

Audizione presso la Commissione Parlamentare per l'infanzia e
l'adolescenza della Camera dei Deputati

sulle Pratiche della transizione di genere di soggetti minori di
età. Roma, 7 luglio 2021

Audit del Prof. Filippo Maria Boscia

Medico, ginecologo ed andrologo, già direttore della Cattedra di Fisiopatologia della Riproduzione Umana nell'Università di Bari, per venti anni Direttore dei Masters di perfezionamento in Sessuologia Clinica e in Pedagogia Sessuale nell'Università di Bari.

Parto dalla mia esperienza per dirvi che le problematiche del genere e del sesso, soprattutto nell'infanzia e nell'adolescenza, sono molto delicate oltre che fortemente controverse. Ancor più negli ultimi tempi perché una proliferazione di termini, variamente complessa, è andata a complicare gli intimi significati della comprensione: le tante variabili introdotte hanno creato grande confusione nella pubblica opinione, soprattutto nei "non addetti ai lavori". Ad esempio, la parola "sesso" indica sia l'essere maschio sia l'essere femmina ma anche la sessualità in generale. Ma non solo: i termini "sesso", "sessuale" e "genere" non sono più riferiti ad indicatori biologici di maschio e femmina, bensì sono indicativi di tante altre variabili psico-sociali ed educazionali riguardanti le funzioni riproduttive e sessuali (cromosomi, gonadi, ormoni sessuali, organi genitali interni ed esterni, sia quando compaiono ambiguità, sia nelle non ambiguità).

Nello specifico il termine "genere", associato ad "identità", è l'ultimo tra i tanti: serve non solo per indicare gli individui con indicatori biologici e culturali non ambigui ma anche quelli con indicatori sessuali contrastanti o ambigui. Lo stesso termine si allarga e si estende ai diversi ruoli vissuti nella società e che spaziano dall'identificazione del soggetto come bambino o come bambina, come uomo o come donna, fino ai fattori biologici e sociali, psico-emozionali e psico-sociali e ai molteplici altri fattori interagenti con le complesse fasi dello sviluppo del genere.

In questa complessa materia bisogna andare all'origine dei problemi: bisogna studiare l'etiologia e non studiare le terapie senza conoscere l'etiologia: attesi gli sviluppi continui della Medicina, l'assegnazione del genere si riferisce non più alla sola assegnazione iniziale di maschio o

femmina alla nascita, ma è diventata tanto estensiva da precedere la nascita, potendo essere investigata nelle immediate fasi successive al concepimento. Infatti la determinazione del sesso è rilevabile in fasi estremamente precoci attraverso metodiche di diagnosi genetica pre-impianto che, associate alle tecniche di procreazione medicalmente assistita, hanno reso possibile lavorare per la determinazione del sesso/genere ancora prima della nascita. Siamo in un cambiamento d'epoca incredibile: Non si parte più dalla nascita per l'assegnazione iniziale di maschio o femmina, ma il genere può diventare assegnabile sin dal concepimento sicchè, se fantasmato, può essere opzionato dai genitori su commissione, direi, su ordinazione specifica. Questi cambiamenti tecnologici che sembrano semplici variabili di fatto sono diventati di fatto sostanziali modifiche, perché giungono a riguardare sia il vissuto della gravidanza ma anche l'irriducibilità del desiderio genitoriale che costringe e conduce quel bambino prima ancor prima di essere concepito ad essere catturato dentro un destino prefissato, che poi, di fatto, potrebbe risultare del tutto estraneo al genere assegnato alla nascita.

Sappiamo bene che l'identità di genere non è una categoria soltanto anatomica, ma educativa e comportamentale, cognitiva e sociale. Il DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), la bibbia delle discipline psichiatriche e psicologiche, giunto alla V edizione, nell'ultimo periodo sta variando più velocemente l'impostazione, dimostrando la poca stabilità nel tempo degli assunti scientifici. Così si fanno transitare patologie in categorie non patologiche: questo sta avvenendo per le disforie di genere e per tutti quei disagi affettivi/cognitivi, in relazione al genere assegnato, inseriti dapprima in categorie patologiche/diagnostiche.

Oggi noi parliamo di "transizione di genere" da attuarsi in soggetti minori di età e lo facciamo consapevoli di incertezze, perché i dati di letteratura pubblicati si riferiscono ai casi di pubertà patologica, trattata con triptorelina. E certamente questi casi non possono essere sovrapponibili a quelli che vorremmo trasferire, quando trattiamo bambini con pubertà fisiologica nei quali intendiamo bloccare, con contestabili applicazioni terapeutiche, l'evoluzione naturale del processo. Oggi noi stiamo parlando di "riassegnazione di genere" in soggetti di minore età sani, che non mostrano patologie, né riferite al genotipo, né al fenotipo, ma alla sola percezione di un'immagine del sé corporeo che non è accettata e che deriva dalla incongruenza del genere esperito o espresso rispetto al

genere assegnato. E' una questione della quale si è occupato anche il Comitato Nazionale di Bioetica, nella seduta del 13 giugno 2018, giungendo alla conclusione che “per la somministrazione della triptorelina si raccomanda un approccio di prudenza in situazioni accuratamente selezionate da valutare caso per caso”. Quindi modalità prudenziali, che obbligano a seri filtri, soprattutto quando vi è mancanza di dati scientifici, in base ai quali selezionare i casi suddetti. Ancora, il Consiglio nel suo parere raccomanda di individuare un sesso natale, definendo l'interesse preminente del bambino ad essere cresciuto in senso maschile o femminile e pone l'interrogativo: è possibile intraprendere un percorso di consapevolezza dell'identità di sé in un vissuto di identità sessuale neutrale che può durare sino ai quattro anni di età? In questo particolare momento dello sviluppo è opportuno ed è giusto ciò?

Molti studi affrontano peculiarmente il problema della sofferenza, che non si limita al desiderio di appartenere semplicemente al genere opposto, ma può comprendere anche il desiderio ardente di appartenere ad un genere alternativo che differisca dal genere assegnato. Purtroppo i criteri di diagnosi sono ancora aleatori: l'esame clinico e gli esami di laboratorio non sono indicativi, restando essenziali ma non sufficienti i fattori comportamentali, temperamentali, ambientali e tutte le specificazioni psicologiche.

In questa riunione desidero proporre alla vostra attenzione un problema estremamente importante che non è mai stato affrontato. E che poi è proprio in relazione alla terapia ormonale e al suo possibile impatto. Riguarda le relazioni tra influenze genetiche, disforie e sviluppo del cervello. Siamo in una fase della vita in cui non soltanto matura l'identità, ma insieme si va sviluppando anche il cervello.

L'evidenza suggerisce che l'anatomia del cervello e le vie di segnalazione dei neuroni sono strettamente allineati con l'identità di genere percepita da una persona. Gli individui che presentano sviluppi gonadici e cerebrali discordanti sperimentano diverse esperienze psicologiche che possono portare ad uno stato di disagio o di insoddisfazione generalizzata verso il loro sesso biologico. Questo indica che un possibile stato di disagio o di insoddisfazione possa partire molto, molto prima e che il suo fondamento biologico può derivare dalla discordanza tra sviluppo gonadico e quello cerebrale. Studi e ricerche ci consentono di confermare che la mascolinizzazione o la

femminilizzazione delle gonadi non procede sempre in linea con lo sviluppo cerebrale e con le sue funzioni, e quindi esiste una disfunzione tra il sesso visibile nelle caratteristiche anatomiche del corpo o definito geneticamente e il genere di un individuo, cioè il modo in cui le persone percepiscono se stesse.

E' importante sapere - ma questo non viene detto - che il meccanismo causale della disforia di genere è tuttora sconosciuto. Ma è chiara l'importanza delle influenze biologiche dei geni e degli ormoni, così come è chiara l'importanza delle influenze biologiche delle endorfine cerebrali, e non solo quindi quelle dei comportamenti e delle tendenze.

Per esempio, soggetti e individui con sindromi da insensibilità agli androgeni presentano uno spettro di aspetto gonadico diverso per cui possono essere classificati come completamente maschili o femminili pur mantenendo la loro funzione tipica. Ci sono soggetti che hanno una dualità. Ci sono soggetti che presentano sviluppi gonadici e cerebrali discordanti, ci sono soggetti che creano sfide psicologiche che possono contribuire ad uno stato di disagio o di insoddisfazione generalizzata per il genere geneticamente assegnato.

Ma un focus sull'anatomia del cervello non è stato mai condotto: se questo venisse esaminato evidenzerebbe una differenza tra maschi e femmine e mostrerebbe anche che la funzione cerebrale è orientata al genere perché, nei casi studiati di insensibilità agli androgeni, una risposta ipotalamica all'androstenedione presenta differenze significative tra i due sessi. In questo caso individui con disforia di genere hanno una risposta ipotalamica più simile a quella del genere percepito piuttosto che al loro sesso genetico.

Che cosa indicano queste ricerche? Indicano un possibile fondamento biologico e genetico della disforia di genere. Quindi non soltanto una problematica del comportamento ma una problematica derivante da una dissonanza tra lo sviluppo gonadico e la differenziazione e l'orientamento sessuale del cervello. Noi andiamo ad usare gli antiormoni ma non abbiamo ancora capito l'etiologia della sindrome e non abbiamo ancora compreso tutte le dissonanze.

La dottoressa che mi ha preceduto parlava di esclusione dei medici e di un incremento dell'utenza. Non si può non sottolineare che a volte ci si può perdere in discorsi sociologici, politici, culturali, religiosi ed anche ideologici. In questo quadro così complesso, che a me sta molto a cuore, dobbiamo inserire il discorso che riguarda l'identità del medico e a tal

riguardo è opportuno conoscere quale formazione abbia il medico che si troverà in situazioni di questo tipo e che deve prendere coscienza del fatto che si trova di fronte ad un contesto molto complesso che a lui chiederà di caricarsi di tutte le specifiche responsabilità. Bisogna che il medico abbia dei criteri propri per riflettere, non si senta onnipotente nel prescrivere terapie ormonali e non sia pervaso da onniscienza e imprudenza perché non è lui l'assoluto in grado di far cambiare il genere di appartenenza e di far invertire il sesso del paziente.

E' necessario un team di superspecialisti esperti che comprenda il fisiopatologo della riproduzione, il neonatologo, il pediatra, il ginecologo e l'andrologo dell'adolescenza, il genetista, l'endocrinologo pediatra, l'urologo pediatra, lo psicologo e lo psichiatra pediatra, il chirurgo pediatra. Ma soprattutto importante la presenza dei genitori, unici responsabili del sesso di allevamento, che invece sempre più spesso tendono a delegare le decisioni e non ad occuparsene, magari attraverso l'uso delle associazioni di supporto, il cosiddetto gruppo dei pari, che includono con ruolo fondamentale il soggetto della cui identità stiamo discutendo. Il team specialistico che prende in carico il soggetto deve valutare il singolo caso sotto molteplici profili in base alla situazione psicologica, alle sue inclinazioni, alle eventuali patologie e alla situazione generale del soggetto e della famiglia. Deve stabilire il tempo ottimale per eventuali interventi terapeutici, tenendo presente che, comunque, questi se attuati incongruamente potrebbero avere un effetto negativo, potenzialmente irreversibile per lo sviluppo individuale, condannando il soggetto a discriminazioni o peggio ad un ritardo della costruzione della sua immagine corporea rispetto a quella dei coetanei, evento che avrà sicuramente un impatto negativo sui rapporti parentali e sociali.

Ho parlato a lungo con vari colleghi della Tavistock Clinic (la struttura britannica d'avanguardia per la cura della disforia di genere, oggi sotto accusa per le accuse di due ragazzine sottoposte a trattamento) e mi hanno detto che la proposta del dott. Di Ceglie (di un intervento medico sebbene in casi accuratamente selezionati) della quale molto si sta discutendo, è stata portata avanti soltanto da pochi esponenti. La maggior parte non la condivide affatto, ancor più se si tratta di affrontare il tema della genito-plastica, che viene proposta precocemente perché darebbe una migliore guarigione tissutale, mentre va sottolineato che produce un impatto delicatissimo sulla psiche. Per la sua irreversibilità non si presta assolutamente ad un'eventuale ulteriore modifica, eppure talvolta situazioni di questo genere possono essere in un tempo

successivo non più accettato dal soggetto, per il quale però ogni *restitutio ad integrum* si renderebbe estremamente difficile o impossibile.

Proposte di questo genere sono a mio avviso soltanto oscene e mi trovano assolutamente contrario, soprattutto perché non consentono di andare alla radice del problema. Se non vengono identificate in modo specifico le cause etiologiche e quindi i determinanti, e se non vengono con precisione selezionati i singoli casi davvero bisognevoli di interventi terapeutici, si rischiano incredibili generalizzazioni o indicazioni assolutamente arbitrarie, vere e proprie aggressioni alla maturazione sessuale che deve seguire il suo corso. Non spetta a sparuti ricercatori interferire con lo sviluppo della identificazione. Trattasi di una violenza unica e di una aggressione improponibile. Il sesso riguarda tutta la persona che va rispettata e non violata da protocolli medici avventati e sperimentali che spesso vengono elevati a rango di sistemi o gestiti in centri di non provata esperienza, che tendono ad avanzare proposte irricevibili. Il periodo di latenza va rispettato, anche pedagogicamente, ponendo attenzione al fatto che i vari orientamenti possono anche talvolta rappresentare solo l'epifenomeno di un gioco imitativo, un gioco che va capito e compreso prima di essere accettato. Attaccare la realtà biologica è come distruggere l'universo. Questa non è una elaborazione concettuale, ma un invito a non accanirsi nell'attaccare la biologia e la natura, che dovrebbe essere per tutti maestra. Interventi esogeni, ad occhi bendati, soprattutto in questo delicatissimo campo della vita umana non vanno disposti. Nessuno infatti conosce ad oggi fino in fondo le conseguenze dei blocchi delle funzioni endocrine o gli effetti delle supplementazioni o degli iperstimoli ormonali. In realtà queste persone, diventate facili bersagli, potrebbero essere aiutate anche diversamente ed essere sostenute nelle loro identità, senza disporre interventi esasperanti.

Si impone pertanto una riflessione sulle terapie ormonali incrociate e sui meccanismi epigenetici della disforia di genere. La terapia ormonale incrociata è fondamentale per la transizione fenotipica e fisiologica della disforia di genere. Tuttavia l'impatto che essa ha sul livello molecolare e sulla regolazione epigenetica non è un fatto studiato abbastanza, non è stato affrontato in modo esauriente e non è stato ancora completamente chiarito. E' ipotizzabile da alcuni dati preliminari che la terapia ormonale incrociata potrebbe guidare i cambiamenti del recettore degli androgeni, o del recettore per gli estrogeni, o del recettore per gli estrogeni beta, attraverso la metilazione del DNA e l'espressione del mRNA, per poi

influenzare i cambiamenti tipici associati alla terapia ormonale incrociata. I dati confermano che queste terapie sono associate ai cambiamenti epigenetici che potrebbero influenzare la risposta al trattamento con gli steroidi stessi.

E' necessaria qualche altra riflessione. La prescrizione del farmaco triptorelina per bloccare la pubertà fisiologica - e insisto sulla fisiologia - in presenza di disforia di genere è attualmente possibile secondo modalità diverse dalle indicazioni autorizzate. Il farmaco cioè viene somministrato *off label*. La finalità di cura che il farmaco dovrebbe realizzare sta nel ritardare la pubertà per offrire al paziente un tempo maggiore per operare una scelta. Tale finalità di cura è difficilmente sostenibile: la triptorelina ha dimostrato la sua efficacia nel trattamento delle pubertà precoci ma non nel trattamento della disforia di genere. In altri termini non esiste letteratura scientifica che dimostri l'efficacia del farmaco in modo specifico nel trattamento della disforia di genere. Ora, nell'impossibilità di escludere effetti collaterali del farmaco a breve e a lungo termine e in considerazione della delicata età dei pazienti la cura non può essere considerata proporzionale rispetto agli eventi, a quella che nessuno vuol chiamare patologia – e nemmeno io la chiamo così, preferendo chiamarli eventi. A questa si collegano le considerazioni etiche che sono state ribadite dal Comitato circa la delicatezza della prescrizione ma anche le considerazioni relative alla prestazione del consenso, che deve essere libero ed informato da parte di adolescenti, e quindi devono essere assunte con maggiore rigore tutte le prudenze del caso, in quanto la maturità psicofisica e giuridica del minore, così come prevista dal nostro ordinamento, non può essere presunta, ma al contrario difficilmente ipotizzabile in merito ad atti dispositivi che attengono alla sfera personalissima della sua giovane vita. Tale indicazione terapeutica verrebbe offerta a pazienti in età adolescenziale, età caratterizzata da importanti cambiamenti psicofisici e da travagliata ricerca identitaria. La volontà espressa, o desunta dal medico - o addirittura nemmeno desunta, perché, come ha detto chiaramente la dottoressa Moscone, la problematica spesso non giunge nemmeno all'attenzione del medico - in una condizione esistenziale ed evolutiva di per sé incerta, provvisoria e travagliata, potrebbe non essere considerata libera e piena, ed è noto il fenomeno di coloro che, dopo un percorso di cambiamento di genere, chirurgico e/o ormonale, ritengono opportuno tornare al genere di partenza: sono i cosiddetti "detransitioners".

Ancora, la rapida crescita negli ultimi anni della disforia di genere, più che una risposta terapeutica richiede un'analisi più complessa della società e della cultura in cui si sta originando. Diversamente si rischia di commettere un'ingenuità, tradendo le finalità stesse che i sostenitori della liceità dell'uso di tali farmaci sostengono di perseguire. Il rischio è che si assuma come personale un'istanza culturale, che il disorientamento di genere e il disagio esistenziale del periodo evolutivo diventi una patologia da curare e non semplicemente una tappa, seppur dolorosa, del lento cammino identitario. Non si può tacere che all'indifferentismo morale caratteristico di una società liquida, i cui confini concettuali ed ermeneutici tendono a sfumare di fronte ad una spinta narcisistica è corrisposta una sorta di indifferentismo identitario e sessuale. L'identità sessuale da essere un fatto biologico, e poi psicologico, oggi è diventata un fatto culturale, un'opzione spesso rivedibile più volte nell'arco della propria vita. I modelli culturali dominanti, trasmessi subdolamente dai *social networks*, hanno superato il tema dell'identità di genere, per ridurre la ricerca complessa e travagliata dell'identità alla pratica sessuale senza genere. Quindi se da un lato si rischia di indirizzare il disagio verso la risposta "cambio di genere" - in questo caso il disagio potrebbe anche peggiorare - lo si fa in un momento prematuro, inadeguato ed è potenzialmente lesivo per la salute, dall'altro l'identità sessuale tende a farsi "neutrale" o neutra, oggetto di scelta più che di scoperta. Incidentalmente si vuole porre con urgenza all'attenzione di codesta illustre Commissione il mutamento sociale e culturale generato in modo costante e strisciante dalle informazioni, dalle rappresentazioni della realtà, dalle immagini veicolate attraverso i *social* e dal *web* che hanno come destinatari i giovanissimi. Si attua e si sta attuando un processo di assimilazione acritica di comportamenti, abitudini, concezioni, in assenza di mediatori (genitori, insegnanti e educatori), vedasi l'agile serpeggiare di tik-tok. L'imposizione subdola di modelli sessuali "popolari" - che sono popolari e ci rendono popolari se assunti sul *web* - determina evidentemente quel disagio psichico e sociale che sta facendo aumentare i casi percepiti presso gli istituti cosiddetti selezionati, ovviamente questo dovuto all'accettazione spesso inconsapevole di un'identità sessuale percepita, potremmo dire un'identità "social", che soppianta l'identità sessuale individuale. Noi non siamo neutri.

Tornando al tema principale di oggi e avviandomi alla conclusione, la preoccupazione etica che si vuole evidenziare riguarda la rinuncia, non

tanto del singolo quanto della società, all' "esperienza del negativo", che determina la crescita evolutiva e personale, anticipando una scelta che potrebbe benissimo avvenire in età adulta. I cambiamenti fisici ed ormonali scandiscono il ritmo della ricerca identitaria, di quella spirituale, di quella sessuale dell'adolescente e noi non dobbiamo ritardarli o eliminarli, bloccando la pubertà che modifica irreversibilmente il processo identitario. Grazie.

Riferimenti Bibliografici

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5*. Washington, DC: Author.

de Vries, A. L., & Cohen-Kettenis, P. T. (2012). *Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: The Dutch approach*. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 301-320.

de Vries A. L., Mc Guire J.K. Steensma T.D., Wagenaar E.T.F. Doreleijgers T.A.H., Cohen-Kettenis, P. T. (2014). *Young Adult Psychological Outcome After Puberty Suppression and Gender Reassignment*. *Pediatrics* 134-696

Delemarre-van de Waal, H. A. (2014). Early medical intervention in adolescents with gender dysphoria. In *Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development* (pp. 193-203). Springer US.

Di Ceglie D. Freeman D. (1998) . *A stranger in my body. Atypical Gender Identity development and mental health*. Karnac Books

Di Ceglie D. M. D. (2014). Care for Gender-Dysphoric Children. In B.P.C. Kreukels, T.D. Steensma, & A.L.C de Vries (Eds.) *Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development* (pp. 151-169). Springer US.

Di Ceglie D. (2014). *Gender Dysphoria in Young People Clinical Topics in Child and Adolescents Psychiatry*. (pp. 349-364) Ed S. Huline-Dickens RC Psych Publications

Di Ceglie, D., & Thümmel, E. C. (2006). *An experience of group work with parents of children and adolescents with gender identity disorder*. *Clinical Child*

Fisher, A. D., Ristori, J., Bandini, E., Giordano, S., Mosconi, M., Jannini, E. A., Greggio NA, Godano A, Manieri C, Meriggiola C, Ricca, V. Italian GnRh analogs study ONIG group, Dettore D, Maggi M. (2014). *Medical treatment in gender dysphoric adolescents endorsed by SIAMS–SIE–SIEDP–ONIG*. *Journal of endocrinological investigation*, 37(7), 675-687.

Hembree WC, Cohen-Kettenis P, Delemarre-van de Waal HA, Gooren LJ, Meyer WJ 3rd, Spack NP, Tangpricha V, Montori V. *Endocrine treatment of transsexuals*

persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2009; 94: 3132-3154.

Kuyper, L. (2012). *Transgenders in Nederland: prevalentie en attitudes*. Tijdschrift voor Seksuologie, 36(2), 129-135.

Royal College of Psychiatrists. (1998). *Gender identity disorders in children and Adolescents-Guidance for management. Council Report CR63*. London: Royal College of Psychiatrists.

Skagerberg E., Parkinson R., Carmichael P. (2013). *Self – Harming and Thoughts and Behaviors in a Group of Children and Adolescents with Gender Dysphoria*. *International Journal of Transgenderism*, 14/2, 86-92.

Steensma, T. D. (2013). *From Gender Variance to Gender Dysphoria: Psychosexual development of gender atypical children and adolescents* (Doctoral Dissertation). Retrieved from: <http://dare.ubvu.vu.nl/handle/1871/40250>

Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). *Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study*. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(4), 499-516.

Stieglitz, K.A. (2010). *Development, Risk, and Resilience of Transgender Youth*. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. Vol. 21(3), 192-206.

Stoller, R. J. (1968). *Sex and gender: On the development of masculinity and femininity*. New York: Science House. Trad it. *Sesso e genere*. Astrolabio.

Stoller R. (1992). *Gender identity development and prognosis: a summary*. In *New Approaches to Mental Health from Birth to Adolescence* (eds C Chiland, JG Young), pp 78-87. Yale University Press

World Professional Association for Transgender Health (WPATH). (2011). *Standards of care for the health of transsexual, transgender and gender nonconforming people, 7th Version*. Accessed May 2, 2012, from <http://www.wpath.org/> .

Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Singh, D., Blanchard, R., & Bain, J. (2010). *Puberty-blocking hormonal therapy for adolescents with gender identity disorder: A descriptive clinical study*. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 15(1), 58-82.

Zucker, K.J., & Bradley, S.J. (2004). *Gender identity and psychosexual disorders*. In JM Wiener, & MK Dulcan (Eds.) *The American Psychiatric Publishing Textbook of Child and Adolescent Psychiatry, 3rd ed.* (pp. 813–835). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Zucker, K. J., Wood, H., Singh, D., & Bradley, S. J. (2012). *A developmental, biopsychosocial model for the treatment of children with gender identity disorder*. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 369-397.