

Dal 2013 esiste una diagnosi di “disforia di genere” per le persone che vivono la propria identità di genere in modo diverso da quello assegnato loro alla nascita. Le possibilità di cambiamento sono grandi. Questo solleva questioni per il comportamento medico con le persone colpite, soprattutto bambini e adolescenti.

I medici e la loro diagnosi dipendono in questi casi più che mai dalla formazione ricevuta e dall'incontro personale con queste persone.

ICH BRINGE MICH SELBST HERVOR - DIE BANDBREITE DER GESCHLECHTER

C'è qualcosa in noi che nasce e che viene al mondo e si connette con un corpo.

David Martin*

Come vi sentite in questo momento, come uomo o come donna? Come si sentirebbe l'altro sesso se si calasse nel ruolo? Quando mi rendo conto di come sono vestito e immagino di essere una donna che “sta” in un uomo, molte cose cambiano in me. Anche se molto è cambiato nella nostra cultura, esiste una percezione classica, forse stereotipata, del genere e della suddivisione dei ruoli tra uomini e donne. Per alcuni, questo è del tutto appropriato. Ma ci sono anche persone per le quali non va affatto bene. Circa 1.200 persone su 100.000, cioè l'1,2%, si sentono a disagio con la loro assegnazione di genere e 3 donne su 100.000 e 8 uomini su 100.000 si sentono così a disagio nel corpo che gli è stato dato alla nascita da chiedere un cambiamento chirurgico (1).

In endocrinologia, si sta palesando ciò che sta diventando sempre più una realtà culturale: il corpo porta con sé uno “spettro”. Un embrione nel grembo materno esposto a meno testosterone non può sviluppare pienamente l'organo sessuale maschile. La formazione dei nostri sentimenti e comportamenti dipendenti dal genere dipende sia dal nostro io interiore che dall'ambiente e quindi è sempre stata diversa. Esiste una ampia gamma di generi e non solo due poli, come dettato dalla distribuzione dei ruoli evolutasi storicamente nella maggior parte dei Paesi.

Essere in grado di formare se stessi

Il termine “genere” è legato alla “genesì”. Si tratta di “far nascere”. C'è qualcosa in noi che nasce e che viene al mondo e si connette con un corpo. Questo essere creativo deve avere la sensazione di essere in sintonia con il corpo. Oppure deve imparare a gestire ciò che è. Come si affronta il “genere” e come si impara a gestire il proprio genere? Lo studioso tedesco di sessualità Magnus Hirschfeld scrisse di transizioni di genere già nel 1905 e di transessualità nel 1910. Il tema del “genere” in psicologia è stato approfondito da Madison Bentley negli USA. Simone de Beauvoir, che ha posto delle pietre miliari per il femminismo, scrisse nella sua opera principale “L'altro sesso” che nessuno nasce donna, ma lo diventa. Rudolf Steiner aveva già scritto in “La filosofia della libertà” nel 1894: “L'uomo vede quasi sempre troppo il carattere generale dell'altro sesso nelle donne, e le donne negli uomini, e troppo poco l'individuo”. (Capitolo XIV). Nello stesso capitolo, sottolinea il trattamento “disumano” delle donne “come esseri generici” e riconosce l'urgente necessità di un cambiamento sociale. Oggi l'uguaglianza è già migliorata, anche se ci sono molte situazioni in cui si opera all'interno di stereotipi di genere. Tuttavia, persiste uno squilibrio globale, ad esempio nel divario retributivo tra uomini e donne nelle stesse posizioni di responsabilità. Questo divario è particolarmente grande nelle società molto conservatrici. Tuttavia, non vale la pena di condannare rapidamente gli atteggiamenti sottostanti. Dal loro punto di vista, queste società ritengono di dover proteggere le donne da un mondo maschile, e ci sono anche donne che, da parte loro, cercano questo tipo di “femminilità”. Siamo chiamati a giudicare, a differenziare la nostra prospettiva sul “genere”.

In tutto il mondo esistono e sono esistite per secoli sottoculture di persone con diversi ruoli di genere. Per esempio, gli Hijra in Bangladesh: uomini che vivono come donne. Oppure a Selca, in Albania, le Burrnesha (“vergini giurate”): Donne che assumevano il ruolo maschile in una famiglia quando l'uomo era altrimenti assente.

John Money negli USA è stato il primo psicologo a sperimentare il "gender". Dopo una circoncisione fallita, consigliò alla famiglia Reimer di trasformare il figlio mutilato in una ragazza attraverso l'istruzione. In seguito pubblicò che l'esperimento aveva avuto successo e quindi descrisse il "genere" come un costrutto sociale. Questo esempio di manipolazione psicologica di un'intera famiglia, che non si curò più del bambino e di come si mostrava, ebbe conseguenze terribili. Quando questa "figlia" divenne gravemente depressa durante la pubertà e si rifiutò di continuare a vedere lo psicologo Money, i genitori le rivelarono la verità e "lei" volle immediatamente tornare a essere un ragazzo, cosa che fece. Tuttavia, la tensione psicologica rimase immensa. Il fratello gemello divenne schizofrenico e si suicidò in giovane età. Il figlio, tornato maschio, pur essendosi sposato e avendo adottato dei figli, soffrì così tanto che si tolse anche lui la vita all'età di 32 anni.

Oggi sappiamo molto di più sull'imprinting esterno e interno. Esistono numerosi studi sullo sviluppo del bambino e del genere, ad esempio su come le influenze ormonali nel periodo embrionale influenzino non solo lo sviluppo biologico del genere, ma anche il comportamento successivo del bambino(2). Nella ricerca sui giocattoli, alcuni studi dimostrano che esistono preferenze specifiche di genere, sia per i colori rosa e blu che per l'orientamento verso l'estetica e la relazione nelle ragazze o la meccanica nei ragazzi (3). È inoltre estremamente interessante che l'interesse a cambiare genere sia significativamente più alto negli uomini che nelle donne (4). Nonostante il fatto che le donne siano ancora più svantaggiate in molti settori! Il film-documentario "Mädchenseele" mostra lo sviluppo di un bimbo che desidera diventare femmina fin dalla più tenera età e che si comporta in modo tipicamente femminile. Già da piccolo, il suo desiderio più grande è quello di sottoporsi a un intervento chirurgico di riassegnazione del sesso (5) È a questo punto che le cose si complicano per gli adulti che accompagnano il bambino come genitori o dal punto di vista medico e terapeutico.

Naturalmente, per comprendere la situazione, vogliamo conoscere le cause di questi fenomeni. Nel 2022 è stato presentato uno studio su oltre 2500 fratelli di persone transgender, tra cui 67 serie di gemelli identici e fraterni. Nessuno dei fratelli gemelli dello stesso sesso era transgender, ma un numero di fratelli gemelli di sesso opposto molto superiore alla media lo era.(6) Questo dato depone a sfavore di una predisposizione genetica, ma potrebbe essere compatibile con l'imprinting biologico o l'imprinting sul campo da parte di un fratello gemello di sesso opposto vivo o deceduto in utero.

La consapevolezza che il 6-7% di coloro che si sottopongono a riassegnazione ormonale e chirurgica di genere tornano in seguito al loro sesso originario rappresenta una sfida per la consulenza.(7)

In ogni caso, le indagini hanno già dimostrato che i bambini che crescono con genitori transgender non sono diversi dagli altri bambini, nel senso che stanno bene se la relazione tra i genitori e la comunicazione in famiglia sono buone.

L'inizio della diagnosi

Anche se ci sono sempre state persone che vivevano al di là dell'identificazione maschio-femmina che si è sviluppata fino ad oggi o che si sentivano a disagio con il loro genere ascrivito o biologico, fino al 2013 non ne esisteva una diagnosi ufficiale come codice IDC (International Classification of Diseases). La descrizione di "disforia di genere" è quindi ancora giovane e prima non era quasi mai utilizzata a causa della mancanza di una terminologia. I quattro livelli di genere in cui possiamo orientarci sono: il fisico (cromosomi, gonadi, genitali, habitus), l'espressione personale (movimento, gioco, arte, abbigliamento), l'attrazione (di chi mi innamoro?) e l'identità (a quale genere sento di appartenere?).

Il primo caso pratico di cui mi sono occupato è stato quello di una paziente adolescente che si è rivolta alla clinica nel 2014 a causa di un costante mal di stomaco. Abbiamo provato molte cose con lei, ma nulla è servito finché non abbiamo avuto una conversazione e ci siamo resi conto che la ragazza si sentiva più simile a un ragazzo nel suo comportamento, nelle relazioni e

nell'identificazione, a parte la sua assegnazione fisica al genere femminile. Scriveva anche storie su Internet per molti lettori, ma online lavorava con uno pseudonimo maschile. Ha rivelato che le sarebbe piaciuto essere il ragazzo con il cui nome scriveva. Le ho proposto di approfondire la questione in una conversazione e le ho chiesto se per lei sarebbe stato bene che mi rivolgersi a "lei" come "lui" e con il suo pseudonimo. Così è stato e la nostra équipe ha esteso questo esperimento a tutti coloro che nel reparto avevano a che fare con lui, di comune accordo. Da quel momento in poi, in reparto è stato trattato come un ragazzo. Ciò che è stato interessante per me nelle nostre conversazioni successive è stata la presenza completamente diversa che ho sperimentato. Prima era sempre stato molto spiritoso nelle conversazioni, ma nelle nuove condizioni ho sentito un vero e proprio incontro da io a io. La nebulosità che si era sempre insinuata prima era scomparsa: ora c'era una controparte. Tutti i terapeuti che hanno lavorato con lui hanno confermato questa impressione. Tuttavia, egli aveva molta paura di dirlo a sua madre, che in effetti inizialmente reagì in modo molto difensivo e oppressivo: Non è possibile, non puoi farlo! Non puoi andare a scuola così. Cosa dirà tuo nonno? E così via. Ha dovuto tornare in famiglia come ragazza e i dolori allo stomaco sono tornati. In seguito, riuscì a cambiare scuola e passò immediatamente a un nome maschile, che la nuova scuola accettò. Da quel momento in poi è fiorito e la sua mamma mi ha raccontato delle belle serate che trascorrevano insieme e di quanto fosse spiritoso questo ragazzo.

La comprensione di ogni singolo caso è importante

I medici si trovano di fronte a situazioni difficili da comprendere quando i bambini vengono con i loro genitori e dicono di avere la sensazione di essere nel corpo sbagliato. Oggi, non mi trovo quasi mai nel ruolo di essere al centro dell'identificazione. Nella maggior parte dei casi, il quadro è già completamente "chiaro" quando si svolge una consultazione. In alcuni casi, è talmente evidente per tutti i soggetti coinvolti che sembra sbagliato non prescrivere dei bloccanti ormonali per la pubertà. In altri casi, i sintomi non combaciano e si cerca di risolvere le discrepanze. In tutte le situazioni, la cosa più importante è dare tempo e spazio interiore. Il lavoro di chiarimento di ogni caso è così impegnativo per i medici, perché essi (insieme a un'équipe psicologica) prendono una decisione che ha conseguenze irreversibili in ogni caso. Proprio come la pubertà naturale, il trattamento con ormoni che alterano il sesso comporta cambiamenti irreversibili per le persone interessate. Anche il trattamento con i bloccanti della pubertà non è privo di conseguenze. I bloccanti ormonali sono una fantastica invenzione della terapia del cancro al seno e una benedizione quando ci si trova di fronte a un bambino che inizia la pubertà all'età di quattro anni (pubertas praecox). Possono anche essere molto utili come trattamento a breve termine per gli adolescenti che stanno attraversando un processo di orientamento turbolento. L'iniezione mensile stimola a fondo l'ipofisi in modo tale da bloccare l'inizio della pubertà. Per i ragazzi che si trovano in questa situazione, in cui sentono che sta accadendo qualcosa al loro corpo che non vogliono assolutamente, questo è un grande sollievo che dà loro un po' di tempo per decidere. Quando i bloccanti ormonali vengono sospesi, la pubertà ricomincia. Naturalmente, il tempo trascorso non può essere recuperato. Tuttavia, se i bloccanti ormonali vengono somministrati troppo a lungo, la densità ossea delle persone trattate diminuisce, poiché gli estrogeni e il testosterone sono necessari per la formazione delle ossa durante la pubertà. Non è certo che questo sia clinicamente significativo, dato che gli eunuchi vivono più a lungo degli altri uomini.

Nonostante questa complessa ponderazione dei rischi, la sfida è molto più grande quando si deve decidere di somministrare ormoni che causano un cambiamento nell'espressione di genere che non può essere completamente invertito. Uno dei miei casi più recenti è stato questo: si presenta alla mia consultazione una giovane che in precedenza era stata considerata una ragazza e che soffriva di anoressia. Durante il trattamento psicoterapeutico del disturbo alimentare, emerge chiaramente che questo giovane si sente un ragazzo e che l'anoressia era un modo per evitare la pubertà. I genitori e l'ambiente scolastico ne sono già a conoscenza e se ne sono fatti una ragione. Ora questo giovane vuole essere trattato ormonalmente, prima con bloccanti della pubertà e poi presto con il testosterone. In questi casi, tutto ciò che mi resta è la mia percezione. Devo fidarmi della mia impressione su questa persona. Per supportare questo processo, ottengo sempre due ulteriori perizie. Queste perizie sono un peso per il paziente, ma poiché il medico può prendere questa decisione importante solo con il proprio giudizio, ritengo che siano importanti. In questo

caso, entrambi gli esperti sono giunti alla mia stessa conclusione: la somministrazione di testosterone è giustificabile e nell'interesse di questa persona. Naturalmente, le conseguenze irreversibili della somministrazione di ormoni devono essere spiegate in dettaglio in anticipo. La terapia inizia con una piccola dose, che viene poi aumentata. Dopo pochi mesi è emerso che la paziente e tutte le persone coinvolte si sono trovate molto bene con questa decisione. Oggi, a distanza di cinque anni, la decisione sembra essere ancora quella giusta.

È meraviglioso quando questo processo decisionale ha successo. Un altro aspetto della situazione attuale diventa evidente quando una persona del genere torna in classe e vi si presenta con molto carisma ed energia. A volte attira l'attenzione e gli altri giovani si chiedono se non abbiano anche loro questa caratteristica. I ragazzi vanno su Internet e hanno accesso a molte informazioni e, soprattutto se sono adolescenti con un cervello particolarmente impressionabile, possono assorbirle in modo tale da convincere se stessi e gli altri che anche loro sono transgender. Ciò significa che i medici e i terapeuti si trovano oggi ad affrontare sfide ancora più grandi. Ci sono molte situazioni in cui mi rendo conto di non essere in grado di rappresentare questo processo di transizione. Allora devo dire alla persona interessata che, se vuole intraprendere questo percorso, ha bisogno di un supporto medico diverso o, se anche lei non è sicura, possiamo prenderci del tempo insieme per esplorare la situazione, ma che non sono disposto a iniziare un trattamento ormonale. Anche in questo caso, tutto ciò su cui possiamo fare affidamento è la percezione della persona che abbiamo di fronte, la percezione di chi ci circonda e il nostro intuito.

Le relazioni sono uniche

Ci sono molti esempi dell'ampia gamma di generi e di quanto diverse possano essere le nostre vite. Durante la consulenza racconto ai bambini e ai ragazzi molti esempi, in modo che possano vedere le diverse possibilità disponibili con e senza riassegnazione di genere e non prendano decisioni affrettate. La sessualità è qualcosa di molto intimo e non è la stessa con ogni partner. Potrebbe quindi valere la pena di considerare chi può essere e chi sarà il mio partner e come sarà organizzata la nostra sessualità insieme. Mi riferisco anche al medico. Nel mondo animale ci sono tantissimi esempi delle più diverse forme di partnership, sessualità e famiglia; nell'uomo è altamente individualizzato.

I quattro livelli di appartenenza di genere che possiamo valutare si traducono in uno spettro diversificato in cui ci muoviamo come esseri umani, ed è nostro compito come medici, terapeuti, educatori e psicologi scoprire cosa significa per ogni singola persona, sempre di nuovo e anche nei nostri rapporti reciproci. -

***David Martin**

è pediatra, endocrinologo pediatrico, oncologo, diabetologo ed ematologo. Professore di medicina pediatrica e dell'adolescenza all'Università di Tubinga, nel 2017 è stato nominato titolare della cattedra Gerhard Kienle di Teoria medica, Medicina Integrativa e Antroposofica all'Università di Witten/Herdecke, dove dirige anche l'Istituto di Medicina Integrativa.

Note:

(1) Kenneth J. Zucker, Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. In: Sexual Health 14(5), August 2017, S. 404–411, [/.publish.csiro.au/sh/SH17067](http://publish.csiro.au/sh/SH17067).

(2) Paola Escudera et al., Sex-related preferences for real and doll faces versus real and toy objects in young infants and adults. In: Journal of Experimental Child Psychology, Oktober 2013, [.sciedirect.com/science/article/abs/pii/S0022096513001367?via%3Dihub](http://sciedirect.com/science/article/abs/pii/S0022096513001367?via%3Dihub).

(3) Liquan Liu et al., Factors affecting infant toy preferences: Age, gender, experience, motor development, and parental attitude. In: Infancy, Band 25, Ausgabe 5. Juni 2020, S. 593–617, onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/inf.12352.

(4) Vedi nota (1)

(5) Anne Scheschonk, Mädchenseele. Dokumentarfilm 2015/17, [/.bpb.de/mediathek/video/271582/maedchenseele](http://.bpb.de/mediathek/video/271582/maedchenseele).

(6) Georgios Karamanis et al., Gender dysphoria in twins: a register-based population study. In: Scientific Reports, August 2022, .nature.com/articles/s41598-022-17749-0.

(7) Vedi nota (1)

(8) Alexander Naß u. a. (Hrsg.), Geschlechtliche Vielfalt (er)leben: Trans*- und Inter-geschlechtlichkeit in Kindheit, Adoleszenz und jungem Erwachsenenalter. Buchreihe: Angewandte Sexualwissenschaft, Psycho-sozial-Verlag, 2016.