

4. Disforia di genere

GIANLUCA TORNESE

Università degli Studi di Trieste e IRCCS Burlo Garofolo, Trieste
gianluca.tornese@burlo.trieste.it

1. INTRODUZIONE

Ospedale pediatrico e scuola hanno funzioni in parte comuni e alcune aree significative di sovrapposizione. Entrambe le istituzioni hanno come finalità la tutela della salute (fisica, psichica e culturale) di bambini e ragazzi. Ciascuna sconfinava a volte nell'altra. L'ospedale nella scuola, facendo squadra con gli insegnanti per affrontare i più disparati problemi che si presentano in giovani affetti da malattie croniche o da disturbi psicosomatici. La scuola nell'ospedale (SIO), quando per uno studente non è possibile frequentare con tutti gli altri a causa di un ricovero, e gli insegnanti della scuola portano uno spazio di continuità e prospettiva con la loro presenza e attività nelle stanze di degenza. La scuola e l'ospedale sono anche lo spazio dell'integrazione, della composizione dell'umano a partire dalle sue diversità.

Una delle tematiche trasversali tra scuola e ospedale riguarda le difficoltà cui può andare incontro un bambino o un ragazzo che percepisce soggettivamente un'identità di genere diversa da quella corrispondente al suo sesso biologico.

È una tematica trasversale perché scuola e ospedale devono saper rispettare queste percezioni, ma devono anche sapere individuare ed affrontare i casi



in cui questo sentimento, questa percezione diventano causa di malessere, di sofferenza. In questi casi, come vedremo, si parla di disforia di genere. È una condizione tipicamente trasversale al mondo sanitario e scolastico. A scuola, la cultura dell'inclusione e del rispetto, la prevenzione o il contrasto al bullismo, la costruzione di punti di ascolto, sono tutti elementi che possono ridurre il rischio di sofferenza associato ad una percezione di genere non tipica. In ospedale, l'approccio alla disforia di genere include il riconoscimento degli eventuali aspetti endocrinologici o psicologici che possono talora essere presenti e l'accompagnamento del ragazzo/a al tempo dello sviluppo puberale fino ad una scelta autonoma e consapevole. Talora, ragazzi con disforia di genere possono necessitare di ricoveri ospedalieri per accertamenti, in seguito ai quali il rientro scolastico può essere facilitato da una collaborazione con gli insegnanti ospedalieri.

Per tutti questi motivi è opportuno che chi si occupa di SIO abbia una conoscenza anche di queste diversità che purtroppo sono state a lungo coperte da stigmatizzazione e tabù, e dei problemi medici e sociali che si possono ancora verificare. Anche in un mondo più moderno e aperto, infatti, resta comune un utilizzo “ostile” di termini riferiti a chi non corrisponde all’immagine tipica di corrispondenza tra sesso e identità di genere, rendendo più difficile il riconoscimento e l’accompagnamento dei casi problematici di disforia di genere.

2. DEFINIZIONI RELATIVE ALL’IDENTITÀ SESSUALE

L’**identità di genere** è la specifica dimensione dell’identità individuale legata alla percezione soggettiva della propria mascolinità/femminilità, ossia il genere a cui una persona si sente di appartenere. Solitamente i bambini consolidano la propria identità di genere verso i 3-4 anni (“sono un maschio e lo sarò per sempre”, “sono una bambina e da grande diventerò una donna”), e intorno ai 5-6 anni la maggior parte di essi sembra avere una intensa necessità di comportarsi secondo quanto si considera appropriato al gruppo dei maschi o delle femmine (per esempio scegliendo compagni di gioco dello stesso sesso). Generalmente lo sviluppo dell’identità di genere è in accordo col sesso biologico, ma non sempre.

È importante non confondere l’identità di genere con il **ruolo di genere**, ossia tutto ciò che si fa per esprimere agli altri l’appartenenza a un determinato sesso, le norme comportamentali associate al genere in un dato gruppo o sistema sociale, e che è in gran parte frutto di consuetudini sociali apprese a cui ci si può conformare o meno. Per esempio, ci possono essere bambini a cui non piace fare la lotta oppure bambine a cui non piace mettere la gonna, senza che questo interferisca affatto con il loro percepirsi come maschi o femmine, rispettivamente.

Allo stesso modo non bisogna confondere l’identità di genere con l’**orientamento sessuale**, ossia l’attrazione emotiva, affettiva e fisica che, in particolare dalla pubertà in poi, si prova verso persone del sesso opposto (eterosessualità), dello stesso sesso (omosessualità) o di entrambi i sessi (bisessualità). Per esempio, un ragazzo cisgender omosessuale non ha la convinzione né il desiderio di essere femmina, ma possiede invece un’identità di genere maschile congruente con il sesso biologico di appartenenza.

Sesso biologico	Appartenenza al sesso maschile o femminile determinata dai cromosomi sessuali e dagli ormoni che determinano il sesso gonadico e fenotipico	<i>“A quale sesso corrisponde la biologia del mio corpo?”</i>
Identità di genere	Percezione che ognuno ha del proprio sentirsi maschio o femmina	<i>“A quale categoria sento di appartenere intimamente e psichicamente?”</i>
Ruolo di genere	Insieme delle aspettative e ruoli su come gli uomini e le donne si debbano comportare in una data cultura e in un dato periodo storico	<i>“Che cosa penso di dover fare/voglio fare, e che cosa ci si aspetta da me, in quanto maschio o in quanto femmina?”</i>
Orientamento sessuale	Attrazione erotica e affettiva per i membri del sesso opposto (eterosessualità), dello stesso sesso (omosessualità) o entrambi (bisessualità)	<i>“A quale sesso e/o genere appartengono le persone che mi attraggono emotivamente, affettivamente e fisicamente?”</i>

Ovviamente identità di genere, ruolo di genere e orientamento sessuale sono tra loro strettamente intrecciati, ma hanno una loro autonomia e interagiscono in modo molto complesso.

In alcuni casi l'identità di genere si può sviluppare in modo variante o atipico. È possibile, cioè, che a partire da un'età più o meno precoce l'identità di genere non coincida con il genere assegnato alla nascita. Parliamo, ad esempio, di un bambino che vuole vestirsi con abiti femminili, oppure di una bambina che rifiuta nettamente di essere considerata una femmina (Tornese e altri, 2016; Coleman e altri, 2022).

3. COS'È LA DISFORIA DI GENERE?

Si parla di **varianza di genere** (VG) o non conformità di genere quando l'identità di genere o il ruolo di genere di un individuo si differenzia dalle norme culturali comuni per una persona di un determinato sesso. Ci sono bambini che crescono desiderando un abbigliamento, giochi e attività che non coincidono con lo stereotipo di genere che ci aspetteremmo da loro. La loro esperienza di sé, però, non si discosta dalla maggioranza delle bambine o dei bambini con cui crescono, si sentono maschi a cui non piace fare la lotta, o femmine a cui non piace mettere la gonna. Questi bambini, cioè, si esprimono in maniera differente dalla maggioranza, ma non soffrono per essere identificati secondo il loro sesso di nascita.

Quando però l'incongruenza tra la propria identità di genere e il genere assegnato alla nascita (e il ruolo associato a quel genere e/o a quelle caratteristiche sessuali primarie o secondarie) si accompagna a sofferenza, malessere e stress, allora si parla di **disforia di genere** (DG). La parola "disforia" significa infatti "difficoltà di sopportare" (dal greco "dys", male + "phérein", sopportare). La presente dizione ha sostituito dal 2013 (con la pubblicazione del DSM-5) la vecchia terminologia di "disturbi dell'identità di genere", ponendo appunto l'attenzione non tanto sull'incongruenza esistente tra sesso biologico e identità di genere, quanto sul distress percepito ovvero sulla condizione emotiva che accompagna tale discrepanza, non sull'identità in sé, quanto sulla disforia come problema clinico. Uno dei criteri necessari per diagnosticare la DG secondo il DSM-5 è appunto che la condizione sia "associata a sofferenza clinicamente significativa o a compromissione del funzionamento in ambito sociale, scolastico o in altre aree importanti". Inoltre, per la diagnosi è indispensabile che la condizione sia persistente nel tempo, "della durata di almeno 6 mesi" (quindi non viene fatta solo per una occasione in cui ci si è vestiti con abiti del genere opposto) (American Psychiatric Association, 2013).

CRITERI DIAGNOSTICI DSM-5 PER LA DISFORIA DI GENERE NEL BAMBINO

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 6 dei seguenti criteri (di cui uno deve essere necessariamente il criterio 1):

1. Un forte desiderio di appartenere al genere opposto o insistenza sul fatto di appartenere al genere opposto (o a un genere alternativo diverso dal genere associato)

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 preferenza per l'indossare esclusivamente abbigliamento tipicamente maschile e una forte resistenza a indossare abbigliamento tipicamente femminile
3. Una forte preferenza per i ruoli tipicamente legati al genere opposto nei giochi del "far finta" o di fantasia
4. Una forte preferenza per giocattoli, giochi o attività stereotipicamente utilizzati o praticati dal genere opposto
5. Una forte preferenza per i compagni di gioco del genere opposto
6. Nei bambini (genere assegnato) un forte rifiuto per giocattoli, giochi e attività tipicamente maschili e un forte evitamento dei giochi in cui ci si az-zuffa; nelle bambine (genere assegnato) un forte rifiuto di giocattoli, giochi e attività tipicamente femminili
7. Una forte avversione per la propria anatomia sessuale
8. 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

CRITERI DIAGNOSTICI DSM-5 PER LA DISFORIA DI GENERE NELL'ADOLESCENTE (E NELL'ADULTO)

- 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 2 dei seguenti criteri:
1. Una marcata incongruenza tra il genere esperito/espresso da un individuo e le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie (oppure, in giovani adolescenti, le caratteristiche 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 dal genere assegnato)
5. Un forte desiderio di essere trattato come appartenente al genere opposto (o un genere alternativo diverso dal genere assegnato)
6. Una forte convinzione di avere i sentimenti e le reazioni tipici del genere opposto (o di un genere alternativo diverso dal genere assegnato)

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

Soltanto alcune tra le persone con una VG, quindi, presentano una DG nella loro vita. Pertanto non deve essere diagnosticato come tale il comportamento di quei bambini che semplicemente non si adattano allo stereotipo culturale di mascolinità o femminilità. I bambini con DG non sentono di appartenere al genere assegnato loro alla nascita, alcuni addirittura sentono intensamente di appartenere al genere opposto a quello cui sono stati assegnati alla nascita e possono esprimere disforia anatomica: sono bambini che dichiarano di sentirsi femmine e che esprimono disgusto per i loro organi genitali esterni e che desiderano possano scomparire, oppure bambine che dichiarano di sentirsi maschi, che non vogliono vedere il seno crescere, che rifiutano le mestruazioni.

3.1 DI CHE NUMERI PARLIAMO?

Non esistono ancora studi epidemiologici formali sulla prevalenza della varianza di genere nell'infanzia. Una stima della prevalenza della VG può essere tratta sulla base di studi in cui è stata utilizzata la Child Behavior Checklist (CBCL), un questionario compilato dai genitori ampiamente utilizzato per misurare problemi emotivi e comportamentali nei bambini da 4 a 11 anni. Da questi campioni normativi si evince una prevalenza che va dall'1% a oltre il 10% in base alla domanda che viene posta ("si comporta come se fosse del sesso opposto" oppure "vuole essere del sesso opposto"), al sesso e alla popolazione studiata. In Italia è stato condotto uno studio su 350 bambini in età prescolare (3-5 anni) attraverso la somministrazione della Gender Identity Interview for Children che ha mostrato una prevalenza di VG del 5,2% nei maschi e del 3,9% nelle femmine.

Per quanto riguarda la prevalenza della disforia di genere nell'infanzia, le informazioni derivano da un solo studio del 2002 sull'ereditarietà dei disturbi dell'identità di genere in un campione di bambini e adolescenti (età 4-17 anni) in coppie di gemelli (96 monozigoti e 61 dizigoti): in base a questo studio il tasso di prevalenza sarebbe del 2,3%. Rispetto alla prevalenza della disforia di genere nell'adolescenza (e nell'età adulta), gli studi basati su campioni clinici indicano che la DG è relativamente rara (circa 1:7400-1:100.000 nei nati maschi e 1:30.400-1:400.000 nelle nate femmine). Anche in questo caso, questi numeri sono probabilmente una sottostima della prevalenza reale, dal momento che la maggior parte degli studi si basa sulle visite in servizi specializzati per la DG e non tiene in considerazione gli individui che sperimentano forme meno estreme di DG e/o che non fanno domanda di interventi medici (Tornese e altri, 2016).

3. 2 PERCHÉ SUCCEDA?

Non esistono ipotesi eziologiche conclusive, sebbene vi sia un accordo generale sul fatto che la DG debba essere considerata un quadro complesso in cui intervengono fattori di diversa natura: biologici, psicologici e socio-culturali. Per questo è fondamentale che l'intervento con bambini e adolescenti che presentano DG preveda la presenza di un'équipe multidisciplinare (Tornese e altri, 2016; Coleman e altri, 2022).

3.3 È UNA COSA DI PASSAGGIO?

Per molti bambini l'esperienza di una VG è un'esperienza transitoria e con la pubertà la maggior parte di loro svilupperà la percezione di appartenere al genere assegnato alla nascita. Una buona parte di loro esprimerà in futuro un orientamento omosessuale o bisessuale. In realtà, la maggioranza dei giovani con VG in infanzia sarà poi cisgender eterosessuale da adulto. La DG presente durante l'infanzia non continua necessariamente fino al raggiungimento dell'età adulta; la VG nei bambini può anche continuare nell'età adulta, ma questi comportamenti non indicano necessariamente che i bambini siano affetti da DG e che necessitino di trattamento.

Negli studi di *follow-up* sui bambini di età prepubere (principalmente maschi) che erano stati indirizzati a cliniche per la valutazione della DG, la disforia era continuata fino all'età adulta solo per il 6-23% di essi. Altri studi più

recenti, comprendenti anche femmine, hanno mostrato un 12-27% di persistenza della DG fino all'età adulta. Al contrario, negli adolescenti la persistenza in età adulta della DG pare essere maggiore. Dal punto di vista clinico sarebbe importante riuscire a discriminare prima dell'inizio della pubertà tra quei bambini che continueranno a manifestare DG (*"persisters"*) e quelli in cui invece la DG scomparirà (*"desisters"*), ma attualmente non è chiaro quando e come la DG in infanzia persista o desista in adolescenza e in età adulta.

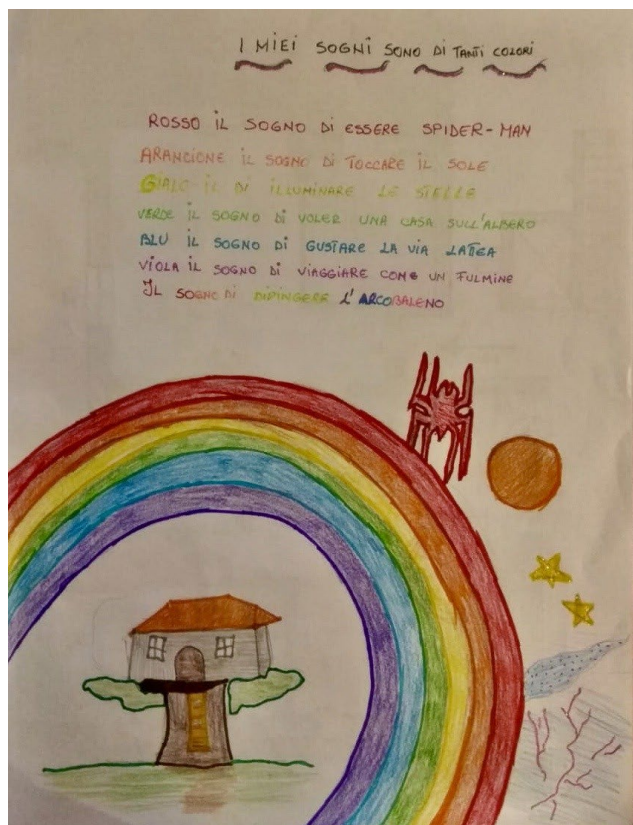
La pubertà è un periodo cruciale per il consolidamento dell'identità di genere e, nel caso di DG nell'infanzia, per la verifica del superamento o della persistenza della disforia. I fattori che contribuiscono a un aumento o a una diminuzione della DG sono: 1) i cambiamenti fisici associati alla pubertà; 2) i cambiamenti dell'ambiente sociale e il fatto di essere trattati più apertamente come membri del genere assegnato; 3) la scoperta della sessualità.

Come già accennato, nella maggior parte dei bambini la DG sparisce prima della pubertà o con il suo inizio senza conseguenze sull'esperienza di genere futura (*"desisters"*). Tuttavia, in alcuni la pubertà può essere terrificante: la comparsa dei caratteri sessuali secondari, infatti, può comportare un aumento del livello di sofferenza dettata dal vissuto di essere nel "corpo sbagliato", proprio quando il corpo è parte integrante del percorso evolutivo e identitario (*"persisters"*).

Molti adolescenti e adulti con DG, tuttavia, non riferiscono VG nell'infanzia. In un campione italiano, il 14,1% delle nate femmine e il 33,8% dei nati maschi riporta la comparsa di DG dopo i 12 anni. La DG può pertanto comparire – in maniera inaspettata – anche in adolescenza, in relazione alla percezione della mancanza di corrispondenza tra la rappresentazione di sé e l'esperienza del corpo che va modificandosi. Proprio in adolescenza, quando il contesto relazionale e sociale risulta particolarmente stigmatizzante, è presente un maggiore rischio suicidario nei ragazzi che presentano DG rispetto alla popolazione generale. Con la pubertà emerge anche il cambiamento della proporzione della DG tra i sessi: mentre nei bambini sotto i 12 anni la proporzione maschio/femmina va da 6:1 a 3:1, negli adolescenti con DG la proporzione maschio/femmina si avvicina a 1:1. Queste differenze tra i sessi nell'infanzia potrebbero essere spiegate dal fatto che la VG è socialmente meno accettata nei bambini che nelle bambine: i bambini ricevono più rimproveri delle bambine per comportamenti atipici, ed è stato recentemente osservato che per fare diagnosi nei maschi, rispetto alle femmine, è sufficiente un numero significativamente minore di comportamenti non conformi a quelli attesi per il proprio sesso biologico (Tornese e altri, 2016; Coleman e altri, 2022).

3.4 PERCHÉ OCCUPARSENE?

Bambini e adolescenti con VG possono sperimentare difficoltà di relazione significative con gli adulti e con i pari e possono diventare vittime di persecuzioni, soffrire dinamiche di stigma e marginalizzazione che possono avere diversi effetti negativi sul benessere psicologico e la qualità della vita. Alcuni studi suggeriscono che ci sia un aumentato rischio di disturbi psichiatrici e di suicidio, di difficoltà nelle relazioni intrafamiliari, di isolamento e rifiuto da parte dei pari età, di disadattamento sociale. La presenza di sentimenti e comportamenti tipici del sesso opposto fortemente espressi prima degli 11 anni risulta associata a un rischio significativamente aumentato di abuso (non solo sessuale, ma anche fisico e psicologico) e di disturbi psichiatrici (disturbo post-traumatico da stress, depressione, ansia) a prescindere dall'esito finale, sia in termini di identità di genere che di orientamento sessuale. L'identificazione dei bambini a rischio di ogni forma di abuso anche da parte



degli insegnanti può facilitarne la prevenzione, o quantomeno può permettere un intervento adeguato se l'abuso è già avvenuto.

È da segnalare che il bullismo raggiunge percentuali molto alte in questa popolazione (37% dei bambini, 49% degli adolescenti) e che l'abbandono scolastico raggiunge prevalenze significativamente più alte nei soggetti con DG (43% contro il 18% della popolazione generale); in uno studio giapponese, solo il 66% dei ragazzi con DG va oltre le scuole dell'obbligo rispetto al 94% della popolazione generale.

È quindi importante essere attenti a identificare i bambini e gli adolescenti con VG o DG, cercando gli eventuali problemi psicosociali associati (tra cui l'abuso, il bullismo, le difficoltà scolastiche...). Il suggerimento di riferirsi ad un centro di riferimento offrirà una buona rete di sicurezza per esplorare l'orientamento, il ruolo e l'identità di genere e trovare le migliori modalità di accompagnamento (Tornese e altri, 2016).

BIBLIOGRAFIA

Tornese, G., Di Grazia, M., Roia, A., Morini, G., Cosentini, D., Carrozzi, M., Ventura, A. (2016). *Disforia di genere e dintorni*, in: "Medico e Bambino", n. 35, pp. 437-444.

Coleman, E., Radix, A.E., Bouman, W.P. e altri (2022). *Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People*. Version 8. *Int J Transgender Health* 2022; 23: S1-259.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Press.