

CAPITOLO PRIMO: TERMINOLOGIA E CONCETTO DI DISFORIA DI GENERE

1.1 Concetti di base e terminologia per la comprensione degli enunciati

La terminologia riguardante i temi della transizione di genere e il corretto approccio con la comunità LGBTQ+ è in costante evoluzione. Per riuscire a superare le barriere che alterano le relazioni interpersonali o, nello specifico, per lo sviluppo di una relazione di cura nei contesti sanitari, è necessario interiorizzare questi concetti, mettendo in atto così uno dei primi passi verso una comunità che abbraccia l'essere umano senza discriminazione di ogni genere. Nonostante l'infermiere, all'interno del percorso di studi sviluppi competenze circa la sociologia, la pedagogia e la psicologia, in realtà non ha alcun tipo di formazione riferita ad una più ampia visione dell'identità sessuale, di genere, di soggetti che non rientrano all'interno dello stretto binarismo e in quella che è una eteronormatività fine a sé stessa. Per quello precedente detto, all'interno di questo lavoro partiremo da concetti di base, come la differenza tra *sex*, *gender* e *sexual orientation*

Con il termine **sex**, si intende il sesso biologico determinato dalle caratteristiche anatomiche, genetiche ed ormonali; per cui attraverso l'osservazione delle gonadi, degli organi riproduttivi interni, degli organi genitali esterni e dei cromosomi sessuali è possibile discriminare un sesso *maschile* e un sesso *femminile*

Con il termine **genere**, si intende un qualcosa di trascendentale, personale, riferito ai sentimenti, agli atteggiamenti, ai comportamenti che da un punto di vista culturale e sociale interessano un determinato sesso. I comportamenti possono poi essere o meno congrui alle aspettative culturali e sociali della comunità di appartenenza. Nell'ambito dello stesso genere però risulta essere doveroso identificare altri due concetti: *l'identità di genere* e *l'espressione di genere*.

L'identità di genere identifica sensazioni soggettive, l'autodeterminazione della persona nell'essere uomo, donna o ciò che si desidera.

L'espressione di genere concerne invece le modalità con la quale il soggetto si interfaccia con la comunità di appartenenza per esprimere il proprio genere (riferimenti banali sono l'abbigliamento, il modo di comunicare, i propri interessi).

Con il termine **orientamento sessuale** si identifica invece la naturale attrazione sessuale, sentimentale, emotiva del soggetto verso il *sesso opposto* (eterosessualità), *il proprio sesso* (omosessualità) o *entrambi i sessi* (bisessualità).

È avvilente assistere oggi a un dibattito nel quale si tende a travisare in modo fazioso la realtà dell'identità di genere; gli studi di genere (gender studies) non vogliono annullare il «maschile» e il «femminile», non vogliono obliterare le differenze sessuali, quanto piuttosto indagare il «funzionamento sociale delle norme che reggono l'ordine sessuale». (Benedetto Madonia – Orientamento sessuale e identità di genere – nuove sfide per il servizio sociale).

I limiti tra la diversa terminologia sono sfumati, non hanno barriere nette e fungono da elemento essenziale per uscire dalla dicotomia maschio-femmina in cui un soggetto può non riconoscersi.

Quando nell'individuo l'identità di genere, l'espressione di genere, collimano con il sesso biologico si parla di soggetto **cisgender**. Nel momento in cui questi elementi non collimano e l'individuo percepisce la necessità di esprimere il genere opposto rispetto al sesso biologico, si parla di soggetto **transgender**.

Vale forse la pena però sentire come una persona transessuale presenta sé stessa:

“Una persona transessuale è una persona che compie un percorso nella sua vita, un percorso da un sesso biologico al sesso sentito, a quello che tu ...] hai nella testa, nel cuore, nell'anima. Quindi è una persona comune. È comunque una persona. È un uomo o una donna nato/a in un corpo [...] con una sessualità biologica che non combacia con la sua vera sessualità, con la sua vera natura. (Formisano, intervista inedita).”

A causa dello stigma storico e attuale, le persone TGD possono sperimentare disagio o disforia che possono essere affrontate con varie opzioni terapeutiche di affermazione del genere; la difficoltà nasce dal far convivere le due cose: il tuo essere con quello che il mondo vuole, allo stigma sociale a cui purtroppo la persona è sottomessa.

1.2 Che cos'è la disforia di genere

La disforia di genere (GD), secondo una definizione del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5), è definita come una "marcata incongruenza, discrepanza, tra il genere sperimentato o espresso dal soggetto e quello che è stato loro assegnato alla nascita". In precedenza, veniva definita come "disturbo dell'identità di genere", definizione poi abolita per l'eccessivo carico patognomonico che denotava. È suddivisa in due criteri diagnostici, uno per i bambini, uno per gli adulti. Il bambino, l'adolescente o l'adulto che sperimenta questo tumulto non può correlarsi alla sua espressione di genere quando si identifica all'interno dei tradizionali ruoli binari maschili o femminili della società, il che può causare stigmatizzazione culturale. Una versione modificata del sondaggio YRBS svolto in America nel 2018, ha rilevato che il 9,2% degli studenti delle scuole superiori in un distretto scolastico urbano razzialmente ed etnicamente diversificato, ha riportato incongruenze tra il sesso designato alla nascita e l'identità di genere. (Kidd KM, Sequeira GM, Douglas C, et al. Prevalenza di giovani di genere diverso in un distretto scolastico urbano. *Pediatrics*. 2021).

Il DSM-5 riconosce che non tutte le persone di genere diverso possono sperimentare disforia di genere o angoscia legata alla loro incongruenza di genere. Tuttavia, tra coloro che soffrono di disforia, spesso vengono presi in considerazione interventi psicosociali o medici per rendere il proprio aspetto più strettamente allineato con la loro identità di genere, introducendo il concetto di transizione di genere, che verrà trattato nei capitoli successivi.

La disforia di genere in termini eziologici, non risulta essere totalmente compresa, pertanto viene ad essere identificata come la risultante di fattori biologici e psicosociali fortemente intersecati tra loro.

Per quanto riguarda i fattori biologici uno studio dimostra che nei gemelli monozigoti ci sia un tasso di concordanza superiore per disforia di genere rispetto ai gemelli dizigoti, suggerendo l'esistenza di una componente ereditaria di incongruenza di genere (Coolidge FL, Thede LL, Young SE: The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample. *Behav Genet* 32(4):251-257, 2002.). Inoltre, alcuni studi di imaging della componente cerebrale su persone disforiche di genere, hanno identificato differenze anatomiche e funzionali che sono coerenti con la loro identità di genere piuttosto che con il loro sesso assegnato alla nascita (Kreukels BPC, Guillamon A: Neuroimaging studies in people with gender incongruence. *Int Rev Psych* 28(1):120-128, 2016.). Raramente è associata a disturbi sessuali o anomalie genetiche come nel caso della Sindrome di Turner o la Sindrome di Klinefelter.

Non ci sono dati sufficienti per identificare la prevalenza precisa della disforia di genere, ma studi condotti in grandi sistemi sanitari hanno riportato che lo 0,02 – 0,1% dei pazienti soddisfa i criteri diagnostici del DSM-5-TR:

- Negli adulti, la prevalenza è stata suddivisa in 2 gruppi distinti:
 1. Coloro che si considerano transgender (0,5 – 0,6%);
 2. Coloro che si considerano incongruenti/diversi di genere (0,6-1.1%);

- Nei bambini e negli adolescenti, sono stati osservati con gli stessi modelli di prevalenza:
 1. Coloro che si considerano transgender (1,2-2,7%);

2. Coloro che si considerano incongruenti/diversi di genere (dal 2,5 all'8.4%);

1.3 Emozioni associate alla disforia di genere

Da un punto di vista generale, interviste dirette e diversi studi hanno dimostrato che i soggetti disforici sono accomunati da sensazioni di angoscia, conflitto, confusione e negazione legati alla loro identità di genere; il sottosistema che più preoccupa gli operatori sanitari è sicuramente il concetto di disforia corporea, che si accompagna a sentimenti di disgusto, odio verso il proprio corpo fino a conseguenze come l'ideazione suicida e la paura per il futuro per un senso così potente di dissonanza di genere tale da sperimentare una rottura totale tra il loro senso di sé e il corpo fisico. Gli individui sentivano che la morte era preferibile al continuare a vivere nel loro corpo.

Per comprendere al meglio la percezione del soggetto disforico, sono stati definiti atteggiamenti tipici nell'infanzia e nell'adulto:

- La disforia di genere *nell'infanzia* è una diagnosi clinica che spesso si manifesta già dai 2 ai 3 anni, ma può manifestarsi a qualsiasi età. La maggior parte dei bambini con disforia di genere non viene valutata fino all'età di 6-9 anni. I bambini con disforia di genere presentano comunemente i seguenti per almeno un periodo di 6 mesi (American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Text Revision (DSM-5-TR):
 - I. Preferiscono indossare abiti tipici del sesso opposto;
 - II. Insistono nell'affermare di essere dell'altro sesso;

- III. Desiderano di potersi svegliare come l'altro sesso;
- IV. Preferiscono partecipare ai giochi e alle attività tipicamente dell'altro sesso
- V. Preferiscono compagni di gioco dell'altro genere;
- VI. Hanno una forte antipatia per la loro anatomia sessuale;

Le attuali Linee Guida della World Profession Association for Transgender Health (WPATH), nella versione 8, offrono aiuto agli esperti operanti in questa delicata area. Questi standard suggeriscono che i genitori/tutori e gli operatori sanitari dovrebbero reagire in modo solidale nei confronti dei bambini che esprimono il desiderio di essere riconosciuti nel genere che rispecchia la propria identità di genere interna. Inoltre, incoraggiano genitori/tutori e operatori sanitari a sostenere i bambini nel continuare a esplorare il proprio genere durante gli anni precedenti alla pubertà, indipendentemente da una transizione sociale.

- **Molti adulti** a cui è stata identificata la disforia di genere hanno caratteristiche precoci di disforia di genere o si sperimenta un senso di differenza nella prima infanzia, ma alcuni non presentano segni di disagio fino all'età adulta e non hanno evidenza di incongruenza di genere durante l'infanzia. Molti dei soggetti valutati, inizialmente fanno scelte coerenti con il loro sesso biologico (ad esempio sposarsi con il sesso opposto, iniziare il servizio militare) e spesso ammettono, in retrospettiva, che non erano a proprio agio con i loro sentimenti emergenti di genere diverso e hanno preso decisioni di vita per cercare di evitare di affrontarli. Per quelli a cui è stato assegnato un sesso maschile alla nascita, questo è stato descritto come una *“fuga verso l’ipermascolinità”* (McDuffie E, Grown GR: 70 U.S.

veterans with gender identity disturbances: A descriptive study. J Transgenderism
12(1):21-30, 2010.)

I soggetti in questione risultano inoltre più esposti alla depressione, all'utilizzo di
sostanze stupefacenti, alcool e allo sviluppo di comportamenti suicidi, a causa della
continua lotta interiore e sociale a cui essi sono esposti.

1.4 Diagnosi di Disforia di Genere

La comunità transgender vive purtroppo questa profonda contraddizione: nonostante le scienze umane, la psicologia e la letteratura mettano in atto una continua lotta alla depatologizzazione dell'argomento in questione, effettuare una diagnosi, denotando caratteristiche patologiche, di disforia di genere risulta essere l'unico percorso possibile per acquisire un sesso genitale e un corpo che siano quanto più congruenti con l'identità di genere posseduta dal soggetto.

Vale forse la pena, a questo proposito ascoltare le parole di un ragazzo transessuale che afferma: *“La transizione è una cosa normale, una realtà che può essere definita normale perché fa parte dell'essere umano. Non è un'inclinazione dovuta a chissà quale vizio o perversione mentale perché non penso faccia piacere a nessuno sottoporsi a terapie, medici, interventi. Insomma, ce lo risparmierebbe un po' tutti se potessimo, ma siccome il nostro percorso è quello ed è obbligato allora lo facciamo. Quanto meno, se dobbiamo soffrire, soffriamo per un obiettivo e non per stare male una vita intera”* (L.T. Intervista inedita – contenuta in “Orientamento sessuale e identità di genere – Nuove sfide per il servizio sociale” di Benedetto Madonia).

Ad ogni modo, la diagnosi è fondamentale, gli strumenti diagnostici, per mezzo dei quali viene attribuita la transessualità, implicano una patologizzazione, ma sottoporsi a tale processo di patologizzazione rappresenta una delle importanti modalità attraverso le quali è possibile soddisfare il desiderio di mutare il proprio sesso.

La diagnosi di disforia di genere viene svolta secondo i criteri DSM-5-TR (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali) e seguendo gli standard di cura della WPATH (World Professional Association for Transgender Health), un'associazione professionale internazionale, multidisciplinare, la cui missione è promuovere cure basate sull'evidenza, istruzione, ricerca, politiche pubbliche e rispetto nella salute transgender. Una delle funzioni principali di WPATH è promuovere i più alti standard di assistenza sanitaria per le persone TGD attraverso degli "Standard di cura".

La valutazione dell'individuo in questione, secondo le linee guida in generale consta di:

- Intervista dell'individuo (e per i bambini, intervista con i genitori/tutori) sull'identità di genere asserita e sull'espressione di genere, attualmente e storicamente;
- Valutazione per evidenza di disforia, incongruenza di genere, o entrambe;
- Rassegna dell'anamnesi medica e mentale rilevante (e per i bambini, anamnesi dello sviluppo);
- Deve essere valutata la presenza di importanti fattori di stress personali o familiari (p. es., uso di sostanze, esposizione alla violenza, povertà);
- Valutazione per altre condizioni di salute mentale che sono spesso associate alla disforia di genere, tra cui depressione, ansia, disturbi da uso di sostanze, uso di tabacco, suicidio;