e accarezzati. Generalmente, il contatto fisico può generare una reazione piacevole nel bambino, reazione che influenzerà l'intimità durante l'età adulta (Feldman, 2007).

Tra i 2 e i 3 anni, il bambino comincia ad identificare il suo sesso biologico e capisce di appartenere allo stesso sesso del genitore corrispondente (DeLamater e Friedrich, 2002).

Durante la seconda infanzia, emerge l'interesse per l'altro, quindi i bambini si mostrano curiosi nei confronti del corpo altrui e delle differenze con il proprio. In questa fase la sessualità diventa quindi sociale ed esplorativa, perciò sono tipici i giochi in cui si possono mostrare e vedere i genitali propri e altrui con i coetanei, che scoprono appunto essere diversi (Goldman e Goldman, 1982). Intorno ai 5 anni diventano più consapevoli delle differenze tra maschi e femmine e nel gioco tendono ad assumere ruoli di genere previsti dalla società di appartenenza (Bussey e Bandura, 1999).

In queste prime due fasi di sviluppo è essenziale la qualità dell'affetto che determina lo stile di attaccamento tra i genitori e il bambino (Bowlby, 1969). Una relazione serena e amorevole contribuisce alla formazione della "base sicura" che determinerà una fiducia interiore nell'essere capaci di amare ed essere amati e permetterà al bambino di esplorare l'ambiente esterno in modo sicuro e adattivo, instaurando relazioni interpersonali sane e di supporto (Groh et al. 2014; Pallini et al. 2014; Thompson et al. 2013). Al contrario, relazioni evitanti, in cui può subentrare un'esperienza traumatica o di abuso, porteranno ad avere una tendenza a minimizzare i propri bisogni, a distanziare i sentimenti negativi del sé (rabbia, paura, vulnerabilità), a non coinvolgersi nella vita intima della coppia e a non chiedere aiuto agli altri anche in caso di bisogno (Hazan e Shaver, 1987); l'area maggiormente compromessa è quella delle relazioni interpersonali (Chisholm 1998; Hodges e Tizard 1989; Rutter et al. 2007).

Nel periodo della fanciullezza, dai 6 agli 11 anni, il bambino comincia ad avere maggior consapevolezza delle regole sociali, perciò ha maggior pudore, ed inizialmente interagisce di più con i coetanei dello stesso sesso e nutre scarso interesse verso i coetanei del sesso opposto (Reynolds, Herbenick e Bancroft, 2003; Thorne, 1993). Successivamente invece, avvicinandosi all'età puberale, il bambino comincia a rivolgersi a tutti i suoi coetanei per ottenere informazioni sul sesso (Martinson, 1994); gli adolescenti affermano che le loro prime esperienze di attrazione sessuale avvengono intorno ai 10-12 anni (Bancroft et al., in press; Rosario et al., 1996). Al termine di questo periodo iniziano le frequentazioni con individui del sesso opposto, la cui esperienza dà il via al processo di sviluppo della capacità di sostenere relazioni intime (DeLamater e Friedrich, 2002).

1.2. Sviluppo sessuale nell'adolescenza

Al periodo della fanciullezza subentra la fase della pubertà, che ha inizio dai 10 fino ai 13 anni e si conclude in un periodo che va dai 13 ai 17 anni. E' composta da una rapida maturazione fisica dovuta a cambiamenti ormonali e fisici che avvengono all'inizio dell'adolescenza, di cui è indicatore.

Durante la pubertà, la secrezione degli ormoni più importanti è controllata dall' interazione dell'ipotalamo, dell'ipofisi e delle gonadi. I cambiamenti fisici ormonali sono causati da due classi di ormoni che sono presenti in concentrazioni molto diverse nei maschi e nelle femmine (Susman e Dorn, 2013): gli androgeni, classe principale di ormoni sessuali maschili e gli estrogeni, classe principale di ormoni sessuali femminili.

Risultati di alcune ricerche biologiche affermano che gli androgeni hanno un ruolo fondamentale nella decisione di ruoli di genere e di comportamenti specifici di un dato genere sessuale.

Il testosterone è un androgeno fondamentale nella pubertà dei ragazzi (Colvin e Abdullatif, 2012), poiché quando aumentano i suoi livelli, i genitali esterni si ingrandiscono, l'altezza

aumenta e la voce cambia. L'estradiolo è un estrogeno che ricopre un ruolo importante durante lo sviluppo puberale delle ragazze: sviluppo del seno, sviluppo uterino e cambiamenti della struttura ossea. Per quanto riguarda lo sviluppo sessuale, a seconda del sesso, abbiamo cambiamenti diversi. Per i maschi: aumento della dimensione del pene e dei testicoli, comparsa dei primi peli pubici, cambiamento della voce, prima eiaculazione, crescita dei peli ascellari, barba e baffi. Per le femmine lo sviluppo avviene con: crescita del seno, crescita dei peli pubici, dei peli ascellari, l'allargamento dei fianchi e la comparsa del menarca.

Le tempistiche di raggiungimento della maturazione giocano un ruolo importante nello sviluppo dell'adolescente, dato che il ritmo di tale maturazione è collegato allo sviluppo socio-emotivo e al fatto che abbiano delle problematiche o meno (Negriff, Susman e Trickett, 2011). I maschi che hanno uno sviluppo precoce hanno una percezione di sé più positiva e hanno più successo nelle relazioni con i coetanei di quanto non accada nel caso dei ragazzi che si sviluppano più tardi (Jones, 1965); però possono avere alti livelli di aggressività a causa di un'ondata di ormoni, è più probabile che siano sessualmente attivi e che mettano in pratica comportamenti rischiosi (Garn, 1992; Susman, Dorn, Schiefelbein, 2003). Le ragazze che si sviluppano più precocemente, invece, sono vulnerabili a tutta una serie di problemi (Sontag-Padilla et al., 2012; Susman e Dorn, 2013; Negriff, Susman e Trickett, 2011): hanno probabilità più elevate di fumare, bere, essere depresse, avere disturbi alimentari, pretendere l'indipendenza dai genitori prima e avere amici più grandi; il loro corpo ha più probabilità di suscitare reazioni da parte dei ragazzi, causando un'anticipazione delle esperienze sentimentali e sessuali (Wiesner e Ittel, 2001).

In aggiunta ai cambiamenti fisici, la pubertà è caratterizzata da un aspetto psicologico molto preponderante: la preoccupazione per il proprio corpo e lo sviluppo di ideali su come il proprio corpo appare agli altri (Park e Epstein, 2013; Williams, Wyatt, Winters, 2013).

L'ansia legata alla propria immagine corporea è molto forte per tutta l'adolescenza, ma è

particolarmente acuta durante la pubertà, in cui gli adolescenti sono insoddisfatti con il proprio corpo. La percezione del proprio corpo è diversa in base al genere di appartenenza (Palmonari, 2011): le ragazze sono più insoddisfatte del loro corpo e hanno immagini corporee più negative rispetto ai ragazzi (Benowitz-Fredricks, 2012); i ragazzi sono più soddisfatti del loro corpo man mano che attraversano la pubertà, probabilmente a causa dell'aumento della massa muscolare.

La personalità, o il temperamento, dell'individuo è un fattore psicologico importante che intercorre nel modificare l'attitudine verso la sessualità, ad esempio gli adolescenti introversi hanno difficoltà nell'approcciare e nel rispondere a stimoli sessuali (Kar et al., 2015).

Anche fattori sociali e ambientali giocano un ruolo significativo nello sviluppo della sessualità dell'adolescente. L'attitudine dei genitori nei confronti della sessualità, lo stile parentale, la relazione con i pari e le influenze culturali sono importanti fattori sociali che aiutano nell'apprendimento del tema della sessualità e modificano l'attitudine sessuale dell'adolescente. Questa è una fase in cui la relazione tra pari è molto importante, perché il gruppo sociale è il principale riferimento dell'adolescente e di conseguenza molte attività a livello sessuale vengono svolte a causa della "pressione sociale" del gruppo. Allo stesso modo, è una fase in cui molti adolescenti sperimentano fino a scoprire il loro orientamento sessuale (Papalia et al., 2009). Questa, ovviamente, non è una decisione facile, è un possibile conflitto nella propria identità che include un costo emotivo, personale, familiare e sociale. È proprio in questo momento della vita che hanno la più grande curiosità sessuale ed è molto comune per gli adolescenti provare e sperimentare il maggior numero di modi di vivere la propria sessualità.

Durante l'adolescenza, il bisogno di intimità e di rapporti affettivi con il sesso opposto aumenta e l'individuo sperimenta diversi modi appropriati per esprimere sentimenti quali amore e intimità. Lo sviluppo dell'adolescente non avviene in solitudine, ma all'interno di un background legato alla famiglia e alla società in una determinata cultura, che influenza

significativamente la sua sessualità. L'approccio e la percezione culturale della società riguardo alla sessualità ha una grande influenza sulle famiglie in cui cresce l'adolescente e in cui sviluppa la sua sessualità (Kar et al., 2015).

Oltre ai fattori biologici, psicologici e sociali, molti altri fattori come i valori politici, filosofici, spirituali, etici e morali, influenzano significativamente lo sviluppo sessuale.

Anche i media incidono sulla concezione della sessualità (Harris Al., 2011): la letteratura, la televisione e internet espongono gli adolescenti a contenuti sessuali che modificano la loro percezione di questa (Kanuga M., Rosenfeld WD.,2004).

In un'indagine sull'influenza dei mass media in generale (Brown,2002) si sottolinea come Internet sia un contesto che influenza i giovani rispetto a credenze e comportamenti sessuali, fornendo illimitatamente immagini, fotografie e informazioni. Le informazioni relative al sesso vengono cercate e pubblicate attivamente dagli adolescenti. Su 500 profili di Myspace visionati, un quarto riguarda riferimenti espliciti a comportamenti sessuali (Moreno et al., 2009). Accade spesso però che ci sia una sovraesposizione a materiale pornografico casuale e non richiesta, che se prolungata, porta ad una percezione distorta della "normale" attività sessuale (Zillmann, 2000). I giovani adulti soggetti a tale fenomeno riportano minor livello di fiducia nei confronti di partner intimi, perdita di speranza riguardo all'esclusività sessuale con un determinato partner, normalizzazione di uno stile di vita promiscuo e l'emergere di tendenze cliniche nell'ambito dell'amore e del matrimonio (Zillmann, 2000).

Tuttavia, per l'adolescente, la Rete offre confidenzialità e anonimato, caratteristiche rilevanti in questa particolare fase dello sviluppo, in cui avvengono grandi cambiamenti fisici, emotivi e sociali che richiedono risposte a quesiti delicati considerati imbarazzanti o compromettenti. Internet offre uno spazio per sviluppare la propria identità, per sperimentare e per darle una forma più stabile il modo garantito dall'anonimato, un tentativo per esplorare, testare e rimodellare il proprio senso di sé. Questa identità comprende anche l'identità sessuale e l'identità di genere, due aspetti che spesso vengono trattati come sinonimi ma non lo sono

affatto ed è importante distinguerli perché hanno un'enorme influenza sullo sviluppo dell'individuo durante tutta la sua fase evolutiva.

Capitolo 2- L'identità sessuale e l'identità di genere

2.1. L'identità sessuale

L'identità sessuale descrive la dimensione individuale e soggettiva del percepirsi sessuati, ed è l'esito della complessa interazione tra aspetti biologici, psicologici, sociali e culturali (Bancroft, 2009).

Proprio perché è multifattoriale, è un costrutto che non ha una definizione precisa, che viene influenzato durante tutto il corso dello sviluppo ed è continuamente soggetta a cambiamenti e rielaborazioni.

Secondo i due autori Shively e DeCecco (1977) l'identità sessuale è costituita da 4 componenti:

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

Abbiamo già analizzato la prima area, quella del sesso biologico, nel capitolo precedente. E' determinato dalle caratteristiche fenotipiche che contraddistinguono la funzione riproduttiva degli individui: organi sessuali interni ed esterni e i livelli ormonali, tra maschi e femmine (Belotti, 1980); è determinato dalla combinazione dei cromosomi che possono essere XX o XY e infatti si parla di sesso cromosomico o genotipico. L'esito può essere un maschio, una femmina o individui intersex (Batini, 2011).

Per quanto riguarda la componente dell'identità di genere sono state date diverse definizioni:

Kohlberg, nel 1966, la definiva come "la capacità cognitiva di identificare se stessi come maschio o femmina"; Money ed Ehrhardt, nel 1972, la definivano come il "senso di se stesso", l'unità e la persistenza della propria individualità maschile o femminile o ambivalente, particolarmente come esperienza di percezione sessuata di se stessi e del proprio comportamento"; Fagot e Leinbach, nel 1985, la definivano invece come "il concetto di sé come maschio o femmina". Ma la definizione più recente e completa è quella proposta da Egan

e Perry nel 2001 che vede l'identità di genere come la risultante di cinque componenti: la consapevolezza di appartenenza, la tipicità di genere, la contentezza di genere, la pressione percepita e il pregiudizio intergruppo.

Il concetto di ruolo di genere è stato introdotto da John Money nel 1955 come “tutto ciò che una persona fa o dice per indicare agli altri e a se stesso il grado della sua mascolinità, femminilità o ambivalenza”. E' l'insieme dei comportamenti, degli atteggiamenti e dei tratti di personalità che una società, in una data cultura e in un dato periodo storico, designa come maschili o femminili, cioè come più “appropriati” ai ruoli sociali tipici di maschio o femmina (Huston, 1983). Il processo di apprendimento del ruolo di genere si consolida tra i 3 e i 7 anni, configurandosi come fase in cui bambini e bambine acquisiscono la conoscenza di ciò che è tipicamente maschile e femminile (Batini, 2011).

L'ultima componente da prendere in esame parlando di identità sessuale è l'orientamento sessuale, ossia l'attrazione affettiva ed erotica da parte di una persona nei confronti di altri soggetti. In relazione al proprio orientamento sessuale una persona viene definita: eterosessuale quando è attratta da una persona genere opposto rispetto alla propria identità di genere, omosessuale quando la persona è attratta da individui dello sesso genere rispetto alla propria identità di genere e infine bisessuale, quando un individuo è attratto da persone di entrambi i generi (Batini,2011).

2.2. L'identità di genere

E' importante soffermarsi sull'aspetto dell'identità di genere per comprendere come si forma questa componente importante dell'identità dell'individuo, durante tutto il corso dello sviluppo. La sua formazione ha inizio alla nascita, quando i bambini vengono categorizzati in due generi standard: maschio e femmina; il sesso e il genere vengono per convenzione considerati corrispondenti ma è importante poterli distinguere. Il genere ha a che fare con le differenze socialmente costruite tra il sesso maschile e femminile. Il concetto indica che per definire l'essere femminile o l'essere maschile, non è sufficiente l'appartenenza ad un determinato

sesto biologico; femminilità e mascolinità non sono esclusivamente stabilite dalla dimensione fisica e biologica, ma sono influenzate in modo importante dall'educazione e dalla cultura, dall'insieme di valori e principi condivisi da un gruppo e dalle norme che si è tenuti a osservare e rispettare (Ruspini, 2018). Sesso e genere non costituiscono due dimensioni contrapposte ma interdipendenti che rappresentano le due dimensioni dell'essere donna e dell'essere uomo: quella biologica e quella sociale e culturale. Il sesso è un dato biologico sul quale la società ha costruito un sistema di ruoli e di riproduzione delle differenze, ossia il genere.

Ann Oakley nel 1972 descrisse il sesso come la diversificazione biologica e anatomica tra maschio e femmina mentre il concetto di genere sarebbe una questione culturale e quindi di interesse sociale.

Un bambino nato biologicamente maschio viene immediatamente identificato nel genere 'maschile', dato che i termini vengono utilizzati come se fossero interscambiabili, come se fosse immediata l'associazione tra il sesso biologico ad un determinato genere. Per la maggior parte degli individui è così, ma non per tutti.

La capacità di riconoscere le differenze di genere e definire le persone in base a questo riconoscimento, appare molto presto, prima dei 2 anni di età (Zosuls et al., 2009). Questo è legato al tipo di giochi che vengono proposti e alle preferenze espresse, ad esempio macchinine per i maschi e bambole per le femmine (Serbin et al., 2001; Zosuls et al., 2009); alla preferenza per certi stili di gioco, il combattimento per i maschi e la cooperazione per le femmine (Ruble e Martin, 1998); al graduale incremento nelle preferenze per i compagni di gioco dello stesso sesso (Lobel et al., 2000); all'adattamento a certi comportamenti che appartengono al ruolo di genere appreso dai genitori.

Tra i 3 e i 5 anni i bambini sviluppano la costanza di genere (Szkrybalo & Ruble, 1999), che denota la comprensione che il genere sia una caratteristica permanente.

La teoria socio-cognitiva dell'identità di genere sottolinea che lo sviluppo di genere avviene attraverso l'osservazione e l'imitazione del comportamento di genere e attraverso i premi e le

punizioni che i bambini ricevono per i comportamenti corretti o scorretti messi in pratica (Bussey e Bandura, 1999). I genitori, attraverso le azioni e gli esempi, influenzano lo sviluppo di genere dei loro bambini e adolescenti (Blakemore, Berenbaum e Liben, 2009). Anche i pari premiano o puniscono il comportamento di genere (Leaper e Friedman, 2007).

Gli adulti, anche se non esplicitamente, forniscono informazioni sul genere attraverso categorizzazioni, etichette e contrapposizioni maschio-femmina, che vengono utilizzate dai bambini per costruirsi un'idea del genere e modificare il proprio comportamento di conseguenza (Leaper e Bigler, 2004).

A livello biologico, la differenziazione tra i sessi all'interno del cervello è osservabile nella differenza di volume della materia grigia e materia bianca, ma è necessario considerare la crescita del cervello che avviene durante l'adolescenza e concludere quindi che alcuni cambiamenti sull'idea che si ha sui generi avverranno anche nell'età adulta (Lenroot e Giedd, 2012).

Ci sono indicazioni di differenze di genere al termine dell'infanzia che mostrano i maschi con un senso maggiore della propria identità di genere rispetto alle femmine: essi riportano di essere più contenti con il loro genere, vedendosi prototipici del genere rispetto ad altri maschi e addossandosi più pressioni di essere conformi ai ruoli di genere socialmente stabiliti, rispetto alle femmine (Egan e Perry, 2001).

Durante l'adolescenza si maturano nuove consapevolezza rispetto all'identità di genere, che non erano presenti durante l'infanzia.

L'identità di genere non dipende più soltanto dal modellamento e dai rinforzi positivi e negativi dei genitori, ma si adatta al gruppo dei pari. In base ai livelli di autostima e di autonomia raggiunti, il ragazzo considererà la sua identità di genere solamente grazie a ciò che sente internamente riguardo se stesso. In questa fase dello sviluppo avviene il fenomeno di "intensificazione di genere", che Hill e Lynch (1983) spiegano come l'aumento della pressione a conformarsi ai ruoli di genere stabiliti dalla società, che porta ad un'ulteriore differenziazione

dell'identificazione dei ruoli di genere nei maschi e nelle femmine. Alcuni studi a riguardo mettono in evidenza risultati discordanti. Secondo la ricerca condotta da Galambos et. al (1990), le differenze di sesso basate sui tratti di personalità mascholini (tratti strumentali come indipendenza e leadership) sono aumentate nella prima adolescenza, ma le differenze di sesso basate sui tratti di personalità femminili (tratti espressivi come sensibilità e gentilezza) no. Invece, uno studio longitudinale condotto da Priess et al. (2009) ha dimostrato che gli adolescenti non sono diventati più stereotipati nella propria identità di genere durante il corso dell'adolescenza e si è allontanato dalla teoria sopra citata, a causa del cambiamento dei pattern di socializzazione del giorno d'oggi: nella società odierna infatti i maschi sono più liberi di esprimere il loro modo di sentire e le ragazze sono spinte ad essere più indipendenti rispetto al passato.

Un'altra ricerca ha posto il focus su un altro aspetto dell'identificazione di genere nei due sessi. McHale et al. nel 2009 si sono concentrati sull'influenza che il tempo trascorso dai giovani in contesti sociali legati al genere può avere sullo sviluppo della loro identità di genere. Hanno riscontrato alte incidenze di tratti di personalità e interessi femminili nelle ragazze e alte incidenze di tratti di personalità e interessi mascholini nei maschi già all'età di 13 anni; caratteristiche personali e interessi stereotipici aumentavano e diminuivano, sia nei maschi che nelle femmine, all'interno di contesti sociali di genere, senza un pattern specifico legato al sesso.

Nonostante ci siano indicazioni che i tratti di personalità e gli interessi legati al genere tendano a cambiare durante l'adolescenza, per la maggior parte degli adolescenti la propria identità di genere è in accordo con il genere assegnato alla nascita e sembra essere abbastanza stabile già dalla prima infanzia (Diamond and Butterworth, 2008).

Fino a poco tempo fa la nostra società era basata sul concetto di binarismo di genere, secondo il quale il genere è composto da due categorie distinte e opposte, maschio e femmina. Nel 2008 però, Bockting ha dimostrato che l'identità di genere si colloca all'interno di uno spettro e che

non bisogna per forza rientrare all'interno di queste due categorie. Gli individui, la cui identità di genere coincide con il sesso assegnato alla nascita e con le norme di genere determinate dalla cultura di appartenenza, vengono definiti *cisgender* (American Psychological Association [APA], 2015a). Nel caso in cui l'identità di genere non corrisponde al sesso assegnato alla nascita, l'individuo si identifica come *transgender*: un termine ombrello che racchiude sia le identità transgender binarie, che rientrano in una delle due categorie binarie di uomo o donna, sia quelle non binarie, la cui identità di genere non si definisce all'interno di una delle due categorie (American Psychological Association & National Association of School Psychologists, 2015).

Capitolo 3- Varianze di genere in età evolutiva

3.1. Disforia di genere

Esistono molte identità transgender, proprio per via dell'ampio continuum di genere, le quali vengono racchiuse nel termine *varianza di genere*, che per l'appunto rappresenta il caso in cui l'identità di genere varia dalle norme sociali e culturali imposte per il determinato sesso. Come abbiamo detto in precedenza questo termine ingloba le identità transgender binarie e non binarie. Nel secondo caso, questi individui sono definiti come non binari o genderqueer, ossia persone che si identificano con due o più generi (*bigender, pangender, androgino*), con nessuno dei due (*genderless, gender neutral, neutrois, agender*), con un terzo genere o la cui identità di genere si definisce fluida e può cambiare nel tempo, muovendosi tra i generi (*genderfluid*) (American Psychological Association [APA], 2015b).

Le persone transgender sentono la necessità di esprimere un genere diverso da quello attribuito loro alla nascita, attraverso diversi canali di comunicazione come l'abbigliamento, il gioco, il linguaggio, le attività e non tutti vivono tale condizione con sofferenza. Quando però l'incongruenza tra il genere percepito come proprio e genere assegnato alla nascita è causa di stress e malessere, si parla di *disforia di genere*. (APA, 2015a).

Nel 1980, con la terza edizione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM), viene introdotta per la prima volta la condizione di *Disordine dell'identità di genere nell'infanzia* (Gender Identity Disphoria of Childhood o GID) per descrivere il disagio vissuto durante lo sviluppo per il sesso biologico, e di *Transessualismo*, per indicare coloro che provano malessere rispetto al sesso attribuito alla nascita e desiderio di acquisire le caratteristiche del sesso opposto (APA, 1980, p.261-262). Nel DSM-IV del 1994 e nella sua edizione revisionata successiva (DSM-IV-TR, 2000), tali condizioni sono riunite nella categoria dei *Disturbi dell'identità di genere*, nello stesso capitolo delle *Disfunzioni sessuali* e delle *Parafilie*. (APA, 1994; APA, 2000).

Nel 2013 tutti questi termini sono stati inglobati nella diagnosi di *Disforia di genere* (Gender Disphoria o DG), intesa come “incongruità marcata tra sesso di nascita e identità di genere percepita (identificazione con il genere opposto), che è stata presente per un periodo maggiore o uguale a 6 mesi” e “disagio clinicamente significativo o compromissione funzionale risultanti da questa incongruenza” (APA, 2013).

Queste due condizioni si osservano nelle manifestazioni sintomatiche tipiche dell'incongruenza nel periodo dello sviluppo e in età adulta, che è caratterizzato dalla presenza di almeno 2 dei seguenti punti: una marcata incongruenza tra il proprio genere esperito/espresso e le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie (o, nei giovani adolescenti, le previste caratteristiche sessuali secondarie); un forte desiderio di eliminare le proprie caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie (o, nei giovani adolescenti, desiderio di impedire lo sviluppo delle attese caratteristiche sessuali secondarie); un forte desiderio di ottenere le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie dell'altro genere; un forte desiderio di appartenere all'altro genere (o a un genere alternativo diverso da quello assegnato); un forte desiderio di essere trattato come membro dell'altro genere (o di qualche genere alternativo diverso da quello assegnato); una forte convinzione di avere sentimenti e reazioni tipici dell'altro genere (o di qualche genere alternativo diverso da quello assegnato). Per avere tale diagnosi, le condizioni devono essere associate a un disagio clinicamente significativo e/o a una compromissione dell'area sociale, lavorativa o di altre aree importanti del funzionamento (APA, 2013).

Il criterio della durata di almeno 6 mesi per la diagnosi, sia in bambini che adolescenti e adulti, è stato incluso per distinguere tra condizioni transitorie e persistenti (Zucker et al., 2013). Il comportamento della variante di genere e il desiderio di appartenere all'altro genere possono essere infatti una fase o una normale variante dello sviluppo senza successive conseguenze: solo tra il 6 e il 33% dei casi la disforia di genere persiste fino all'età adulta (Iughetti e Ciancia, 2023).

Per quanto riguarda la linea di sviluppo, i bambini già all'età di 2 anni possono indicare che vogliono appartenere all'altro genere, che provano avversione per il genere associato al loro sesso biologico e comportarsi di conseguenza. Possono anche esprimere disforia anatomica (“Non voglio avere il pene” o “Non voglio avere il seno”) e affermare che vogliono appartenere al genere opposto, non appena imparano a parlare (Cohen-Kettenis, 2005a).

Gli indicatori della disforia di genere possono avere esordio precoce, anche in età prescolare, e sono persistenti e generalizzati (APA, 2013). Nell'infanzia non sempre è presente un disagio pervasivo, soprattutto se i bambini vivono in un ambiente supportivo e aperto a un ruolo di genere variante.

Uno studio condotto da Zaliznyak, Yuan, Bresee, Freedman e Garcia pubblicato nel 2021 su un campione di 155 donne transgender e 55 uomini transgender ha riportato i seguenti risultati: il 75% degli uomini ha riportato di percepire di essere affetto da disforia di genere per la prima volta prima dei 7 anni e il 97% di aver fatto esperienza concreta di tale patologia prima dei 13 anni; il 72% delle donne ha riportato di essere affetta da disforia di genere per la prima volta prima dei 7 anni e l'81% ha testimoniato di aver ricordi di soffrirne ancora prima, nell'arco dell'infanzia.

Il funzionamento psicologico e sociale dei bambini diagnosticati dipende soprattutto dal grado di accettazione sociale della non conformità di genere e per quanto riguarda le psicopatologie associate, emerge una maggiore frequenza di Disturbi dello Spettro Autistico (DSA) in bambini e adolescenti con disforia di genere rispetto alla popolazione generale di cui, al momento, non è ancora chiaro il nesso causale (Ristori, Fisher, Maseroli et al, 2018).

Tuttavia, uno studio condotto da Steensma et al. nel 2011 ha sottolineato la criticità del periodo che va dai 10 ai 13 anni, nello sviluppo o meno della disforia di genere, a causa di 3 principali fattori: 1. la pubertà; 2. l'ambiente che cambia e l'essere trattato sempre più esplicitamente come appartenente al genere legato proprio sesso biologico (primi anni delle scuole superiori);

3. la scoperta della sessualità. I cambiamenti e la consolidazione dell'identità di genere nella pubertà sono riscontrati anche da altri clinici che confermano la teoria che prima della pubertà l'identità di genere è più malleabile rispetto alla tarda adolescenza e all'età adulta. (Byne et al., 2012). Questo perché, come affermano gli adolescenti stessi, nel processo di consolidazione della loro esperienza di genere, elementi come la percezione di stimoli sessuali propri e altrui, devono essere vissuti, esplorati e valutati, soprattutto se l'identità di genere non era stata fortemente stabilita durante l'infanzia.

Uno studio condotto sia in Canada che nei Paesi Bassi ha dimostrato come, appunto, anche la qualità della relazione con i pari incida sul formarsi o meno di condizioni cliniche, molto più del livello di QI, della classe sociale dei genitori o dell'etnia: nel primo paese infatti la disforia di genere e la transessualità erano socialmente molto meno accettate e il tasso di condizioni cliniche era più alto rispetto ai Paesi Bassi (Steensma, Zucker, Kreukels et al., 2014).

La disforia di genere in adolescenza si accompagna a diverse psicopatologie concomitanti, quali alti livelli di rischio suicidario, depressione, ansia, isolamento sociale, insoddisfazione corporea e abuso di sostanze (Fisher, Ristori, Bandini et al., 2014; Mezzalana et al., 2023).

Riportando i risultati dello studio presentato precedentemente, condotto da Zaliznyak, Yuan, Bresee, Freedman e Garcia del 2021, riguardante le prime esperienze di disforia di genere in uomini e donne adulti transgender, si è presa in esame anche la comorbidità tra la patologia e altri disturbi mentali. Per quanto riguarda gli uomini, più del 90% ha riportato di aver avuto un passato di depressione, ansia o entrambe, il 53% ha riportato di soffrire attualmente di depressione, ansia o una combinazione delle due, il 18% ha riportato di aver tentato il suicidio una o più volte. Risultati simili sono stati ottenuti tra le donne: più del 90% ha riportato di aver avuto un passato di depressione, ansia o entrambe, il 46% ha riportato di soffrire attualmente di depressione, ansia o una combinazione delle due, il 30% ha riportato di aver tentato il suicidio una o più volte.

Un altro studio ha dimostrato che su un campione di 97 adolescenti con disforia di genere presi in considerazione, il 44.3% aveva una storia di precedenti diagnosi psichiatriche, il 20.6% ha riportato di soffrire di autolesionismo e il 9.3% ha riportato tentativi di suicidio (Spack, Edwards-Leeper, Feldman, et al., 2012).

3.2. Processi di transizione

Questi dati ci sottolineano quanto sia importante attuare un intervento nei tempi e nelle modalità più adeguate alla delicatezza e alla fragilità che caratterizzano l'età dello sviluppo dell'individuo. La presa in carico di bambini con disforia di genere deve focalizzarsi sulla riduzione del disagio e delle difficoltà emotive associate e sul miglioramento del benessere psicologico (Coleman E., Bockting W., Botzer M. et al., 2011).

Il modello maggiormente utilizzato è il *watchful waiting* (vigile attesa) e si basa sul favorire l'esplorazione dell'identità di genere del bambino affinché si sviluppi in modo naturale mantenendo un atteggiamento neutro nei confronti di qualsiasi esito di sviluppo (Drescher J., 2014). In questo caso è importante che vengano fornite informazioni alla famiglia sulla disforia di genere, in modo che possa prendere decisioni le cui conseguenze siano attentamente valutate.

Le principali associazioni che si occupano di età evolutiva o di salute transgender, come la World Professional Association for Transgender Health (WPATH) e l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, hanno etichettato come non etici tutti quegli interventi mirati alla modificazione dell'identità di genere o alla prevenzione di un futuro orientamento non eterosessuale (Shumer e Spack, 2013). La presa in carico in infanzia è quasi esclusivamente di tipo psicologico, poiché solo tra il 10% e il 27% dei bambini con disforia di genere continuano ad esserne affetti in adolescenza o età adulta (Cretella, 2021; Steensma, McGuire, Kreukels et al., 2013; Wallien e Cohen-Kettenis, 2008; Drummond, Bradley, Peterson-Badali e Zucker,

2008) e la maggior parte degli adolescenti che sperimentano incongruenza di genere ha, al contempo, un'altra o più diagnosi psicopatologiche che necessitano di un intervento prioritario (Becerra-Culqui, Liu, Nash, Cromwell et al., 2018). Un recente studio ha anche confermato i risultati di ricerche precedenti, che evidenziano come nella disforia di genere gli adolescenti possano recuperare un rapporto sereno con il proprio corpo attraverso la sola risoluzione di problemi psicologici sottostanti (Churcher Clarke & Spiliadis, 2019). Tuttavia, i bambini che mantengono tale incongruenza di genere fino all'inizio della pubertà, quasi sicuramente diventeranno adulti con disforia di genere (De Vries, Steensma, Doreleijers e Cohen-Kettenis, 2011).

Questa incongruenza di genere protratta nel tempo può portare alla decisione di intraprendere un processo di transizione, che permetterà all'individuo di vivere a pieno la propria identità di genere. E' un processo che può essere messo in pratica da individui AMAB (*assigned male at birth*) o AFAB (*assigned female at birth*) per arrivare ad assumere attributi tipici del sesso biologico opposto al proprio (Fabris, Bernardi e Trombetta, 2015), oppure la persona può anche non identificarsi in nessuno di questi due generi e far parte di uno spettro di genere più ampio.

La World Professional Association for Transgender Health (WPATH), associazione internazionale che riunisce professionisti di varie discipline che riguardano la popolazione transgender, è una delle fonti più importanti nel campo e fornisce gli *Standard of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People* (Coleman et al., 2022), linee guida che poi sono state adottate da diversi Paesi per organizzare gli interventi clinici adeguati.

Secondo L'ONIG, Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere, in Italia la procedura per il trattamento dell'affermazione di genere è articolata in quattro fasi: un'accurata valutazione e diagnosi, una real life experience (RLE, esperienza di vita reale) in cui la persona vive per un periodo di tempo nel genere desiderato, accompagnato da un percorso psicoterapeutico, una

terapia ormonale (mascolinizzante o femminilizzante) e una terapia chirurgica di riassegnazione chirurgica del sesso (RCS). Tutto ciò secondo tre criteri di intervento: l'analisi della domanda e la valutazione dell'eleggibilità, i possibili iter di affermazione di genere e il follow up.

Concentrandosi sull'età evolutiva, la transizione di genere è un processo che richiede un'attenzione e uno sguardo specifico, data la fase di sviluppo così peculiare rispetto ad altre.

In particolar modo tre enti hanno preso in esame i possibili trattamenti per la fascia d'età dell'infanzia, quindi lo sviluppo fino ad arrivare alla pubertà: la WPATH, l'APA (American Psychological Association) e l'AAP (American Academy of Pediatrics).

Ci sono tre modelli di intervento principali utilizzati con bambini affetti da disforia di genere:

1. *Gender Affirmative Model*, o *Listen and Act*: il ruolo del clinico è quello di ascoltare il bambino e agire nel suo interesse, dall'autenticare il genere del bambino al facilitare un intervento di affermazione di genere; secondo questo modello un individuo di qualunque età è capace di esprimere il proprio genere autentico e il ruolo del professionista è quello di ascoltare, comprendere ciò che il bambino sta cercando di dire sul suo genere e facilitare la sua esplorazione del genere in un ambiente comprensivo e sicuro (Ehrensaft, 2011; Hidalgo, Ehrensaft, Tishelman, Clark, et al., 2013).

2. *“Living in your own skin” Model*: l'obiettivo è facilitare il bambino nell'accettazione del genere che corrisponde al sesso assegnato alla nascita, quindi modificare il suo comportamento e la sua identità per renderla conforme agli standard di genere, basati sul modello binario maschio e femmina; questo perchè è ritenuto che i bambini abbiano una concezione di genere malleabile e può essere influenzata per raggiungere una congruenza tra il sesso biologico e l'identità sessuale socialmente accettata (Zucker e Bradley, 1995; Zucker, Wood, Singh, Bradley, 2012).

3. *Watchful Waiting Model*: come già illustrato in precedenza, permette al bambino di esprimere liberamente il proprio genere senza intercorrere subito alla transizione completa, destinata all'adolescenza; i genitori sono incoraggiati a permettere al bambino di esplorare ed esprimere il proprio genere nel modo che desiderano (De Vries e Cohen-Kettenis, 2012).

Il primo modello è quello più nuovo, più supportato e più utilizzato, perché permette di avere tutte le possibilità a disposizione, con supporti familiari e sociali per il bambino nel caso in cui dovesse scegliere un genere diverso, sia nell'espressione che nell'identificazione, durante tutto il corso dello sviluppo (Ehrensaft, 2020).

Proseguendo dall'infanzia all'adolescenza riscontriamo tre tipi di interventi per contrastare la permanenza della disforia di genere.

Il primo è la somministrazione di GnRHa, agonisti dell'ormone di rilascio delle gonadotropine, che sospendono lo sviluppo puberale. È un trattamento completamente reversibile ed è considerato un "bottono di pausa", che permette ai pazienti e alle loro famiglie di prendere del tempo per esplorare altre opzioni di identità di genere e di cura (Chung, Rhoads, Rolin et al., 2020); inoltre porta alla prevenzione di cambiamenti fisici irreversibili, che consentiranno di ottenere in età adulta caratteristiche fisiche complessivamente più congruenti con l'identità di genere, in caso la disforia di genere permanesse e la persona desiderasse completare la riassegnazione di genere con interventi chirurgici (Ristori, Fisher, Maseroli et al., 2018).

Il secondo è l'assunzione di ormoni cross-sex (CHT) che inducono cambiamenti fisici in linea con l'identità di genere desiderata (Chung, Rhoads, Rolin et al., 2020): androgeni per i maschi biologici ed estrogeni per le femmine biologiche. L'età di inizio assunzione non è standardizzata ma i 16 anni sono ritenuti l'età adeguata da un punto di vista legale ma soprattutto di maturazione, dato che si tratta di un intervento solo parzialmente reversibile.

Nelle persone che transitano da femmina a maschio, la virilizzazione si manifesta con la

cessazione del flusso mestruale, l'aumento della libido, l'incremento delle dimensioni del clitoride e l'involutione della ghiandola mammaria (Ristori, Fisher, Maseroli et al.. 2018). Invece per le persone che transitano da maschio a femmina, si può osservare la crescita del seno, la crescita del grasso corporeo, il rallentamento della crescita dei peli, il decremento della crescita dei testicoli e della funzione erettile.

Infine il terzo intervento è quello chirurgico che ha l'obiettivo di ottenere l'apparenza e le funzioni delle caratteristiche sessuali desiderate e l'aspetto più naturale possibile dei genitali. Prima dell' intervento è preferibile che la persona abbia vissuto nel ruolo di genere percepito come proprio (RLE) per un buon periodo di tempo, per permettere all'adolescente di avere opportunità di fare esperienza e adeguarsi socialmente al suo nuovo genere; è un trattamento irreversibile e per questo, proposto quasi sempre solo a chi ha raggiunto la maggiore età (Claahsen - van der Grinten, Verhaak, Steensma, et al.,2020).

La disforia di genere è un fenomeno sempre più diffuso in età evolutiva che sta sollevando molto interesse da parte della comunità scientifica. E' importante sottolineare quanto sia importante il contributo e il supporto in prima linea di esperti, in grado di offrire supporto ai pazienti e alle loro famiglie, in modo chiaro e tempestivo. I bambini e gli adolescenti affetti da disforia di genere devono essere in grado di accedere a servizi e strumenti che possano migliorare il loro benessere, dalla seduta terapeutica all'intervento chirurgico convenzionato. Gli effetti positivi e negativi degli interventi mirati all'affermazione di genere devono essere accuratamente bilanciati, nel rispetto della fragilità e della potenzialità che appartengono all'età evolutiva

Conclusioni

Questo elaborato ha come obiettivo quello di mettere in luce un aspetto importante della quotidianità di ognuno di noi, che ci accompagna durante tutto il corso della vita e che a tutti gli effetti ci definisce nella nostra individualità.

L'identità sessuale comincia a fiorire durante l'infanzia, arrivando indisturbata e silenziosamente, per poi esprimersi a pieno nella fase dell'adolescenza, portando con sé mille dubbi e confusione. La sessualità non appare all'improvviso ma è la risultante di un processo caratterizzato da molti cambiamenti biologici, psicologici, sociali e culturali, che avvengono durante tutta l'età evolutiva.

In primis, è importante che le figure adulte significative della vita dell'individuo siano informate rispetto alle fasi di sviluppo della sessualità, in modo da non intaccarne la normale traiettoria e rappresentare un fattore di protezione, proprio come lo è una buona qualità della relazione con i pari (Miscioscia, Rigo, Spandri et al., 2020).

Le ricerche analizzate sottolineano la criticità dell'età evolutiva nella formazione dell'identità sessuale, perciò è importante fornire un supporto a trecentosessanta gradi a bambini e ragazzi, per permettere loro di raggiungere un maggior benessere psicosociale, senza intercorrere in problematiche legate al sesso e all'identità di genere, che hanno una forte comorbidità con patologie cliniche importanti.

Nella società di oggi sono già stati fatti numerosi passi avanti nei riguardi dell'acquisizione di consapevolezza dell'importanza dell'identità sessuale e di genere, come ad esempio la loro divulgazione attraverso i social, soprattutto tra i giovani, che ne ha permesso una maggiore conoscenza e discussione, e la de-patologizzazione della disforia di genere, che solleva un grande peso dalle spalle della comunità transgender. Questi sono progressi importanti perché rimuovono il tabù, presente fino a poco tempo fa, nei confronti di una realtà che è sempre stata

messa in secondo piano e caratterizzata da pregiudizi e stereotipizzazioni dettate dall'ignoranza legata a questi temi. E' perciò importante promuovere la consapevolezza delle terminologie appropriate, dell'incongruenza di genere e della disforia di genere, per sollevare lo stigma provato da chi vive tale disagio e di conseguenza migliorare la loro salute mentale; ad esempio, sarebbe opportuno attuare degli interventi educativi in merito nelle scuole.

Per raggiungere una qualità di vita migliore, gli individui transgender necessitano di avere un sistema di supporto che investa le proprie risorse per soddisfare i loro bisogni specifici: la famiglia, i pari e la comunità possono diminuire gli effetti negativi che i traumi, le discriminazioni e lo stigma hanno sulla salute mentale di queste persone (Mezzalana, Scandurra, Mezza et al., 2023).

Un contributo chiave, nello sviluppo positivo dell'identità sessuale, viene fornito dal supporto psicologico, nel caso di un'incongruenza tra sesso biologico e identità di genere ma anche nel caso in cui ciò non sussiste, perchè permette di raggiungere un maggior livello di benessere, attraverso un percorso di cure di qualità e specifiche, che può prevedere solo la terapia psicologica oppure un processo di transizione completo.

I bambini e gli adolescenti non devono sentirsi soli nell'affrontare il processo di acquisizione della propria identità sessuale, un aspetto così delicato e preponderante nella vita di un individuo, anzi, hanno bisogno di tutto l'aiuto possibile per superare serenamente questo lungo percorso di presa di coscienza e identificazione.

Bibliografia

Albiero P. (2021). Il benessere psicosociale in adolescenza, Carocci.

American Psychiatric Association, D. S., & American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (Vol. 5). Washington, DC: American psychiatric association.

American Psychiatric Association (2015). APA Dictionary Of Psychology 2nd Edition.
<http://archive.org/details/APADictionaryOfPsychology2ndEdition2015>

Baldoni F. (2005). Funzione paterna e attaccamento di coppia: l'importanza di una base sicura. In: Bertozzi N., Hamon C. (a cura di): Padri & paternità. Edizioni Junior, Bergamo, pp. 79-102.
https://www.researchgate.net/publication/46079743_Funzione_paterna_e_attaccamento_di_coppia

Balocchi M. (2012). Intersex. Dall'ermafroditismo ai Disturbi dello sviluppo sessuale. Zaprudel, 29, pp. 76-84

Capodieci S., Boccadoro L. (2012). Fondamenti di sessuologia. Aspetti medici, psicologici, sociali e filosofici della sessualità umana.

Chung K., Rhoads S., Rolin A. et al. (2020). Treatment Paradigms for Adolescents: Gender-Affirming Hormonal Care. Pediatric Gender Identity, pp.187-202.
https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-38909-3_14

Comitato Nazionale per la Bioetica (25 febbraio 2010). I disturbi della differenziazione sessuale nei minori: aspetti bioetici.
https://bioetica.governo.it/media/4013/p86_2010_disturbi_differenziazione-sessuale-minori_it.pdf

Crapanzano, A., Carpinello, B. e Pinna, F. (2021). Approccio alla persona con disforia di genere: dal modello psichiatrico italiano al modello emergente basato sul consenso informato. Rivista di Psichiatria, 56(2), 120-128. <http://dx.doi.org/10.1708/3594.35771>

Cretella, M. (2021). Deconstructing Transgender Pediatrics. The Academy Review of the John Paul II Academy for Human Life and the Family, 1.
<https://www.jahlf.org/wp-content/uploads/2021/07/Online-Copy-of-The-Academy-Review-wecompress.com.pdf>

DeLamater J., Friedrich W. (2002). The Journal of Sex Research, 39.1, Promoting Sexual Health and Responsible Sexual Behavior, pp. 10-14 <https://www.jstor.org/stable/3813417>

Dèttore e Lambiase (2011). La fluidità sessuale. La varianza dell'orientamento e del comportamento sessuale.
<https://www.agesci.it/wp-content/uploads/2017/04/2013-Identita-di-genere-e-definizione-dei-concetti-Dettore-e-Lambiase.pdf>

De Vries A., Cohen-Kettenis P. (2012). Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: the Dutch approach. Journal of homosexuality, 59(3), 301-320.
<https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653300>

- Diamond L. (2020). Gender Fluidity and Nonbinary Gender Identities Among Children and Adolescents. *Society for Research in Child Development*, 14.2, pp. 110-115
<https://doi.org/10.1111/cdep.12366>
- Diamond, Milton (2002). Sex and gender are different: Sexual identity and gender identity are different. *Clinical child psychology and psychiatry*, 7.3, pp. 320-334.
<https://doi.org/10.1177/1359104502007003002>
- Ehrensaft D. (2020). Treatment Paradigms for Prepubertal Children. *Pediatric Gender Identity*, pp.171-185. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-38909-3_13
- European Union agency for fundamental rights (2015). The fundamental rights situation of intersex people. https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2015-focus-04-intersex_en.pdf
- Fabris B., Bernardi S., Trombetta C. (2015). Cross-sex hormone therapy for gender dysphoria. *Journal of Endocrinological Investigation*, 38, 269-282.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s40618-014-0186-2>
- Fortunato A., D'Angelo V. (2019). *Appunti sull'identità di genere in età evolutiva*. EPC Editore
- Hughes I. (2008). Disorders of sex development: a new definition and classification. *Best Practice & Research: Clinical Endocrinology & Metabolism*, 22.1, pp. 119-134
<https://doi.org/10.1016/j.beem.2007.11.001>
- Lorenzetti A. (2015). *Frontiere del corpo, frontiere del diritto: intersessualità e tutela della persona*. *Rivista di biodiritto*, 2, pp.109-127
- Mezzalira S., Scandurra C., Mezza F., Miscioscia M., Innamorati M., Bochicchio V. (2023). Gender Felt Pressure, Affective Domains, and Mental Health Outcomes among Transgender and Gender Diverse (TGD) Children and Adolescents: A Systematic Review with Developmental and Clinical Implications. *International Journal of Environmental Research and Public health*, 20.1.
<https://doi.org/10.3390/ijerph20010785>
- Miscioscia M., Rigo P., Spandri M., Cerantola D., Simonelli A. (2020). La disforia di genere in età evolutiva: questioni diagnostiche e aspetti relazionali. Una rassegna narrativa della letteratura. *Giornale italiano di psicologia*, 1, pp. 231-262. doi:10.1421/96609
- Osservatorio Nazionale sull'identità di genere <http://www.onig.it/node/2>
- Kanuga M., Rosenfeld W. (2004). Adolescent sexuality and the internet: the good, the bad, and the URL. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 17.2, pp.117-124
<https://doi.org/10.1016/j.jpag.2004.01.015>
- Kar S., Choudhury A., Singh, A. (2015). Understanding normal development of adolescent sexuality: A bumpy ride. *Journal of human reproductive science*, 8.2, p.70.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4477452/pdf/JHRS-8-70.pdf>
- Ristori J., Fisher A., Maseroli, et al. (2018). La disforia di genere in età evolutiva. *L'Endocrinologo* 19, pp. 79-84. <https://link.springer.com/article/10.1007/s40619-018-0440-5>
- Ruspini E. (2018). Dinamiche di genere, generazioni, riflessività. *Studi di Sociologia*, 56.1, pp. 7-22.

Santrock J. (2017). *Psicologia dello sviluppo*. (a cura di Rollo D.) McGraw-Hill Education.

Skordis N., Kyriacou A., Dror S., et al. (2020). Gender Dysphoria in children and adolescents: an overview. *Hormones*, 19, pp. 267-276. <https://link.springer.com/article/10.1007/s42000-020-00174-1>

Steensma T., Biemond R., de Boer F., Cohen-Kettenis P. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: a qualitative follow-up study. *Clinical child psychology and psychiatry*, 16.4, pp. 499- 516. <https://doi.org/10.1177/1359104510378303>

Steensma Thomas D., et al. (2013). Gender identity development in adolescence. *Hormones and behavior*, 64.2: 288-297. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2013.02.020>

Valerio P., Marcasciano P., Scandurra C. (2016). Una visione psico-sociale sulle varianze di genere: tra invisibilità, stigma e risorse. *Rivista di Sessuologia*, pp.24-38.
https://www.researchgate.net/publication/312372111_Una_visione_psico-sociale_sulle_varianze_di_genere_Tra_invisibilita_stigma_e_risorse_A_pscho-social_perspective_on_gender_variances_Between_in_visibility_stigma_and_resources

Vrouenraets L., Fredriks A., Hannema et al. (2015). Early Medical Treatment of Children and Adolescents With Gender Dysphoria: An Empirical Ethical Study. *Journal of Adolescent Health*, 57.4, pp. 367-373. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.04.004>

World Health Organization, WHO (2006a) https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2

Zaliznyac M., Yuan N., Bresee C. et al (2021). How Early in Life do Transgender Adults Begin to Experience Gender Dysphoria? Why This Matters for Patients, Providers, and for Our Healthcare System. *Sexual Medicine*, 9.6, 100448 <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2021.10>