

PAOLO VALERIO, FABIANA SANTAMARIA

BAMBINI E ADOLESCENTI CON VARIANZE DI GENERE: QUESTIONI E DILEMMI

«Arriva in Italia il trattamento ormonale per cambiare sesso ai bambini. Delirio di onnipotenza» (Tempi, 2013). «Cambio di sesso. Proposta shock: blocchiamo la pubertà e indirizziamola» (Corriere fiorentino, 2013). «Cambio di sesso. Bloccare la pubertà nei bambini? una manipolazione biologica» (La Nazione, 2013). Con questi e altri titoli, apparsi su alcune testate giornalistiche qualche anno fa, le attuali questioni relative alle varianze di genere sono diventati temi sui quali anche i media hanno cominciato ad interrogarsi sollevando questioni etiche sulle quali la Comunità Scientifica internazionale già dibatte da alcuni anni.

Ma cosa sono le varianze di genere? Con tale termine si vuole indicare, in un'ottica depatologizzante, che al di là della classica dicotomia genderista che considera i generi esistenti solamente due, maschile e femminile, vi possano esistere numerose varianze, definite appunto varianze di genere^{1, 2}. I bambini e gli adolescenti *gender variant* sono, quindi, persone la cui modalità di espressione del genere differisce da ciò che ci si aspetterebbe da loro in base al sesso biologico a cui vengono assegnati alla nascita. In quest'ottica, le varianze di genere possono essere viste come condizioni nelle quali, nel corso dello sviluppo psicosessuale del bambino/adolescente, si osserva una organizzazione dell'identità di genere atipica³. I bambini e gli adolescenti che percepiscono la propria identità di genere incongrua rispetto al proprio corpo e al ruolo di genere al quale dovrebbero conformarsi possono essere, per questo motivo, infelici per le caratteristiche fisiche e le funzioni sessuali del proprio corpo ed esprimere il desiderio di essere riconosciuti come appartenenti all'altro genere; possono preferire

-
- 1 F. SANTAMARIA & P. VALERIO, *Bambini e adolescenti intersessuali: quali dilemmi?* in *La Camera Blu*, n° 9, 2013, 52-65.
 - 2 F. SANTAMARIA, A. DELLI VENERI, I. PARISI & P. VALERIO, *Accettare l'impensabile. Riflessioni sul lavoro psicologico con genitori di bambini e adolescenti gender variant*. In *Minori e Giustizia* n°3, 2014, 29-36.
 - 3 D. DI CEGLIE, *Straniero nel mio corpo*, Milano, 2004.

abiti, giocattoli e giochi che comunemente sono associati all'altro genere, così come amicizie dell'altro genere. A queste caratteristiche si aggiungono difficoltà a livello emotivo e comportamentali conseguenti al loro disagio e un'enorme sofferenza per la propria condizione particolarmente in adolescenza, a causa dei cambiamenti di un corpo che non accettano e che ritengono responsabile di tutte le loro sofferenze. La cristallizzazione di tali caratteristiche, così come la presenza di alcuni criteri specifici per una durata di almeno 6 mesi, consente di porre una diagnosi di disforia di genere nel bambino o disforia di genere nell'adolescente.⁴

Una delle domande nelle quali ci si imbatte più di frequente è se *gender variant* si nasce o si diventa. In realtà, sebbene numerose ricerche abbiano cercato, e cerchino tutt'ora, di individuare i fattori plausibilmente implicati nelle variazioni di genere, ancora non si è giunti a riconoscere univocamente delle cause. Come rilevato, ad esempio, da Zucker⁵ rispetto ai fattori genetici,

4 Tale definizione è presente nel Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) che, di recente, è giunto alla sua quinta versione (DSM-5). Per quanto riguarda la diagnosi di disforia di genere nei bambini, vi sono alcuni criteri specifici necessari affinché vi si possa porre tale diagnosi:

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

A1. Un forte desiderio di appartenere al genere opposto o insistenza sull'appartenere al genere opposto (o a un genere alternativo diverso dal genere assegnato);

A2. Nei bambini, una forte preferenza per il travestimento con abbigliamento tipico del genere femminile o per la simulazione dell'abbigliamento femminile; nelle bambine, una forte preferenza per l'abbigliamento tipicamente maschile e una forte resistenza a indossare abbigliamento tipicamente femminile;

A3: Una forte preferenza per i ruoli tipicamente legati al genere opposto nei giochi del "far finta" o di fantasia;

A4: Una forte preferenza per giocattoli, giochi o attività stereotipicamente utilizzati o praticati dal genere opposto;

A5: Una forte preferenza per compagni di gioco del genere opposto;

A6: Nei bambini, un forte rifiuto per giocattoli, giochi e attività tipicamente maschili, e un forte evitamento dei giochi in cui ci si "azzuffa"; nelle bambine, un forte rifiuto per giocattoli, giochi e attività tipicamente femminili;

A7: Una forte avversione per la propria anatomia sessuale;

A8: Un forte desiderio per le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie corrispondenti al genere esperito.

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

5 K. ZUCKER, Il Disturbo dell'identità di genere in età evolutiva. In P. VALERIO, R. VITELLI, R. ROMEO & P. FAZZARI, *Figure dell'identità di genere. Uno sguardo tra*

sebbene numerosi lavori abbiano dimostrato la loro rilevanza nel determinare una varianza di genere, non è possibile attribuire un grande peso alle evidenze offerte da questi studi. Secondo Zucker, infatti, sebbene gli studi di genetica molecolare offrano un panorama altamente suggestivo per i potenziali sviluppi della ricerca, fornendo dei risultati che si pronunciano a favore di una componente *familiare*, c'è ancora molta strada da fare, poiché molti fenomeni restano ancora inspiegati. Rispetto ai fattori psicosociali implicati, sicuramente particolari dinamiche familiari possono influire sulla strutturazione dell'identità di genere, sebbene non vi siano ancora, anche in questo caso, dati certi⁶. Non va tralasciato, infine, quanto sostenuto da Boncinelli⁷ che ritiene che alla strutturazione cerebrale concorrano componenti complesse e di diversa natura, che investono il piano biologico-ormonale, quello socio-culturale, un livello psicologico profondamente fantasmatico che attiene agli scambi relazionali tra il bambino e i suoi genitori e, non ultimo, un fattore di tipo casuale, che attiene a eventi casuali presenti nella primissima infanzia del bambino che incidono sulla sua struttura cerebrale e, di conseguenza, a nostro parere, potrebbero incidere anche sulla strutturazione della sua identità di genere.

E rispetto all'evoluzione della varianza di genere? Per quanto riguarda l'età evolutiva, numerosi studi, condotti prevalentemente su bambini *gender variant*^{8, 9, 10} e l'esperienza clinica, hanno riscontrato una maggiore fluidità e variabilità negli esiti finali. Solo una piccola percentuale, 6-23%

psicologia, clinica e discorso sociale, 2013, 17-33.

- 6 K. ZUCKER, Il Disturbo dell'identità di genere in età evolutiva. In P. VALERIO, R. VITELLI, R. ROMEO & P. FAZZARI, *Figure dell'identità di genere. Uno sguardo tra psicologia, clinica e discorso sociale*, 2013, 17-33.
- 7 E. BONCINELLI, *La vita della nostra mente*, 2011
- 8 D. DI CEGLIE, *Straniero nel mio corpo*, Milano, 2004.
- 9 K. ZUCKER, Il Disturbo dell'identità di genere in età evolutiva. In P. VALERIO, R. VITELLI, R. ROMEO, P. FAZZARI, *Figure dell'identità di genere. Uno sguardo tra psicologia, clinica e discorso sociale*, 2013, 17 ss.
- 10 J. DRESCHER, Ethical Issues Raised by the Treatment of Gender-variant Prepubescent Children. In T. POWELL & M. B. FOGLIA (eds) *Special Issues: LGBT Bioethic Visibility, Disparities and Dialogue*. September-October 2014, Vol 44, Issues s4, 17 ss.

di bambini e 12-27% di bambine^{11, 12, 13, 14, 15}, persiste in età adulta con l'idea di voler cambiare il proprio genere, il resto presenterà o un orientamento omosessuale oppure un orientamento eterosessuale con un'identità di genere conforme al proprio sesso biologico^{16, 17, 18}. Ciò significa che la varianza di genere nella maggior parte dei bambini non persisterà in adolescenza e questi bambini sono indicati come *desisters*¹⁹. Non vi è, tuttavia, alcun modo, allo stato attuale, per prevedere l'esito finale delle varianze di genere, sebbene la persistenza in adolescenza possa rappresentare un valido indizio di persistenza anche in età adulta. Tali persone non riconoscendosi nel genere attribuito loro alla nascita, talvolta possono richiedere di effettuare un lungo e delicato iter che le porterà a modificare il proprio sistema ormonale, i propri caratteri sessuali primari e secondari e i propri dati anagrafici per essere riconosciute come appartenenti al genere che sentono proprio fin dall'infanzia e per adeguarsi al rigido binarismo di genere imposto dalla società.

Rispetto all'età evolutiva vi sono alcune questioni etiche sulle quali le Comunità scientifica e sociale dibattono già da alcuni anni: l'approccio

-
- 11 P.T. COHEN-KETTENIS, Gender identity disorder in DSM. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40 (4), 2001.
 - 12 D. DI CEGLIE, *Straniero nel mio corpo*, Milano, 2004.
 - 13 K.D. DRUMMOND, S.J. BRADLEY, M. PETERSON-BADALI & K.J. ZUCKER, A follow up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology*, 44 (1), 2008, 34-45.
 - 14 K. ZUCKER, Il Disturbo dell'identità di genere in età evolutiva. In P. VALERIO, R. VITELLI, R. ROMEO, P. FAZZARI, *Figure dell'identità di genere. Uno sguardo tra psicologia, clinica e discorso sociale*, 2013, 17 ss.
 - 15 J. DRESCHER, Ethical Issues Raised by the Treatment of Gender-variant Prepubescent Children. In T. POWELL & M. B. FOGLIA (eds) *Special Issues: LGBT Bioethic Visibility, Disparities and Dialogue*. September-October 2014, Vol 44, Issues s4, 17 ss.
 - 16 D. DI CEGLIE, *Straniero nel mio corpo*, Milano, 2004.
 - 17 K. ZUCKER, Il Disturbo dell'identità di genere in età evolutiva. In P. VALERIO, R. VITELLI, R. ROMEO & P. FAZZARI, *Figure dell'identità di genere. Uno sguardo tra psicologia, clinica e discorso sociale*, 2013, 17 ss.
 - 18 J. DRESCHER, Ethical Issues Raised by the Treatment of Gender-variant Prepubescent Children. In T. POWELL & M. B. FOGLIA (eds) *Special Issues: LGBT Bioethic Visibility, Disparities and Dialogue*. September-October 2014, Vol 44, Issues s4, 17 ss.
 - 19 J. DRESCHER, Ethical Issues Raised by the Treatment of Gender-variant Prepubescent Children. In T. POWELL & M. B. FOGLIA (eds) *Special Issues: LGBT Bioethic Visibility, Disparities and Dialogue*. September-October 2014, Vol 44, Issues s4, 17 ss.

psicologico-clinico alle varianze di genere e l'uso dei bloccanti ipotalamici con conseguente blocco della pubertà.

Per quanto riguarda l'approccio psicologico-clinico, l'*APA Task force*²⁰, qualche anno fa, aveva delineato i 3 principali approcci al trattamento delle varianze di genere²¹.

Il primo approccio era utilizzato in Canada da Zucker e collaboratori, era denominato «normativo» e lavorava con i minorenni e i genitori per ridurre la varianza di genere e limitare i comportamenti e le identificazioni *transgender*²². Il secondo approccio, utilizzato in Olanda, ad Amsterdam, dal gruppo della Cohen Kettenis, era denominato «aspetta e osserva». Secondo questo approccio non veniva messo in atto alcun tentativo direttamente finalizzato a ridurre la varianza di genere o a limitare i comportamenti atipici di genere. Il terzo approccio, infine, utilizzato in California, a San Francisco, dal gruppo della Ehrensaft, era denominato «affermativo» e consisteva nell'accogliere e sostenere le identificazioni *cross gender* del bambino o della bambina. Vediamo, ora, questi tre approcci più nello specifico.

L'approccio «normativo», attualmente non più applicato, si basava sull'assunto che l'integrazione sociale e le relazioni positive con i coetanei dello stesso sesso potessero migliorare l'autostima e ridurre le probabilità che la varianza di genere persistesse in adolescenza e divenisse Disforia di genere in età adulta. Secondo questo approccio, la persistenza era considerata un esito non auspicabile a causa dello stigma sociale e, in età adulta, dei rischi e dei costi legati alle procedure ormonali e chirurgiche. Non essendovi, tuttavia, evidenze empiriche volte a sostenere questo approccio basato sulla prevenzione della persistenza e soprattutto non essendo ritenuto etico, dopo accese polemiche che hanno portato al licenziamento

20 American Psychological Association

21 J. DRESCHER, Ethical Issues Raised by the Treatment of Gender-variant Prepubescent Children. In T. POWELL & M. B. FOGLIA (eds) *Special Issues: LGBT Bioethic Visibility, Disparities and Dialogue*. September-October 2014, Vol 44, Issues s4, 17 ss.

22 Il termine *Transgender* è utilizzato per indicare tutte quelle persone che non si riconoscono nel binarismo di genere, ovvero nel modello dicotomico maschio/femmina che la società impone, travalicando così ruoli ed atteggiamenti legati al proprio genere e non producendo alcuna domanda di modificazione dei caratteri sessuali primari o secondari. In sostanza, questo termine viene utilizzato per descrivere tutte quelle persone che non sentono di rientrare nei modelli socioculturali, rigidamente imposti, di mascolinità e femminilità. Per estensione, oggi viene anche utilizzato per riferirsi a tutte quelle condizioni di non-congruenza tra sesso e genere (transessuali, cross-dresser o travestiti, drag-queen, drag-king, ecc.), assumendo la valenza di un termine «ombrello».

dello stesso Zucker che per anni era stato fautore di questo approccio terapeutico, esso non è stato più riconosciuto valido. Attualmente, quindi, sono ufficialmente riconosciuti e utilizzati solo gli altri due approcci.

L'approccio «aspetta e osserva» presuppone che la varianza di genere presente nell'infanzia di solito non persista in adolescenza, ma che non vi sono indicatori affidabili che consentano di stabilire se essa persisterà. Per questo motivo è un approccio neutrale verso l'identità di genere e non si prefigge alcun obiettivo terapeutico; permette, infatti, lo svolgersi naturale del percorso di sviluppo dell'identità di genere, senza perseguire o incoraggiare un *outcome* specifico. Tale approccio presuppone che l'autostima possa essere danneggiata comunicando al bambino che i suoi gusti, comportamenti e modi di fare sono in qualche modo intrinsecamente sbagliati. Per tale motivo sono utilizzati interventi combinati rivolti al bambino, all'adolescente, ai genitori e alla comunità al fine di sostenere il bambino/adolescente nel fronteggiare i potenziali rischi sociali²³.

L'approccio «affermativo» sostiene la transizione *cross gender* dei bambini in età prepuberale. Esso è basato sull'assunto che alcuni esiti *transgender* siano prevedibili, per tale motivo qualora si riscontri una varianza di genere in un bambino, i clinici e i genitori possono valutare se favorire una precoce transizione sociale. Alla base di tale decisione vi è l'assunto che la transizione sociale non prevede alcun intervento medico e, quindi, qualora il bambino voglia tornare indietro, può tornare tranquillamente al genere originariamente assegnato. Se, invece, l'identificazione *cross-gender* persiste, è possibile effettuare la transizione attraverso trattamenti endocrini per rimandare la pubertà e impedire lo sviluppo dei caratteri sessuali secondari indesiderati. Non vi sono attualmente ricerche empiriche che dimostrino l'innocuità della transizione sociale da un ruolo di genere a un altro o, dopo l'eventuale scomparsa della varianza di genere, l'innocuità della transizione nella direzione opposta²⁴.

Ad eccezione dell'approccio normativo, data l'assenza di forti dati empirici relativi al miglior trattamento clinico con bambini e bambine *Gender*

23 J. DRESCHER, Ethical Issues Raised by the Treatment of Gender-variant Prepubescent Children. In T. POWELL & M. B. FOGLIA (eds) *Special Issues: LGBT Bioethic Visibility, Disparities and Dialogue*. September-October 2014, Vol 44, Issues s4, 17 ss.

24 J. DRESCHER, Ethical Issues Raised by the Treatment of Gender-variant Prepubescent Children. In T. POWELL & M. B. FOGLIA (eds) *Special Issues: LGBT Bioethic Visibility, Disparities and Dialogue*. September-October 2014, Vol 44, Issues s4, 17 ss.

Variant, ognuno dei tre approcci terapeutici delineati ha sollevato delicate questioni etiche:

È corretto utilizzare l'attività clinica per prevenire la Disforia di Genere? Tale questione, sollevata rispetto all'approccio normativo, ripropone gli antichi dilemmi etici relativi alle «terapie riparative» per le persone omosessuali²⁵ che, attualmente, tutte le maggiori organizzazioni per la salute mentale ritengono inutili se non addirittura potenzialmente dannose.

Dovrebbe essere detto ai genitori che un trattamento psicologico potrebbe ridurre il tasso di persistenza o prevenire la Disforia di Genere o c'è il rischio che si possano alimentare nei genitori false speranze?

È corretto orientare lo sviluppo del bambino sostenendo una posizione di genere variante?

Quali sono le implicazioni etiche del ritardare la transizione sociale in bambini che persistono nella loro varianza di genere?

Quali sono le implicazioni etiche legate al permettere una precoce transizione in bambini che desistono?²⁶

Tali questioni, ancora aperte, rendono molto complesso il lavoro clinico con queste persone e con le loro famiglie, soprattutto in adolescenza.

In Italia, in linea con quanto riscontrato in altri Paesi, stiamo osservando, da circa una decina d'anni, nelle cliniche specializzate nell'identità di genere, un notevole incremento di richieste di consultazione psicologica da parte di adolescenti con variazioni di genere e loro genitori.

A Napoli, presso l'Unità Operativa Complessa di Psicologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II", da più di vent'anni è attivo un gruppo di ricerca – intervento sulle disforie di genere²⁷.

L'incremento di richieste di consultazione psicologica da parte di adolescenti *gender variant* ci ha portato, nel 2005, ad interrogarci se era necessario riadattare il modello di intervento, che ci aveva guidato nel corso degli anni, a questa particolare e, talvolta, difficile nuova tipologia di uten-

25 J. DRESCHER, Ethical Issues Raised by the Treatment of Gender-variant Prepubescent Children. In T. POWELL & M. B. FOGLIA (eds) *Special Issues: LGBT Bioethical Visibility, Disparities and Dialogue*. September-October 2014, Vol 44, Issues s4, 17 ss.

26 J. DRESCHER, Ethical Issues Raised by the Treatment of Gender-variant Prepubescent Children. In T. POWELL & M. B. FOGLIA (eds) *Special Issues: LGBT Bioethical Visibility, Disparities and Dialogue*. September-October 2014, Vol 44, Issues s4, 17 ss.

27 P. VALERIO, M. BOTTONE, R. GALIANI & R. VITELLI, *Il transessualismo. Saggi psicoanalitici*, Milano, 2001.

za che si trovava ad attraversare questa fase evolutiva già di per sé molto complessa.

Fino ad oggi sono state seguite 87 famiglie, per lo più di adolescenti tra i 15 e i 18 anni MtF²⁸, che ci hanno consentito di ipotizzare un modello di intervento costruito a partire dai contenuti che adolescente e genitori hanno presentato durante i colloqui psicologici, in un percorso di progressiva *risignificazione* che finisce per investire direttamente gli aspetti della vita quotidiana.

Secondo il nostro approccio, in un'ottica depatologizzante²⁹, le variazioni di genere si potrebbero inscrivere in una delle possibili variazioni dei processi evolutivi. Ciò significa che l'attenzione dell'operatore dovrebbe essere sempre rivolta alla peculiare storia del singolo individuo, più che a modificare i suoi comportamenti. È in questa prospettiva che intendiamo inquadrare l'intervento psicologico con adolescenti *gender variant* ed è in questa prospettiva che condividiamo l'approccio olandese «aspetta e osserva» ritenendo fondamentale il sostegno psicologico a bambini e adolescenti *gender variant* e ai loro genitori qualunque decisione essi vogliano prendere.

Per quanto riguarda la seconda questione etica sulla quale si dibatte attualmente, relativa all'uso dei bloccanti ipotalamici e il conseguente blocco della pubertà, essi rientrano tra gli attuali trattamenti alle variazioni di genere in fase pre-puberale. Ma quali sono gli attuali interventi previsti per le variazioni di genere in pre-adolescenti e adolescenti?

Qualora si riscontri una persistenza della varianza di genere, dopo una lunga e completa valutazione degli aspetti psicologici, familiari e sociali, di durata variabile, così come secondo le linee guida internazionali del WPATH³⁰, è possibile anche per i pre-adolescenti *Gender Variant* iniziare ad intraprendere un percorso di transizione stadiale che si può dividere in interventi:

Completamente reversibili: comportano l'uso di GnRH-analoghi, bloccanti ipotalamici, ovvero di ormoni che sopprimono la produzione di estrogeni o testosterone ritardando così i cambiamenti fisici della pubertà.

28 Persone biologicamente maschi che desiderano effettuare un percorso psicologico, ormonale ed eventualmente chirurgico per adeguare il loro sesso al genere femminile a cui sentono di appartenere.

29 C. BALLARIN, *Eschimesi in amazzonia*, Milano, 2013.

30 WPATH è l'acronimo di *World Professional Association for Transgender Health*. È un'associazione professionale ed interdisciplinare *no profit* che si occupa, a livello internazionale, della salute psico-fisica delle persone transessuali e transgender.

Parzialmente reversibili: comprendono la terapia ormonale per mascolinizzare o femminilizzare il corpo, i cosiddetti ormoni *cross gender*.

Irreversibili: Si tratta di procedure chirurgiche volte ad una Riattribuzione Chirurgica del Sesso (RCS) che possono essere intraprese solo con la maggiore età.

Naturalmente interventi su minorenni, sebbene stadiali, hanno sollevato un delicato dibattito etico, scientifico e sociale basato in particolare sul rispetto di 3 principi: autodeterminazione, non arrecare danno e benefici per la persona³¹.

Attualmente una delle principali questioni sulle quali dibatte la comunità scientifica e sociale è relativa all'utilizzo dei bloccanti ipotalamici.

La somministrazione di tali ormoni prima del sopraggiungere della pubertà, bloccando la produzione di estrogeni o testosterone e portando il pre-adolescente in una condizione di neutralità, prima di tutto avrebbe la funzione di fornire al giovane, alla famiglia e agli operatori sanitari tempo e spazio psicologico per comprendere quale sia la migliore strada per quel ragazzo. Impedirebbe, inoltre, momentaneamente lo sviluppo dei caratteri sessuali secondari con alcune conseguenze sul piano fisico (riduzione degli interventi estetici e maggiore semplicità per un eventuale futuro intervento chirurgico di riattribuzione del sesso, come vedremo successivamente esclusivamente per le persone FtM), ma soprattutto sul piano psicologico (miglior adattamento e più sereno sviluppo della propria identità, soprattutto i quei casi di pre-adolescenti che vivono con una tale ansia i cambiamenti di un corpo che non accettano da rischiare di mettere in atto tentativi di suicidio).

Il blocco della pubertà può continuare per qualche anno, generalmente fino ai 16 anni circa, momento in cui l'adolescente può decidere o di sospendere tutte le terapie ormonali e di proseguire il proprio sviluppo secondo il genere concorde al proprio sesso biologico o di transitare verso un regime ormonale femminilizzante/mascolinizzante assumendo i cosiddetti ormoni *cross gender*.

È importante specificare che il blocco puberale non porta inevitabilmente alla transizione sociale o alla riassegnazione chirurgica del sesso, che si considera possa essere transitorio e, soprattutto reversibile, a differenza delle terapie ormonali femminilizzanti o mascolinizzanti che, invece, si

31 B.S. ABEL, *Hormone Treatment of Children and Adolescents with Gender Dysphoria: An Ethical Analysis*. In T. POWELL & M. B. FOGLIA (eds) *Special Issues: LGBT Bioethic Visibility, Disparities and Dialogue*. September-October 2014, Vol 44, Issues s4, 17 ss.

dovrebbero iniziare quando la persona è sicura di voler cambiare genere³². Come emerso da un recente seminario dal titolo «Thinking and doing. Dilemmi attuali nella gestione dell'intervento nella fase iniziale della pubertà in disforia di genere» organizzato nel 2015 a Torino dall'ONIG (Osservatorio Nazionale Identità di Genere) tenuto da esperti colleghi anglosassoni del calibro di Domenico Di Ceglie e Polly Carmichael, vi sono, tuttavia, allo stato attuale, ancora molte perplessità. L'assenza di ricerche a lungo termine, prima di tutto, impedisce di conoscere le conseguenze dell'uso protratto di questi ormoni. Si sospetta, inoltre, il rischio di cristallizzare la varianza di genere e che, quindi, il desiderio di assumere in adolescenza gli ormoni *cross gender*, presente nella quasi totalità dei pre-adolescenti ai quali sono stati somministrati i bloccanti, sia dovuto all'impossibilità di un'evoluzione in senso contrario perché lo sviluppo risulterebbe "bloccato" dall'utilizzo di questi ormoni e, quindi, cristallizzato in una varianza di genere. Si presume che il blocco della pubertà porti alla sterilità, così come è possibile che vi siano conseguenze di osteoporosi a causa del "blocco" della calcificazione ossea in pubertà. Nei maschi, infine, l'uso dei bloccanti sospenderebbe anche la crescita del pene e questo potrebbe avere conseguenze sul tipo di intervento di riattribuzione chirurgica del sesso che, diversamente dal solito, dovrebbe utilizzare, per la creazione di una neo vagina, l'ansa intestinale e ciò renderebbe l'intervento chirurgico molto più complesso, ma soprattutto con una riuscita nettamente inferiore a causa delle derivanti conseguenze negative, principalmente una continua e maleodorante secrezione.

In alcuni paesi europei, come Inghilterra e Olanda, gli operatori hanno iniziato a somministrare bloccanti ipotalamici tra i 12 e i 16 anni, sostenendo che in alcuni casi, accuratamente selezionati, la valutazione dei rischi e dei benefici fa propendere verso la decisione di somministrarli. Alcune società scientifiche internazionali (WPATH, European Society of Endocrinology – ESE; European Society for Paediatric Endocrinology – ESPE, Lawson Wilkins Paediatric Endocrine Society – LWPE), inoltre, raccomandano fermamente l'utilità della somministrazione dei GnRH analoghi per sospendere la pubertà e i conseguenti cambiamenti corporei³³. Tali raccomandazioni sono basate sull'assunto che gli adolescenti *gender variant*

32 P. VALERIO, I. PARISI & F. SANTAMARIA, *Puberty blocking during developmental years: issues and dilemmas for gender-variant adolescents*. Interuniversity Center for Bioethics Research C.I.R.B. (a cura di), *Bioethical issues*, Napoli, 2013.

33 A. D. FISHER, J. RISTORI, E. BANDINI, S. GIORDANO, M. MOSCONI, E. A. JANNINI, N. A. GREGGIO, A. GODANO, C. MANIERI, C. MERIGGIOLA, V. RICCA, ITALIAN GnRH ANALOGS STUDY ONIG GROUP, D. DETTORE & M. MAGGI, *Medical Treatment in*

che esperiscono un'incongruenza tra sesso e genere possono vivere con forte ansia i cambiamenti del corpo legati alla pubertà e, in alcuni casi, ciò può portare, come già abbiamo detto, anche a tentativi di suicidio.

Naturalmente una questione così delicata ha sollevato un acceso dibattito etico:

- pur nel rispetto del principio di autodeterminazione, ci si chiede quanto decisioni delicate come l'eventuale blocco della pubertà o l'assunzione di ormoni *cross gender* possano essere prese da un minorenni, ma al contempo ci si chiede quanto sia giusto che tali decisioni possano essere prese dai genitori;
- nel rispetto del principio medico secondo il quale non bisogna arrecare danni al paziente, ci si chiede se la somministrazione di bloccanti ipotalamici o di ormoni *cross gender*, senza che al momento vi siano studi che ne conoscano gli effetti a lungo termine, possa davvero essere considerata un beneficio per la persona, soprattutto considerando che molto probabilmente renderà il bambino o la bambina sterili;
- nel rispetto del principio del beneficio per la persona, ci si chiede, quindi, se la somministrazione di bloccanti ipotalamici si possa davvero considerare un beneficio³⁴, viste anche le notevoli conseguenze negative che ne derivano;
- quali conseguenze ci possono realmente essere vista l'assenza di studi a lungo termine?
- la somministrazione dei bloccanti ipotalamici può, inoltre, come si ipotizza, contribuire alla persistenza della varianza di genere? e, infine, è veramente reversibile?

Nel 2013 anche in Italia alcuni operatori esperti nelle variazioni di genere in età evolutiva hanno iniziato ad interrogarsi sull'uso dei bloccanti ipotalamici, assumendo una posizione basata, principalmente, sul rispetto dei tre principi di autodeterminazione, non arrecare danno e benefici per il minorenne:

- La somministrazione dei bloccanti ipotalamici non causa alcun cambiamento di sesso.
- Essi sospendono temporaneamente lo sviluppo dei caratteri sessuali secondari e hanno effetti reversibili.

gender dysphoric adolescents endorsed by SIAMS-SIE-SIEDP-ONIG. In J. Endocrinol. Invest, 2014.

34 B.S. ABEL, *Hormone Treatment of Children and Adolescents with Gender Dysphoria: An Ethical Analysis*. In T. POWELL & M. B. FOGLIA (eds) *Special Issues: LGBT Bioethic Visibility, Disparities and Dialogue*. September-October 2014, Vol 44, Issues s4, 17 ss.

- Tale terapia, allo stato, è stata prescritta in Italia solo in un caso, autorizzato da un comitato etico principalmente a causa del forte rischio suicidario che correva il giovane al quale è stata consentita. Si ritiene, infatti, che, allo stato, l'uso dei bloccanti ipotalamici necessiti di molta cautela e possa essere utilizzato solo in alcuni casi – accuratamente selezionati da parte di un'équipe multidisciplinare, esperta nell'identità di genere, in accordo con i genitori e i ragazzi stessi – e valutando caso per caso i rischi e i benefici legati alla loro somministrazione.
- Tale somministrazione ormonale, come emerso dall'esperienza dei colleghi anglosassoni, necessita di un costante e continuativo supporto psicologico al bambino/bambina/adolescente, alla sua famiglia e, nei casi in cui è necessario, all'ambiente scolastico.

Questo protocollo mira ad alleviare il profondo disagio vissuto da questi bambini, da queste bambine e da questi adolescenti rispetto alla propria condizione. È importante sottolineare, infatti, che il vissuto di appartenenza all'altro genere non è temporaneo o superficiale e che, al contrario, può interferire con il naturale sviluppo. Queste persone soffrono profondamente per i cambiamenti di un corpo che vedono diverso da come lo sentono e ciò può causare isolamento, abbandono scolastico, oltre a sviluppare in alcuni casi comportamenti autolesionistici volti ad attaccare un corpo responsabile della loro sofferenza.

È fondamentale, quindi, offrire un sostegno psicologico a bambini, bambine e adolescenti con variazioni di genere e loro genitori sebbene esso sia altamente delicato e complesso, visto che attiene ad una fase evolutiva particolarmente difficile e si colloca in una società fortemente genderista e transfobica.

L'intervento psicologico, in un'ottica depatologizzante, mira quindi, in particolar modo, a sostenere questi giovani, qualunque decisione essi vogliano prendere, aiutandoli a fare chiarezza nella propria confusione e ad aiutare i loro genitori affinché accettino la possibilità di avere un figlio diverso da come lo avevano immaginato, anche completamente diverso, che spesso soffre e che necessita dell'appoggio e del sostegno della sua famiglia.

Non essendoci al momento evidenze empiriche che consentano di stabilire quale possa essere il miglior approccio terapeutico alla varianza di genere, potrebbe essere utile dare ai genitori alcune informazioni:

Non esiste, al momento, un approccio terapeutico «migliore» al trattamento di bambini, bambine e adolescenti *gender variant* e al momento sono numerosi i dilemmi relativi non soltanto al trattamento psicologico «migliore», ma anche al trattamento ormonale «migliore»;

Attualmente non esiste alcun modo per prevedere se un bambino, una bambina o un adolescente *gender variant* persisterà o desisterà nella sua varianza di genere;

Non è chiaro se vi sia la possibilità di evitare la persistenza in età adulta della varianza di genere;

Anche se il bambino/bambina/adolescente ha effettuato una transizione sociale, c'è la possibilità che voglia tornare al suo genere originario;

Intervenire o non intervenire può sempre comportare rischi per il benessere del minore. È, quindi, importante che le famiglie valutino i rischi e i benefici prima di prendere qualunque decisione³⁵.

Nella pratica psicologico-clinica, ancora non si è giunti a delineare il miglior trattamento, ma si auspica che continui studi oltre a discussioni e dibattiti possano servire per migliorare la presa in carico di queste persone e delle loro famiglie indipendentemente dalla clinica scelta per effettuare il trattamento.

35 J. DRESCHER, Ethical Issues Raised by the Treatment of Gender-variant Prepubescent Children. In T. POWELL & M. B. FOGLIA (eds) *Special Issues: LGBT Bioethic Visibility, Disparities and Dialogue*. September-October 2014, Vol 44, Issues s4, 17 ss.