

RESPONSABILE EDITORIALE

Rossella Gaudino

COMITATO EDITORIALE

Carlo Alfaro

Giovanni Farello

Barbara Predieri

COMITATO DI REDAZIONE

Commissione Giovani

REALIZZAZIONE

Salvatore Chiavetta

Email per i vostri contributi

info@medicinadelladolescenza.com

Abbiamo una pagina Web:

www.medicinadelladolescenza.com

Seguici su Facebook:

@PaginaSIMA

INQUADRAMENTO E SUPPORTO DI BAMBINI E ADOLESCENTI CON GENDER DISFORIA.

Dr Sarah Dal Ben e Dr Rossella Gaudino

*UO Pediatria; Ospedale Della donna e del Bambino; Azienda Ospedaliera
Integrata di Verona. Università degli Studi di Verona*

COME SI PONE LA DIAGNOSI DI GENDER DISFORIA?

La relazione che intercorre tra i concetti di sesso biologico e genere è alla base di forti controversie in ambito sociale, culturale e politico. Il termine sesso viene utilizzato generalmente per distinguere una persona in “maschio” o “femmina” sulla base dei caratteri sessuali biologici primari e secondari assegnati alla nascita ^[1]. Il concetto di genere, invece, si sviluppa come risultato dell'interazione di più fattori sia interni che esterni con connotazione sociale, culturale e psicologica. Con tale termine ci si riferisce a quello che, secondo i canoni e le aspettative della società, viene ritenuto appropriato come “maschile” e “femminile”.

Il processo tramite cui la persona riconosce, aderisce o si distanzia dalle caratteristiche tipiche del genere maschile o femminile costituisce l'identità di genere, ovvero la percezione psicologica interna di sé come appartenente ad uno o all'altro genere ^[2]. Il binarismo della definizione di genere come “maschile” o “femminile” è stata più volte messa in discussione per la presenza di uno spettro più ampio di condizioni in cui gli individui si identificano in modo transitorio o parziale con un genere diverso da quello assegnato alla nascita, i cosiddetti transgenders, senza che questo comporti l'effettivo desiderio di intraprendere una riassegnazione chirurgica del sesso.

In ambito medico la V edizione del Manuale diagnostico e Statistico per i disturbi mentali (DSM-5, 2013) propone il termine disforia di genere (GD) indicandola come una condizione comprendente tutte quelle situazioni in cui sia presente una forte e persistente identificazione nel sesso opposto a quello biologico tale da causare una sofferenza clinicamente significativa o un disagio sociale.

Vengono inoltre stabiliti i criteri diagnostici per la diagnosi di disforia di genere nel bambino e nell'adolescente (tabelle 1 e 2)

Criteri diagnostici per la diagnosi di disforia di genere nel bambino (DSM -5, 2013)

A Una marcata incongruenza tra il genere esperito/espresso da un individuo e il genere assegnato, della durata di almeno 6 mesi, che si manifesta attraverso almeno sei dei seguenti criteri:

1. Un forte desiderio di appartenere al genere opposto o insistenza sul fatto di appartenere al genere opposto (o ad un genere alternativo diverso dal genere assegnato)
2. Nei bambini (genere assegnato), una forte preferenza per il travestimento con abbigliamento tipico del genere opposto o per la simulazione dell'abbigliamento femminile; nelle bambine (genere assegnato), una forte prevalenza per l'indossare esclusivamente abbigliamento tipicamente maschile e una forte resistenza ad indossare abbigliamento tipicamente femminile.
3. Una forte preferenza per i ruoli tipicamente legati al genere opposto nei giochi di fantasia.
4. Una forte preferenza per giocattoli, giochi e attività stereotipicamente usati o praticati dal genere opposto.
5. Nei bambini (genere assegnato), un forte rifiuto per i giocattoli, giochi e attività tipicamente maschili, e un forte evitamento dei giochi in cui ci si azzuffa; nelle bambine (genere assegnato), un forte rifiuto per i giocattoli, giochi e attività tipicamente femminili.
6. Una forte avversione per la propria anatomia sessuale.
7. In forte desiderio per le caratteristiche 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.

Tabella 1

Criteri diagnostici per la diagnosi di disforia di genere negli adolescenti e negli adulti (DSM -5, 2013)

A Una marcata incongruenza tra il genere esperito/espresso da un individuo e il genere assegnato, della durata di almeno 6 mesi, che si manifesta attraverso almeno due dei seguenti criteri:

1. Una marcata incongruenza tra il genere esperito/espresso da un individuo e le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie (in giovani adolescenti: secondarie attese)
2. Un forte desiderio di liberarsi delle proprie caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie a causa di una marcata incongruenza con il genere esperito/espresso di un individuo (oppure nei giovani adolescenti, un desiderio di impedire lo sviluppo delle caratteristiche sessuali secondarie attese).
3. Un forte desiderio per le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie del genere opposto.
4. Un forte desiderio di appartenere al genere opposto (o un genere alternativo diverso da quello assegnato).
5. Un forte desiderio di essere trattato come appartenente al genere opposto (o un genere alternativo a quello assegnato)
6. Una forte convinzione di avere sentimenti e reazioni tipici del genere opposto (o un genere alternativo diverso da quello assegnato)

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

Tabella 2

Non bisogna confondere la GD con i comportamenti definiti “atipici di genere” che sono comuni nel bambino in quanto parte del percorso di sviluppo e di crescita.

L'incidenza della GD è difficile da stimare anche dal momento che adolescenti e giovani adulti presentano spesso una disforia di genere atipica, non binaria, esprimendo caratteristiche di entrambi i generi o di nessuno. Si è visto però un aumento del numero di adolescenti che ha contattato il Servizio Specializzato per l'Identità di Genere (GIDS) nel corso degli anni sia in Europa che in Nord America ^[3] ^[4]. Alcuni studi basati sul self-report suggeriscono che dal 0.17 al 1.3% degli adolescenti e dei giovani adulti si identifichino come transgender ^[5]. Un altro studio mostra che circa l'1.3 % dei ragazzi tra 16 e 19 anni potenzialmente presenta una GD ^[6].

LA REALTA' INGLESE: UN PERCORSO CONDIVISO GRAZIE AL SERVIZIO SPECIALIZZATO PER L'IDENTITA' DI GENERE (GIDS)

Il GIDS, istituito nel 2009, è un servizio multidisciplinare che coinvolge il paziente con GD e la sua famiglia. Il percorso prevede una prima parte di tipo psicologico/psicosociale e solo successivamente viene coinvolta la figura del medico, nella fattispecie dell'endocrinologo pediatrico^[7].

La presa in carico del paziente, sia esso bambino, adolescente o giovane adulto, deve comprendere la valutazione dei suoi sentimenti, del suo stato d'animo e del rapporto con il proprio corpo.

Nelle persone con GD il corpo viene generalmente percepito come inadeguato e l'angoscia ad esso correlata emerge soprattutto durante l'adolescenza quando il paziente, ancora bambino, si trova di fronte al compito di costruirsi una sua identità. Il cambiamento del corpo con la comparsa dei caratteri sessuali secondari è la prima grande sfida con cui l'adolescente si deve confrontare in quanto esso comporta un cambiamento della propria identità e del modo di rapportarsi con l'ambiente per costruire un'immagine di sé unitaria a livello sociale, sessuale, alimentare e di genere ^[8]. Oltre a questi argomenti va affrontato, soprattutto nell'adolescente, anche il tema della fertilità e della sessualità.

Il periodo di inquadramento iniziale presso il GIDS ha una durata di circa sei mesi alla fine dei quali è possibile porre o meno la diagnosi di GD. Solo a questo punto, una volta posta diagnosi di GD, entra in gioco la figura del medico sempre affiancata da una presa in carico psicologica.

L'unica eccezione, che prevede l'inserimento del medico già nelle fasi iniziali, è prevista nel caso in cui il paziente abbia uno sviluppo puberale iniziato ma non concluso tale da richiedere una valutazione precoce per una eventuale terapia frenante la pubertà.

Lo stadio puberale è un altro criterio importante in quanto, in accordo con le linee guida della Società Endocrinologica e del WPATH, i pazienti devono aver iniziato la pubertà prima di qualsiasi intervento medico dal momento che dal 73 all'88% dei bambini che si recano presso il GIDS in epoca prepuberale non proseguono nella loro intenzione di cambiare genere dopo l'inizio della pubertà ^[9].

L'inquadramento medico prevedere l'esecuzione di accertamenti laboratoristici e strumentali:

- Esami ematochimici: emocromo, funzionalità renale, epatica ed ossea, Vit D, ioni, profilo ormonale completo. Gli accertamenti ematochimici vanno eseguiti di routine anche se generalmente non mostrano anomalie ^[7].
- RX età ossea per valutare il residuo di crescita staturale e predire l'altezza finale.
- Densitometria ossea da fare all'inizio e poi annualmente nel caso in cui si intraprendesse una terapia medica di tipo ormonale^[10].

Il counselling prevede anche la valutazione dell'eventuale conservazione dei gameti nei soggetti con stadio puberale avanzato prima di intraprendere una terapia medica ^[11]. Quest'ultima può venir intrapresa solo previa consenso informato del paziente o dei genitori se l'età del paziente è minore di 16 anni ^[9].

Per quanto concerne la terapia medica l'approccio iniziale prevede l'utilizzo di **Gn-RH analogo** in modo da sospendere in modo reversibile la produzione di ormoni sessuali, riducendo così l'ansia del paziente e dando tempo a maggiori interventi sul piano psicologico^[12]. La terapia con GN-RH analogo previene inoltre, nei bambini in fase puberale iniziale lo sviluppo dei caratteri sessuali secondari riducendo l'impatto di un'eventuale chirurgia successiva. Tale terapia frenante la pubertà prevede l'utilizzo di dosi standard di farmaco e viene continuata per almeno un anno. A completamento del percorso psicologico e medico intrapreso, solo se è il paziente viene considerato in grado di esprimere un consenso informato, si può valutare l'inizio di un trattamento ormonale. Questo trattamento prevede la somministrazione di ormoni in modo graduale^{[13][14]} e l'utilizzo di dosi più basse pazienti che non hanno raggiunto lo sviluppo sessuale nel loro sesso di nascita per consentire uno corretto sviluppo emozionale. Generalmente il trattamento ormonale è ben tollerato e non richiede sospensioni^[15].

A completamento del percorso di cambio di genere, dopo i 18 anni di età, il paziente può accedere ai trattamenti di ricostruzione chirurgica dei caratteri sessuali secondari.

In conclusione negli ultimi anni si è visto un aumento del numero di giovani che si pongono domande sul loro *genere* sia in senso binario che non-binario; in alcuni casi questa situazione viene vissuta con ansia e disagio.

È pertanto necessario un approccio multidisciplinare tra varie figure professionali in modo da creare un percorso condiviso tale da supportare psicologicamente ed accompagnare nel percorso di identificazione di genere il paziente con gender disforia.

BIBLIOGRAFIA

- [1] F. Batini and B. Santoni, *L'identità sessuale a scuola: educare alla diversità e prevenire l'omofobia*. Liguori, 2009.
- [2] J. Money and A. A. Ehrhardt, *Man woman, boy & girl: gender identity from conception to maturity*. Jason Aronson, 1996.
- [3] H. Wood *et al.*, "Patterns of referral to a gender identity service for children and adolescents (1976-2011): age, sex ratio, and sexual orientation.," *J. Sex Marital Ther.*, vol. 39, no. 1, pp. 1–6, Jan. 2013.
- [4] M. Aitken *et al.*, "Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria.," *J. Sex. Med.*, vol. 12, no. 3, pp. 756–63, Mar. 2015.
- [5] K. J. Zucker, "Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity," *Sex. Health*, vol. 14, no. 5, p. 404, Oct. 2017.
- [6] M. Sumia, N. Lindberg, M. Työläjäarvi, and R. Kaltiala-Heino, "Current and recalled childhood gender identity in community youth in comparison to referred adolescents seeking sex reassignment," *J. Adolesc.*, vol. 56, pp. 34–39, Apr. 2017.
- [7] G. Butler, N. De Graaf, B. Wren, and P. Carmichael, "Assessment and support of children and adolescents with gender dysphoria," *Arch. Dis. Child.*, p. archdischild-2018-314992, Apr. 2018.
- [8] G. Pietropolli Charmet, *I nuovi adolescenti: padri e madri di fronte a una sfida*. Cortina, 2000.
- [9] General Medica Council, "The duties of a doctor registered with the General Medical Council."

- [10] D. Klink, M. Caris, A. Heijboer, M. van Trotsenburg, and J. Rotteveel, "Bone mass in young adulthood following gonadotropin-releasing hormone analog treatment and cross-sex hormone treatment in adolescents with gender dysphoria.," *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, vol. 100, no. 2, pp. E270-5, Feb. 2015.
- [11] C. Finlayson *et al.*, "Proceedings of the Working Group Session on Fertility Preservation for Individuals with Gender and Sex Diversity.," *Transgender Heal.*, vol. 1, no. 1, pp. 99–107, Jun. 2016.
- [12] "Clinical Commissioning Policy: Prescribing of Cross-Sex Hormones as part of the Gender Identity Development Service for Children and Adolescents."
- [13] W. C. Hembree *et al.*, "Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline," *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, vol. 102, no. 11, pp. 3869–3903, Nov. 2017.
- [14] A. L. C. de Vries and P. T. Cohen-Kettenis, "Clinical Management of Gender Dysphoria in Children and Adolescents: The Dutch Approach," *J. Homosex.*, vol. 59, no. 3, pp. 301–320, Mar. 2012.
- [15] L. J. J. J. Vrouwenraets, A. M. Fredriks, S. E. Hannema, P. T. Cohen-Kettenis, and M. C. de Vries, "Perceptions of Sex, Gender, and Puberty Suppression: A Qualitative Analysis of Transgender Youth," *Arch. Sex. Behav.*, vol. 45, no. 7, pp. 1697–1703, Oct. 2016.