

https://riviste.unige.it/aboutgender

DOI: 10.15167/2279-5057/AG2021.10.19.1169

Vol. 10 N° 19 anno 2021

pp. 223-239

Il modello di ’“affermazione del genere” si basa solo sulle conclusioni, sbagliate, di uno studio olandese del 2014.

Daniela Danna

Università del Salento, Italia

# Nota novembre 2023

La traduzione è dell’autrice, con qualche aggiustamento rispetto all’originale. Non ho consultato la letteratura recente ma credo che non siano usciti nuovi studi che mostrano l’efficacia della pratica di cominciare le transizioni da minorenne (modello “che afferma il genere”), mi sarebbero perlomeno giunti all’orecchio. E sono convinta che il modello di affermazione del genere dei minorenni sia davvero deleterio, impossibile da salvare. Di seguito le mie argomentazioni. Per ulteriori problemi dei due articoli sul modello olandese vedi :

«The Myth of “Reliable Research” in Pediatric Gender Medicine: A critical evaluation of the Dutch Studies—and research that has followed», di E. Abbruzzese, Stephen B. Levine e Julia W. Mason, pubblicato in *Journal of Sex & Marital Therapy* 2023, vol. 49, n. 6, pp. 673–699, con bibliografia aggiornata (<https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/0092623X.2022.2150346?needAccess=true>).

**Sommario**

Nella letteratura scientifica l'unica valutazione positiva del modello di affermazione del genere per curare la disforia di genere nei minori e ripristinare il loro benessere è l'articolo del 2014 "Young Adult Psychological Outcome After Puberty Suppression and Gender Reassignment" di de Vries, McGuire, Steensma, Wagenaar, Doreleijers e Cohen-Kettenis. Il modello ha tre fasi: l'uso di farmaci per la soppressione della pubertà tra i 12 e i 14 anni, l'uso di ormoni del sesso opposto a 16 anni e l'intervento chirurgico di riassegnazione del sesso a 18 anni. In questo articolo, dopo aver presentato criticamente le traballanti basi della "disforia di genere" come descritta nel *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM-5), esamino la metodologia dell'articolo del 2014, che non mostra prove scientifiche dell'efficacia del "modello olandese" per l’abbandono del gruppo campione da parte di numerosi soggetti e per la mancata inclusione dei dati di un soggetto deceduto. Sebbene l’efficacia del modello non sia ancora stata dimostrata, esso è raccomandato ufficialmente in un numero crescente di Paesi.

**Parole chiave**: disforia di genere, modello olandese di affermazione del genere, adolescenti, transessualità, transgenderismo.

# Introduzione

L'articolo del 2014 dal titolo "Young Adult Psychological Outcome After Puberty Sup- pression and Gender Reassignment" (Esiti psicologici in giovani adulti dopo la soppressione della pubertà e la riassegnazione del genere) di Annelou L.C. de Vries, Jenifer McGuire, Thomas D. Steensma, Eva C.F. Wagenaar, Theo A.H. Doreleijers e Peggy T. Cohen-Kettenis è l'unico studio valutativo con risultati positivi del modello di affermazione del genere per curare la disforia di genere nei minori e ripristinare il loro benessere al termine del processo di "cambio di sesso" a 18 anni. Questo contributo esamina la metodologia dell'articolo, a partire dal concetto stesso di "disforia di genere".

La disforia di genere compare attualmente come diagnosi per bambini e adolescenti nel DSM-V, oltre che per gli adulti (APA 2013)[[1]](#footnote-1). La disforia di genere va ritenuta una patologia in quanto è elencata nel manuale per terapeuti dei disturbi mentali DSM, scritto per descriverli e classificarli. Le istruzioni per diagnosticare una persona con "disforia di genere" riguardano il disagio con il genere assegnato. Il "genere" è definito in sociologia come il diverso comportamento culturalmente trasmesso e richiesto a maschi e femmine. Questo significato non è mai stato apertamente contestato dalla letteratura medica, ma - sotto l'influenza della filosofia postmoderna (si vedano le opere di Judith Butler) - il termine "genere" è spesso usato impropriamente come sinonimo di "sesso" (ad esempio nell’espressione: "chirurgia di riassegnazione del genere"), creando confusione: il DSM- V consente la diagnosi di disforia di genere in persone che non hanno problemi ad accettare il proprio sesso[[2]](#footnote-2) .

La "disforia di genere", indicata con questo nome dal 2013, è quindi una nuova patologia[[3]](#footnote-3) che ha poco a che fare con la transessualità, il desiderio di cambiare sesso, anche se l’ha assorbita nel suo concetto. Lo stesso si può dire per il suo predecessore "disturbo dell'identità di genere", descritto in modo simile dal 1980 nei DSM-III e DSM-IV. L'identità "transgender", sempre più diffusa, si riferisce appunto alla mancanza di desiderio di cambiare sesso. L'attuale diagnosi di "disforia di genere" può essere fatta semplicemente controllando un elenco di comportamenti giudicati inappropriati secondo le norme di genere. L'*unico* requisito necessario, sia per i minori che per gli adulti, riguarda il genere. Questa è la formulazione per i bambini:

"A1. Un forte desiderio di essere dell'altro genere o un'insistenza sul fatto di essere dell'altro genere (o di un genere alternativo diverso da quello assegnato)".

Per gli adolescenti e gli adulti la formulazione è diversa, non più soggettiva, e irrigidisce le norme di genere patologizzandone la trasgressione:

"A1. Una marcata incongruenza tra il proprio genere vissuto/espresso e le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie (o negli adolescenti, le caratteristiche sessuali secondarie anticipate)".

Il criterio fa riferimento al sesso fisico, ma non richiede il suo rifiuto soggettivo. Non sono obbligatori i due item che indicano il disagio per il proprio sesso:

"A7. Forte avversione per la propria anatomia sessuale;

A8. Forte desiderio di avere caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie che corrispondono al genere che si esperisce".

Anche in questo caso, per gli adolescenti e gli adulti la formulazione è diversa, e precisamente:

"A2. Forte desiderio di liberarsi delle proprie caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie a causa di una marcata incongruenza con il proprio genere vissuto/espresso (o nei giovani adolescenti, desiderio di impedire lo sviluppo delle caratteristiche sessuali secondarie previste)";

"A3. Forte desiderio di avere le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie dell'altro genere".

Quest'ultimo criterio non è definito, poiché "l'altro genere" si riferisce a considerazione sociale e comportamento, non a caratteristiche fisiche.

Il DSM richiede una sofferenza psicologica (criterio B) per assegnare questa diagnosi. Ma non considera le voci del criterio A come la *causa* dei problemi mentali e sociali descritti per tutte le età: "B. La condizione è *associata* a disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, scolastico o di altre aree importanti " (corsivo mio). Questa "associazione" deve durare almeno sei mesi.

Dalla fine degli anni '90 il Centro di competenza sulla disforia di genere della facoltà di medicina della Vrije Universiteit di Amsterdam ha sviluppato un trattamento medico per i minori affetti da "disforia di genere": il modello di affermazione del genere (Cohen-Kettenis, Steensma e de Vries 2011). La prima fase del trattamento consiste nel bloccare la pubertà nei ragazzi di 12-13 anni (stadio Tanner 2), mentre socialmente li si fa appartenere al sesso opposto. La seconda fase prevede una rimodellazione corporea non reversibile con la somministrazione di ormoni dell'altro sesso (16 anni). Il "terzo stadio finale" è l'intervento chirurgico di riassegnazione del sesso, che richiede l'età del consenso (18 anni). In realtà, la terza fase non è affatto finale, poiché il soggetto dovrà assumere ormoni artificiali per tutta la vita. È previsto anche un supporto per la salute mentale. Oltre a curare la disforia di genere, il modello è orientato al risultato pratico di far sì che le persone trans siano più soddisfatte della loro transizione, poiché quanto prima iniziano, tanto più il loro aspetto fisico esteriore si allineerà con quello dell'altro sesso.

L'unico studio che rivendica buoni risultati per il modello di affermazione del genere nella cura della disforia di genere con un miglioramento del benessere generale del soggetto è la ricerca condotta ad Amsterdam sul gruppo dei primi 70 candidati idonei che hanno ricevuto soppressori della pubertà tra il 2000 e il 2008 (de Vries *et al.* 2011 e soprattutto de Vries *et al*. 2014). L'articolo del 2014 è stato, nelle parole degli autori, la "prima valutazione longitudinale a lungo termine dell'efficacia di questo approccio" (de Vries *et al*. 2014, 696) ed è tuttora l'unica. Le attuali "linee guida basate sull'evidenza" della Endocrine Society internazionale si basano sui suoi risultati (Hembree *et al.* 2017)[[4]](#footnote-4). Le linee guida citano anche un documento dell'NHS come evidenza favorevole (NHS 2016), ma l’unica fonte di quest’ultimo è lo stesso studio del 2014. L'articolo del 2014 è citato in altre linee guida e rassegne di ricerche da parte di "specialisti del genere" (Lopez *et al.* 2017; Telferet *al.* 2018; Turban ed Ehrensaft 2018) e anche da parte di critici (Heneghan e Jefferson 2019) negli stessi termini favorevoli che appaiono nel suo abstract:

"Dopo la riassegnazione di genere, nella giovane età adulta, la GD [disforia di genere] è stata alleviata e il funzionamento psicologico è costantemente migliorato. Il benessere è simile o maggiore rispetto ai giovani adulti della stessa età nella popolazione generale. È possibile che i miglioramenti nel funzionamento psicologico siano correlati al benessere soggettivo post-chirurgico" (de Vries *et al.* 2014, 696).

La lettura della fonte originale e della sua metodologia rivela risultati molto diversi.

# La prima coorte curata con l'approccio di affermazione del genere

L'articolo "Young Adult Psychological Outcome after Puberty Suppression and Gender Reassignment" (de Vries *et al.* 2014) presenta un follow-up della valutazione delle prime due fasi del modello (de Vries *et al.* 2011). I risultati nel gruppo dei 70 "minori transgender" sono stati ritenuti sufficientemente buoni per procedere con la terza fase di chirurgia genitale. Tutti i minori sottoposti a blocco della pubertà hanno proceduto alla riassegnazione chirurgica del sesso, nonostante la motivazione dichiarata alla soppressione della pubertà sia di dare al giovane più tempo per riflettere (Arnoldussen 2019). Nello studio del 2011 è emerso che: "Durante la soppressione della pubertà i problemi comportamentali ed emotivi e i sintomi depressivi sono diminuiti, mentre il funzionamento generale è migliorato in modo significativo. I sentimenti di ansia e rabbia non sono cambiati tra T0 e T1" (de Vries *et al.* 2011, 2276); "Abbiamo dimostrato un miglioramento in diversi aspetti del funzionamento psicologico, in media dopo 2 anni di soppressione della pubertà, mentre la GD è rimasta invariata" (de Vries *et al.* 2014, 697).

In questi articoli non ci sono "pazienti", ma piuttosto "adolescenti transgender" con diagnosi di "disforia di genere" (anche se il DSM-V non è stato utilizzato rigorosamente[[5]](#footnote-5)) oppure "candidati idonei" per i soppressori della pubertà, a causa di una diagnosi di "disturbo dell'identità di genere" e "nessun problema psico-sociale che interferisca con la valutazione o il trattamento" (de Vries *et al.* 2014, 697). Il gruppo di 70 "adolescenti transgender" che hanno partecipato allo studio del 2014 non è un campione, ma piuttosto l'universo dei candidati idonei durante i primi 8 anni di applicazione del modello. Chi ha accettato di rispondere alle domande è stato sottoposto ai test poco tempo dopo l'intervento chirurgico di riassegnazione del sesso:

"Ai giovani adulti è stata proposta la partecipazione alla ricerca tra il 2008 e il 2012, quando avevano superato da almeno un anno l'intervento di riassegnazione del sesso (vaginoplastica per le donne trans, mastectomia e isterectomia con ovariectomia per gli uomini trans; molti uomini trans hanno scelto di non sottoporsi alla falloplastica, oppure erano in una lunga lista d'attesa)" (de Vries *et al.* 2014, 697).

Questo disegno della ricerca, insieme alla ricerca del 2011, avrebbe potuto essere quello che gli statistici chiamano un panel longitudinale, ma poiché le domande erano sostanzialmente diverse nei due studi, il disegno è solo simile a quello di un panel.

La dimensione della coorte si è ridotta da 70 a 55 soggetti (-21,4%), superiore al 20% considerato accettabile nei panel longitudinali. Ma la coorte è stata ulteriormente ridotta, anche più che dimezzata, nel numero di soggetti che hanno effettivamente risposto ai diversi questionari, senza che gli autori abbiano fornito alcuna spiegazione o menzione di queste ulteriori riduzioni, nascoste nei caratteri piccoli delle tabelle.

Solo 45 soggetti sono stati valutati per l'immagine corporea, quindi il tasso di abbandono è diventato del 36% (de Vries *et al.* 2014, 699, Tabella 2). La Utrecht Gender Dysphoria Scale è stata somministrata a soli 33 soggetti, meno della metà della coorte (47% dei casi), e a un solo anno dall'intervento. La conclusione che la disforia di genere sia stata risolta dal modello di affermazione del genere non può essere valida. Dieci misure di funzionamento psicologico sono riportate in dettaglio nella Tabella 3 (de Vries *et al.* 2014, 700), con un calo della partecipazione da 55 a 32 soggetti in 4 misure, e a 43 soggetti in 3. Su queste misure il tasso di abbandono varia quindi dal 38% al 54%. Gli autori attribuiscono la mancata risposta dei partecipanti al fatto che i questionari siano stati somministrati in momenti diversi. Le tre misure rilevate su 54-55 soggetti riguardano il Benessere soggettivo: Qualità della vita, Soddisfazione per la vita e Felicità soggettiva, e in queste scale il loro punteggio è indistinguibile da quello della popolazione generale. Ma i tassi di caduta dovrebbero da soli avere un effetto distruttivo sui risultati presunti positivi. Guardiamo ora più in dettaglio le ragioni del calo da 70 a 55 soggetti,.

# Esclusioni arbitrarie e rifiuti / ritiri / abbandoni inspiegati

Gli autori forniscono questo elenco delle ragioni che hanno portato alla riduzione dei partecipanti da 70 a 55:

"La mancata partecipazione (n=15, 11 donne trans e 4 uomini trans) è stata attribuita al fatto che non era ancora trascorso 1 anno dall'intervento (n=6), al rifiuto (n=2), alla mancata restituzione dei questionari (n=2), al fatto di non essere idonei per l'intervento dal punto di vista medico, ad esempio per diabete non controllato o per obesità patologica (n=3), all'abbandono delle cure (n=1), e una donna trans è deceduta dopo la vaginoplastica a causa di una fascite necrotizzante post-chirurgica" (de Vries *et al.* 2014, 697).

Quest'ultimo tragico esito sarà esaminato più dettagliatamente in seguito.

La prima ragione sembra bizzarra e piuttosto *ad hoc*. Non c'è alcuna giustificazione discernibile per porre una soglia a (solo) un anno dall'intervento. Il periodo di un anno per la valutazione soggettiva di un intervento chirurgico che cambia la vita è troppo limitato, soprattutto se si considera che la piena maturità del cervello umano è a 25 anni, età che i soggetti dello studio hanno raggiunto ora, non quando sono stati valutati. Altri soggetti in fase di de-transizione descrivono un periodo di "luna di miele" di 1-3 anni in cui erano molto felici di ciò che solo poco dopo hanno iniziato a rimpiangere profondamente. Il vincolo temporale arbitrario ha lasciato fuori 6 soggetti: perché la raccolta dei dati non ha potuto aspettare che il gruppo escluso più numeroso potesse partecipare? Perché non c'è stato alcun aggiornamento dei risultati?

Il secondo gruppo più numeroso è composto dalle 5 persone che hanno rifiutato il questionario (n=2) o non lo hanno restituito (n=2) o hanno abbandonato le cure (n=1). Quali sono i motivi per rifiutare o ritirarsi? È possibile che il soggetto che ha "abbandonato la cura" lo abbia fatto per de-transizionare?

Il terzo gruppo aveva ragioni mediche per la non idoneità all'intervento chirurgico (n=3), e gli autori indicano "diabete incontrollato e obesità patologica" come esempi delle loro ragioni. Sarebbe interessante sapere se i soggetti abbiano sviluppato queste gravi patologie dopo le prime due fasi del modello. Se così fosse, ciò dovrebbe far parte della valutazione. In caso contrario, se i soggetti avevano già prima queste patologie, è discutibile dal punto di vista medico aver somministrato ormoni che squilibrano ulteriormente l'organismo a giovani con problemi di salute. Queste condizioni possono indicare che i soggetti avevano altri problemi di immagine corporea alla base della disforia di genere, che non potevano essere risolti dal cambio di sesso.

Tralasciando la questione della scarsa rappresentatività dei soggetti esaminati rispetto all'intera coorte, l'esclusione arbitraria di 6 soggetti fa pensare alla possibilità di una manipolazione dei risultati, mentre 8 soggetti che non hanno voluto o potuto partecipare fanno pensare a un'insoddisfazione non registrata. Gli stessi autori scrivono che i loro risultati non sono necessariamente estendibili all’universo dei soggetti: "nonostante l'assenza di differenze pre-trattamento sugli indicatori misurati, potrebbe esserci un bias di selezione tra gli adolescenti della coorte originale che hanno partecipato a questo studio rispetto ai non partecipanti" (de Vries *et al.* 2014, 703).

La domanda dei ricercatori: "Dopo la riassegnazione di genere, quanto sono soddisfatti i giovani adulti del loro trattamento e come valutano il loro benessere oggettivo e soggettivo?" (de Vries *et al.* 2014, 697) non può avere una risposta positiva, soprattutto perché escludono il decesso di uno dei partecipanti allo studio, decesso legato al modello di affermazione del genere.

Non è questa la prima valutazione negativa degli studi olandesi. In una recente rassegna, alcuni ricercatori hanno esaminato il trattamento ormonale di adolescenti transgender e ne hanno valutato gli effetti psicosociali, cognitivi e/o fisici, includendo gli studi olandesi del 2011 e del 2014 (Chew *et al.* 2018). La revisione sottolinea la mancanza di validazione del modello di affermazione del genere:

"il trattamento con soppressori della pubertà (GnRHa, analogo dell'ormone rilasciante le gonadotropine) è stato associato a un miglioramento di molteplici misure di funzionamento psicologico, ma non alla disforia di genere in sé, mentre gli effetti psicosociali degli ormoni per l’affermazione del genere nei giovani transgender non sono ancora stati adeguatamente valutati. Prove (però di bassa qualità) suggeriscono che i trattamenti ormonali per gli adolescenti transgender possono ottenere gli effetti fisici previsti, ma generalmente mancano le prove sul loro impatto psicosociale e cognitivo. Sono necessarie ricerche future per colmare queste lacune nella conoscenza e migliorare la comprensione degli effetti a lungo termine di questi trattamenti" (Chew *et al.* 2018).

Che sono totalmente sperimentali.

Le critiche all'approccio gender-affirming aumentano (ad esempio Brunskell-Evans 2019; Moore e Brunskell-Evans 2019), con le accuse alla clinica Tavistock and Portman NHS Trust di Londra per aver effettuato frettolosamente la transizione di minori gay e lesbiche presso il loro Gender Identity Development Service (GIDS) (Bannerman 2019)[[6]](#footnote-6), e l'assoluzione nel 2018 di Kenneth Zucker, direttore della Child Youth and Family Gender Identity Clinic di Toronto, accusato di praticare una "terapia di conversione" per non aver applicato il modello di affermazione di genere a tutti i minori che si presentavano alla sua clinica. Escludere ogni approccio farmacologico – *primum non nocere* fisicamente – nei confronti dei minori in difficoltà sembra essere la cosa più saggia.

# Un decesso nella coorte

"Una donna trans è morta dopo la vaginoplastica a causa di una fascite necrotizzante post-chirurgica" (de Vries *et al.* 2014, 697). Trattandosi di un articolo scientifico non stupisce più di tanto che una morte causata dai postumi di un intervento chirurgico, eseguito da o su prescrizione dell'équipe, sia stata registrata in modo così impassibile. Ma è corretto anche escludere questo soggetto dalla ricerca, chiamando la sua morte "non partecipazione" come se la persona non potesse compilare il questionario per qualsiasi altro motivo? La causa della morte dell'adolescente transessuale è parte integrante del modello in esame, poiché la sua terza fase *è* l'intervento chirurgico di riassegnazione del sesso. Il decesso è avvenuto come conseguenza del modello, quindi l'ultimo soggetto non è affatto uscito dal campione, ne rimane parte. La morte è un possibile esito del modello di affermazione del genere.

È vero che si tratta di un evento molto raro, tuttavia la chirurgia genitale ha anche un tasso abbastanza elevato di complicazioni non letali. Secondo il parere di un esperto:

 "La fascite necrotizzante è dovuta a una malattia infettiva, spesso lo Staphylococcus aureus resistente alla meticillina. L'infezione potrebbe derivare da una scarsa igiene nella dilatazione post-chirurgica della neovagina, necessaria ogni giorno per molti anni. È probabile che la morte non sia un rischio per una persona che si mantiene pulita e si attiene bene alle istruzioni, ma alcuni soggetti depressi non lo fanno"[[7]](#footnote-7).

Anche se rara, la morte si è verificata nella coorte, quindi la questione della valutazione del benessere generale diventa quella di accertare la probabilità di esiti positivi rispetto a quelli negativi (o meglio: disastrosi). I risultati reali al terzo stadio del modello sono una probabilità di morire di 1/56 e una probabilità di 55/56 di essere (in media) in migliore salute psicologica e privi di "disforia di genere", secondo i risultati dichiarati per la coorte ridotta (che come abbiamo visto non tengono conto di molte incertezze).

Come misurare esattamente la morte sulla scala del benessere psicologico potrebbe, certo, essere un problema quantitativo[[8]](#footnote-8), ma come valutare il benessere di una persona morta certo non è un problema qualitativo in un discorso scientifico e non religioso. La morte può essere considerata una proxy di estrema insoddisfazione per il modello affermativo messo in atto per curare la disforia di genere nella pubertà.

Se gli autori avessero esaminato a fondo la loro coorte, composta da 56 soggetti, avrebbero dovuto commentare la probabilità di morte derivante dal loro modello di affermazione del genere. Una probabilità dell'1,8% di morte post-operatoria regge piuttosto bene il paragone con l'alto rischio di suicidio propagandato dai sostenitori del modello di affermazione del genere, peraltro con studi che sono stati anch’essi sbugiardati perché metodologicamente inaffidabili, sovrastimando la possibilità di suicidio (Horváth 2018). Se consideriamo il rischio contingente alla sola vaginoplastica, il rischio per gli MtT (da uomo a trans) sale a 1/23, cioè al 4,3%.

Come valutare allora il modello olandese? Dato che i soggetti sono maggiorenni al momento dell'intervento chirurgico ai genitali, i suoi difensori potrebbero sostenere che bisogna lasciare che siano i giovani a decidere se entrare nel terzo stadio, con i suoi rischi fatali. Tuttavia, il modello non inizia quando una persona è considerata adulta. Sono i minori a essere condotti, attraverso le due fasi precedenti, alla terza fase dell'intervento chirurgico di riassegnazione del sesso, il culmine degli interventi medici che cominciano all'inizio della pubertà. I minori non possono acconsentire a un tale rischio. L'invalidazione del modello a causa dell'alto rischio di morte significa che il primo stadio dovrebbe essere soppresso, in quanto non è possibile ritardarlo fino alla maggiore età, e il secondo stadio (assunzione di ormoni dell’altro sesso) dovrebbe essere quanto meno ritardato. A ciò si possono aggiungere le considerazioni sul bisogno dei propri ormoni per maturare la mente, non solo il corpo.

In conclusione, i risultati di un migliore benessere psicologico come conseguenza del trattamento in un gruppo in cui si è verificato un decesso non possono essere validi. Questo evento deve essere incluso nel campione e discusso. Gli studi e le linee guida che citano i risultati favorevoli del modello di affermazione del genere dello studio olandese sono sbagliati e necessitano di una revisione, comprese le linee guida della Endocrine Society.

In generale, la diagnosi di "disforia di genere" nei minori ha permesso al modello di affermazione del genere di intervenire sul sesso fisico per allineare il corpo dei bambini e degli adolescenti alla loro "identità di genere", affermando il "genere" a scapito del sesso. In effetti il modello fa esattamente ciò che promette di fare.

# I trucchi linguistici e i loro risultati materiali e simbolici

Uno sguardo più attento al primo studio olandese rivela anche che i risultati favorevoli derivano da un linguaggio sbagliato o manipolativo. L'abstract recita: "La disforia di genere e la soddisfazione corporea non sono cambiate tra T0 e T1". È quindi sorprendente che due righe più in basso, nelle conclusioni, si affermi invece che:

"La soppressione della pubertà può essere considerata un valido contributo nella gestione clinica della disforia di genere negli adolescenti" (p. 2276).

Ma leggiamo attentamente: "gestione clinica" non significa terapia. La frase non significa né implica che la disforia di genere possa essere risolta con la soppressione della pubertà. Mi permetto di parafrasare la conclusione in un linguaggio chiaro e concreto:

offrire la soppressione della pubertà è utile per convincere gli adolescenti che hanno un problema con il loro genere assegnato (non necessariamente con il sesso, vedi i criteri di diagnosi nel DSM-V discussi *supra*) a diventare pazienti della nostra clinica e a prendere i farmaci che distribuiamo.

Inutile dire che in questo mondo capitalista i produttori di tali farmaci, ormoni di sintesi, hanno un interesse economico a promuoverli, a farli pagare al pubblico introducendo una diagnosi medica per un problema sociale, ad ampliare il target dei consumatori di detti farmaci, in questo caso assicurandosì un trattamento a vita di persone che prima erano sane, reclutate alla più giovane età possibile. Esiste anche la ben nota logica delle organizzazioni - studiata in sociologia - che cercano di norma di espandere il proprio campo di competenza e di intervento. Questa logica può essere applicata per comprendere una delle motivazioni dei clinici che hanno inventato e promosso il modello olandese: allargare ai minori il campo di intervento sulla transessualità in cui sono specializzati. D'altra parte, esiste anche la "domanda" da parte dei minori non conformi nella loro presentazione di genere e con problemi psicologici o funzionali associati, che considerano il trattamento proposto di "cambiare sesso" (chiamato "riassegnazione di genere") come una soluzione a tutti i loro problemi. È poi difficile che le persone in transizione fin dalla più tenera età si tirino indietro da un cambio di sesso socialmente incoraggiato, in quanto vi hanno costruito la loro identità e hanno subito cambiamenti corporei per lo più irreversibili, per qualcosa (un disagio, un’incertezza, un rifiuto del proprio orientamento sessuale) che la maggior parte dei loro coetanei che sperimentano la non conformità di genere ma senza interventi farmacologici abbandona crescendo (Bartlett *et al.* 2000; Singh 2012; Drescher e Pula 2014). La maggior parte dei bambini non conformi nel genere diventano giovani gay o lesbiche, come hanno mostrato vari studi, in particolare uno su 4.600 giovani:

"i livelli di comportamento conforme al genere all'età di 3,5 e 4,75 anni (anche se meno all'età di 2,5 anni) hanno predetto in modo significativo e coerente l'orientamento sessuale degli adolescenti all'età di 15 anni” (dall’abstract).

Gli autori concludono che:

"I risultati attuali convergono con altre linee di ricerca retrospettiva e prospettiva per suggerire che il comportamento non conforme al genere nell'infanzia è un predittore precoce e coerente di futuri orientamenti non eterosessuali" (Li *et al.* 2017, 774).

Assumere un'identità omosessuale è più difficile quanto più la persona è giovane e la pressione dei coetanei può portare alla transizione come soluzione al bullismo e all'omofobia. Un'altra difficoltà nell'ammettere che la transizione non è stata risolutiva deriva dal fatto che i detransizionati sono stigmatizzati, le loro voci sono censurate dai sostenitori della transizione dei minori e la ricerca su di loro è scoraggiata[[9]](#footnote-9).

Quando l'équipe olandese chiama l'operazione che esegue nell'ambito del modello di affermazione del genere "chirurgia di riassegnazione del genere", utilizza erroneamente il concetto di "genere", che è diverso da quello di "sesso". Quindi anche gli "specialisti del genere" sembrano essere confusi sul presunto oggetto della loro attività. Nella loro rassegna, Turban ed Ehrensaft (2018) elencano 13 definizioni di termini chiave, da "Sesso assegnato alla nascita" a "Variante rispetto al genere", compresa una definizione sociologicamente corretta di "Ruoli di genere": "Una caratteristica considerata 'maschile' o 'femminile' da una particolare cultura". Ma Turban ed Ehrensaft non offrono mai una definizione di "genere", in modo da poterlo usare surrettiziamente come sinonimo di "sesso".

I postmodernisti hanno sostenuto che il sesso non esiste di per sé, tutto è genere (Danna 2020). Ciononostante, gli interventi medici per la "disforia di genere" sono rivolti al sesso fisico dei minori. Questo è il "peccato originale" (postmodernista) di tutta questa letteratura e di tutti questi interventi medici: se il "genere" sostituisce il "sesso", il corpo viene escluso e tutto ciò che rimane sono le norme e le percezioni socialmente organizzate di ciò che è appropriato a un sesso o all'altro. Lo sforzo del modello di affermazione del genere è proprio l'opposto del cambiare le norme di genere e renderle meno oppressive. Mira invece a cambiare il sesso dei "candidati idonei", che soffrono della mancanza di accettazione della devianza di genere da parte della società.

I bambini imparano dagli adulti a passare dall'esperienza del disagio e dei problemi sociali legati al loro genere all'idea che "cambiare" il loro sesso risolverebbe i loro problemi sociali e di identità. L'approccio "guidato dai bambini" del modello di affermazione di genere (Ehrensaft 2011) è un'illusione: i bambini non sanno cosa possono o non possono fare gli ormoni artificiali e la chirurgia, ad esempio non capiscono che non possono cambiare realmente il proprio sesso ma solo apportare correzioni estetiche. Martin, Ruble e Szkrybalo (2002) hanno stabilito che prima dei 7 anni i bambini generalmente collegano il sesso con i vestiti che si indossano. Tuttavia, ciò che i minori trattati desiderano è proprio un cambiamento di sesso. Più che una conoscenza esatta degli effetti dei diversi ormoni, è fondamentale che i giovani afferrino l'idea che il sesso è immutabile, in quanto è inscritto in ogni cellula del nostro corpo e può essere cambiato solo in senso sociale, non biologico. Gli adulti lo sanno e possono dare il consenso a interventi che alterano il loro corpo e la loro salute (anche se a volte se ne pentono), ma i minori non sono nella posizione di decidere. Le loro conoscenze sono generalmente insufficienti, né sono abbastanza maturi per comprendere le implicazioni a lungo termine dell'alterazione del proprio equilibrio ormonale. Alcuni bambini e adolescenti conoscono i limiti di ormoni e chirurgia, ma ricevono comunque il messaggio che questi risolveranno tutti i loro problemi.

C’è una serie di altri aspetti problematici che si nascondono sotto questo trattamento proposto e praticato sui minori, compreso il clima sociale che favorisce la "transizione" dei minori come strategia di autoaffermazione e di richiamo dell'attenzione. Ma sostituire "genere" con "sesso" significa in realtà confondere le *relazioni*, implicite nei ruoli sociali, con le *cose* (anche se non è preciso chiamare il sesso e l'intero corpo “cose”, dacché sono viventi). Invece di vedere il problema nelle relazioni sociali e personali, il modello olandese considera il corpo come il problema e spinge i minori a cercare una soluzione ai loro problemi nel conformarsi al genere assegnato “cambiando” il proprio sesso.

Come si è detto, i soggetti del modello di affermazione del genere non sono "pazienti": nell'articolo del 2011 sono chiamati "candidati idonei" e nell'articolo del 2014 "adolescenti transgender". Quest'ultima espressione non è nemmeno una diagnosi, sebbene gli autori li chiamino anche "adolescenti con disforia di genere". Una "persona transgender" non dovrebbe essere affatto un "paziente", poiché si tratta semplicemente di una persona che non adempie alle prescrizioni sociali per il proprio sesso, mentre – proprio secondo il DSM – potrebbe anche non avere alcun disagio nella percezione del proprio sesso (cosa peraltro rara, specialmente per le ragazze che crescono in un patriarcato misogino). Cosa ci fanno queste persone nelle cliniche? Perché ricevono farmaci per alterare il loro corpo, farmaci pagati dal pubblico o da assicurazioni private?

Su questo terreno scivoloso, anzi inconsistente è stata costruita l’efficacia dell’affermazione del genere. Sicuramente l'attuale discussione in seno all'Associazione professionale mondiale per la salute dei transgender (WPATH, ex Harry Benjamin Society, aperta a tutti gli interessati, non solo professionisti, e finanziata dall’industria farmaceutica) per la preparazione dell'ottavo standard di cura sta utilizzando gli stessi elementi.

Si evidenziano quindi una serie di problemi non solo con gli studi olandesi, ma anche a monte a livello di peer review, e a valle a livello di citazioni: tutti gli articoli degli autori che citano gli studi parlano dei loro presunti risultati positivi[[10]](#footnote-10), e anche le linee guida ufficiali di una società medica lo fanno. Gli stessi autori degli studi non hanno mai riconosciuto questi problemi metodologici[[11]](#footnote-11). Si spera che d'ora in poi lo facciano.

# Riferimenti

APA (American Psychiatric Association) (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.), Washington, DC, American Psychiatric Association.

Arnoldussen, M., Steensma, T.D., Popma, A., van der Miesen, A.I.R., Twisk, J.W.R., and de Vries, A.L.C. (2019), Re-evaluation of the Dutch approach: are recently referred transgender youth different compared to earlier referrals?, in *European Child & Ado-lescent Psychiatry*, https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-019-01394-6 (consulted on 15 May 2021).

Bannerman, L. (2019), It feels like conversion therapy for gay children, say clinicians. Ex-NHS staff fear that homophobia is driving a surge in ‘transgender’ young people, in *The Times*, 8 April 2019, https://www.thetimes.co.uk/article/it-feels-like-conversion-therapy-for-gay-children-say-clinicians-pvsckdvq2.

Bartlett, N.H., Vasey, P.L., and Bukowski, W.M. (2000), Is Gender Identity Disorder in Children a Mental Disorder?, in *Sex Roles*, vol. 43, pp. 753-785.

Brunskell-Evans, H. (2019), The Medico-Legal ‘Making’ of ‘The Transgender Child’, in *Medical Law Review*, vol. 27, no. 4, pp. 640-657.

Chew, D., Anderson, J., Williams, K., May, T., and Pang, K. (2018), Hormonal Treatment in Young People with Gender Dysphoria: A Systematic Review, in *Pediatrics*, vol. 141, no. 4, e20173742.

Cohen-Kettenis, P.T., Steensma, T.D., and de Vries, A.L. (2011), Treatment of adolescents with gender dysphoria in the Netherlands, in *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, vol. 20, no. 4, pp. 689-700.

Danna, D. (20020), *Sesso e genere*, Trieste, Asterios.

de Vries, A.L., McGuire, J.K., Steensma, T.D., Wagenaar, E.C., Doreleijers, T.A., and Cohen-Kettenis, P.T. (2014), Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment, in *Pediatrics*, vol. 134, pp. 696-704.

de Vries, A.L.C., Steensma, T.D., Doreleijers, T.A.H., and Cohen-Kettenis, P.T. (2011), Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study, in *The Journal of Sexual Medicine*, vol. 8, pp. 2276-2283.

Drescher, J., and Pula, J. (2014), Ethical issues raised by the treatment of gender-variant prepubescent children, in *Hastings Center Report*, vol. 44, suppl. 4, pp. S17-22.

Ehrensaft, D. (2011), *Gender born gender made: raising healthy gender-nonconforming children*, New York, NY, Experiment Publishing.

Hembree W.C., Cohen-Kettenis, P.T., Gooren, L., Hannema, S.E., Meyer, W.J., Murad, M.H., Rosenthal, S.M., Safer, J.D., Tangpricha, V., and T'Sjoen, G.G. (2017), Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline, in *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, vol. 102, no. 11, pp. 3869-3903.

Heneghan, C., and Jefferson, T. (2019), Gender-affirming hormone in children and ado-lescents, in *BMJ EBM Spotlight*, 25, February (updated on 13 April 2019).

Horváth, H. (2018), The Theatre of the Body: A detransitioned epidemiologist examines suicidality, affirmation, and transgender identity, in *4th Wave Now*, https://4thwavenow.com/2018/12/19/the-theatre-of-the-body-a-detransitioned-epide-miologist-examines-suicidality-affirmation-and-transgender-identity/ (consulted on 15 May 2021).

Li, G., Kung, K.T.F., and Hines, H. (2017), Childhood gender-typed behaviour and adolescent sexual orientation: A longitudinal population-based study, in *Developmental Psychology*, vol. 53, no. 4, pp. 764-777.

LisaMacRichards (2019), *Bias, not evidence dominates WPATH transgender standard of care, Canadian Gender Report*, 1.10.2019, https://genderreport.ca/bias-not-evidence-dominate-transgender-standard-of-care/ (consulted on 15 May 2021).

Lopez, X., Marinkovic, M., Eimicke, T., Rosenthal, S.M., and Olshan, J.S. (2017), Pediatric Endocrine Society Transgender Health Special Interest Group. Statement on gender-affirmative approach to care from the pediatric endocrine society special interest group on transgender health, in *Current Opinion in Pediatrics*, vol. 29, no. 4, pp. 475-480.

Martin, C.L, Ruble, D.N., and Szkrybalo, J. (2002), Cognitive Theories of Early Gender Development, in *Semantic Scholar*, https://pdfs.semanticscholar.org/69e9/ 67157a01cb0af9252650195e7adb99578364.pdf (consulted on 15 May 2021).

Moore, M., and Brunskell-Evans, H. (2019), *Inventing Transgender Children and Young People*, Newcastle upon Tyne, Cambridge Scholars Publishing.

NHS (2016), *Prescribing of cross-sex hormones as part of the gender identity development service for children and adolescents*, https://www.england.nhs.uk/commissioning/wp-content/uploads/sites/12/2016/08/clinical-com-pol-16046p.pdf (consulted on 15 May 2021).

O’Mahony, S. (2019), *Can medicine be cured? The corruption of a profession*, London, Head of Zeus (ebook).

Tetelepta, B. (2021), “More research is urgently needed into transgender care for young people: ‘Where does the large increase of children come from?’”, in *Voorzej*, 27 February 2021, https://www.voorzij.nl/more-research-is-urgently-needed-into-transgender-care-for-young-people-where-does-the-large-increase-of-children-come-from/.

Telfer, M.M., Tollit, M.A., Pace, C.C., and Pang, K.C. (2018), *Australian Standards of Care and Treatment Guidelines for Trans and Gender Diverse Children and Adolescents Version 1.1*., Melbourne, The Royal Children’s Hospital.

Turban, J.L., and Ehrensaft, D. (2018), Research review: gender identity in youth: treatment paradigms and controversies, in *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 59, no. 12, pp. 1228-1243.

Vrouenraets, Lieke J.J.J.; Fredriks, A.M., Hannema, S.E., Cohen-Kettenis, P.T., and de Vries, M.C. (2015), Early Medical Treatment of Children and Adolescents With Gender Dysphoria: An Empirical Ethical Study, in *Journal of Adolescent Health*, vol. 57, no. 4, pp. 367-373, https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(15)00159-7/fulltext

1. Nel 2019 l'OMS ha cambiato l'etichetta in "incongruenza di genere", per non classificare più la disforia di genere come un disturbo mentale. Tuttavia, se l'OMS - l'Organizzazione Mondiale della Sanità - si sforza di descrivere i criteri per diagnosticare qualcosa che richiede un intervento medico, questo qualcosa deve necessariamente essere una malattia. [↑](#footnote-ref-1)
2. In questo tipo di letteratura si trova spesso l'espressione "sesso assegnato alla nascita", che però non ha senso per il 99% di noi, che non è intersessuale (stime riportate dalla Intersex Society of North America 'ISNA[':](https://isna.org/faq/frequency/) https://isna.org/faq/frequency/). L'obiezione secondo cui il verbo "assegnare" è utile per spostare l'attenzione sul processo sociale di creazione del genere per gli esseri sessuati, è anch'essa priva di significato, poiché *tutte le parole* fanno parte di quel processo sociale arbitrario che chiamiamo linguaggio. Il linguaggio è arbitrario nel collegare particolari suoni a concetti e realtà, ma mira a descrivere ciò che esperiamo. Pertanto, è pleonastico richiamare l'attenzione sull'"assegnazione" del sesso, nel senso di collegare questa realtà biologica con le parole (naturalmente arbitrarie) "maschio" e "femmina". [↑](#footnote-ref-2)
3. In precedenza, una diagnosi simile andava sotto l'etichetta "disturbo dell'identità di genere" - vedi oltre. Come mostrerà l'articolo, entrambe si qualificano come "malattie postmoderne" nel senso dato da Seamus O'Mahony (2019, 170/479): "La sensibilità al glutine non celiaca è quindi un modello di quella che potrebbe essere definita una malattia postmoderna. Non ha un marcatore biologico convalidato (come un esame del sangue o una biopsia) e la diagnosi viene fatta sulla base di un punteggio altamente arbitrario di sintomi dubbi. La sua 'scoperta' deve molto alle pressioni dei pazienti e alla subornazione dell'opinione degli esperti da parte di interessi commerciali". [↑](#footnote-ref-3)
4. Che, tra l'altro, non sono considerate evidence-based (basate su prove scientifiche) dall'ECRI, organizzazione canadese di pazienti: "ECRI fornisce un 'Punteggio sulla fiducia' che valuta la qualità delle linee guida, in base alla forza delle prove e alle misure adottate nelle raccomandazioni per ridurre il bias". Dopo aver cercato nel database dell'ECRI le linee guida per la cura dei transgender, l'unica linea guida pubblicata è stata la 'Endocrine Society Clinical Practice Guidelines of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons, 2017'. Non è stata valutata con il Punteggio sulla fiducia. Il WPATH SOC [le linee guida sugli standard di cura dell'Associazione professionale mondiale per la salute dei transgender] non è stato incluso nel database" (LisaMacRichards 2019), il che significa che questi due documenti non sono basati sull'evidenza. L'articolo citato espone anche il conflitto di interessi dei sostenitori del modello di affermazione del genere, che ricevono finanziamenti dalle case farmaceutiche interessate.. [↑](#footnote-ref-4)
5. "Gli adolescenti transgender sperimentano un'incongruenza tra il genere loro assegnato e quello vissuto e *possono* [corsivo mio] soddisfare i criteri del DSM5 per la disforia di genere (GD)" (de Vries *et al.* 2014, 697). Quindi, peraltro, il trattamento non dovrebbe riguardare affatto il loro sesso! [↑](#footnote-ref-5)
6. Confermato dalla sentenza Bell contro Tavistock del 1° dicembre 2020 che ha stabilito che è molto improbabile che gli adolescenti sotto i 16 anni siano in grado di dare un consenso informato ai bloccanti della pubertà. [↑](#footnote-ref-6)
7. Epidemiologo, ex transessuale (corrispondenza personale). [↑](#footnote-ref-7)
8. Se dovessi dare una misura dell'insoddisfazione e del malessere, metterei il numero all'infinito, annullando così qualsiasi progresso fatto dagli altri 55 soggetti sulle variabili misurate. [↑](#footnote-ref-8)
9. Le fonti per queste valutazioni si trovano, ad esempio, nel sito web *4th Wave Now* (4thwavenow.com), che si descrive come: "Una comunità di persone che mettono in discussione la medicalizzazione dei giovani atipici nel genere", con contributi di terapeuti, medici, accademici ed esperienze dirette delle famiglie e di persone trans. Il sito documenta anche i problemi che la "ricerca non conforme" incontra nell'attuale clima intellettuale postmoderno. [↑](#footnote-ref-9)
10. Anche coloro che riconoscono i problemi etici (Vrouenraets *et al*. 2015). [↑](#footnote-ref-10)
11. Tuttavia nel 2021 Steensma ha lamentato che "il resto del mondo sta adottando ciecamente la nostra ricerca" (Tetelepta 2021). [↑](#footnote-ref-11)