

LA PRESA IN CARICO DELLA DISFORIA DI GENERE IN ADOLESCENZA

Obiettivi

La Disforia di Genere (DG) in età evolutiva rappresenta una tematica di crescente interesse che elicitando controversie e dibattiti sia in ambito clinico che sociale. Tuttavia, pur essendo presenti raccomandazioni, non sempre i professionisti sono preparati per una presa in carico adeguata. L'obiettivo principale di questa istruzione per l'uso consiste pertanto nel fornire ai professionisti della salute mentale e medica le informazioni corrette presenti in letteratura utili all'individuazione precoce, diagnosi e corretto trattamento e/o invio di adolescenti che presentando uno sviluppo atipico dell'identità di genere.

Introduzione

La DG può avere esordio precoce, già in età prescolare, con esiti variabili e non prevedibili, essendo lo sviluppo psicosessuale in infanzia ancora *in fieri*. Studi di follow-up e osservazioni cliniche mostrano che mentre la DG in infanzia persiste in una percentuale compresa tra il 12 e il 27% dei casi (1), quando persiste in adolescenza raramente desiste. Ciò implica percorsi di presa in carico differenziati sulla base dell'età in cui la DG si manifesta: se in infanzia è previsto un intervento esclusivamente di tipo psicologico e nessun intervento medico, in adolescenza la presa in carico è invece di tipo multidisciplinare all'interno di centri con professionisti dedicati.

Classificazione

La Disforia di Genere (DG) in adolescenza è definita come la sofferenza che deriva dall'incongruenza tra il genere assegnato alla nascita e l'identità di genere. Attualmente, è presente come categoria diagnostica sia nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5; 2) sia nella Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-10; OMS, 1992).

In particolare, il DSM 5 descrive la DG in adolescenza in presenza dei seguenti criteri:

- A. Una marcata incongruenza tra il genere esperito/espresso da un individuo e il genere assegnato, dalla durata di almeno 6 mesi, che si manifesta attraverso almeno due dei seguenti criteri:
 - a. una marcata incongruenza tra il genere esperito/espresso di un individuo e le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie attese;
 - b. un forte desiderio di impedire lo sviluppo delle caratteristiche sessuali secondarie attese;
 - c. un forte desiderio per le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie del genere opposto;
 - d. un forte desiderio di appartenere al genere opposto (o un genere alternativo diverso dal genere assegnato);
 - e. un forte desiderio di essere trattato come appartenente al genere opposto (o a un genere alternativo diverso dal genere assegnato);
 - f. 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, lavorativo o in altre aree importanti.

Epidemiologia

Mancano studi epidemiologici formali sull'incidenza e prevalenza della DG in età evolutiva (3). Tuttavia, una stima della prevalenza dei comportamenti non conformi/varianti di genere è stata inferita da uno studio che ha usato le risposte del campione normativo della Child Behavior Checklist (CBCL; 4). In particolare, il 2.6% dei genitori di maschi e il 5% delle femmine affermano che i figli di età inferiore ai 12 anni si comportano come il sesso opposto e nel 1.4% dei genitori dei maschi e il 2% dei genitori delle femmine che i figli desiderano essere del sesso opposto (5). Per quanto riguarda invece la fascia di età compresa tra i 12 e i 18 anni, lo stesso studio riporta come il 3.1% degli adolescenti maschi e il 3% delle femmine desideri essere dell'altro genere.

Psicopatologie associate

Gli adolescenti con DG sono descritti come una popolazione psicologicamente e socialmente più vulnerabile e più frequentemente caratterizzati da compromissione psicologica internalizzante in termini di ansia, depressione, ideazione suicidaria, tentativi di suicidio e autolesionismo (6-9). Oltre a ciò, possono presentare bassa autostima, svalutazione di sé, isolamento sociale ed essere vittima di bullismo omotransfobico da parte dei pari e degli adulti (7). In particolare, le psicopatologie associate alla DG sembrano avere esordio o intensificarsi proprio con l'inizio dello sviluppo puberale, momento in cui l'adolescente si confronta con gli effetti di un corpo che cambia in una direzione non desiderata (10). La presenza di tali quadri in adolescenti con DG sembra quindi essere sia conseguenza della sofferenza intrinseca alla DG stessa (disagio nei confronti del corpo), sia del rifiuto sociale frutto di un ambiente omotransfobico (7, 6).

Assessment e presa in carico

Il primo obiettivo della presa in carico prevede un'accurata valutazione psicodiagnostica da parte di un esperto in salute mentale specializzato in età evolutiva e in DG in età evolutiva per chiarire il significato dei comportamenti cross-gender e se siano riconducibili a una DG. In seguito, è possibile passare alla cosiddetta fase *diagnostica estesa* che prevede, oltre al supporto psicologico, la possibilità di un intervento medico precoce completamente reversibile con i GnRH analoghi (GnRHa) (10; 11, 7; 12) in adolescenti selezionati con DG che abbiano raggiunto almeno uno stadio Tanner 2 e che soddisfino precisi criteri di eleggibilità per il trattamento. Non esistono raccomandazioni specifiche circa la presa in carico medica di adolescenti con DG e concomitante ipogonadismo con esordio prepuberale; pertanto il trattamento medico deve essere individualizzato sulla base delle specifiche caratteristiche psicologiche e condizioni mediche del singolo caso.

In particolare, le linee Guida dell'Endocrine Society (10) e gli Standard of Care della World Professional Association for Transgender Health (WPATH; 11), nonché le raccomandazioni delle principali società scientifiche nazionali dedicate (7), supportano tale opzione terapeutica, al fine di proseguire la fase diagnostica e alleviare il disagio derivante dall'incongruenza tra l'identità di genere e lo sviluppo del corpo in una direzione non desiderata. In tal modo si agisce anche in termini preventivi di eventuali psicopatologie associate che sono descritte e osservate intensificarsi con lo sviluppo puberale, momento in cui gli adolescenti diventano consapevoli che l'espressione naturale del sesso biologico non è più evitabile (7). La sospensione puberale consente inoltre non solo di acquisire tempo per esplorare ancora la propria identità di genere, ma anche di ottenere in età adulta caratteristiche fisiche complessivamente più congruenti con l'identità di genere in caso di persistenza della DG e se la persona decidesse di intraprendere un percorso medico di affermazione di genere. Tra i GnRHa, il più studiato negli adolescenti con DG è la Triptorelina. In particolare, si suggerisce di iniziare con una formulazione mensile (3.75 mg ogni 28 giorni) (10; 7). Durante la terapia è opportuno valutare l'adeguata soppressione dell'asse gonadico. Nelle femmine biologiche, la terapia comporta amenorrea (se era avvenuto il menarca) e arresto dello sviluppo mammario, mentre nei maschi biologici una riduzione del volume testicolare e della virilizzazione. Gli studi a oggi disponibili mostrano una significativa riduzione della massa ossea a seguito della sospensione della pubertà con GnRHa, ma un successivo recupero, seppure parziale, viene ottenuto con l'induzione della pubertà con steroidi sessuali congruenti con l'identità di genere (13). Le linee guida raccomandano, durante la soppressione della pubertà, una valutazione trimestrale dei parametri antropometrici e una annuale della massa ossea e dell'età ossea per monitorizzare i possibili eventi avversi sulla velocità di crescita e sull'accrescimento (10).

In caso di persistenza della DG, e se soddisfatti specifici criteri di eleggibilità, è possibile iniziare il percorso di affermazione medica di genere con una terapia ormonale che ha l'obiettivo di indurre una pubertà congruente con il genere desiderato. In particolare, sono previste dosi crescenti di estrogeni o di testosterone, rispettivamente nei maschi e nelle femmine biologiche. Il trattamento con GnRHa dovrebbe essere proseguito fino al raggiungimento di una dose adulta di steroidi sessuali, in quanto le dosi utilizzate durante l'induzione della pubertà non sono da sole sufficienti a sopprimere l'asse gonadico. Nelle femmine biologiche la virilizzazione si ottiene somministrando dosi crescenti di esteri del testosterone per via intramuscolare, mirando a mantenere i livelli sierici di testosterone tra 12 e 17 nmol/L. Queste concentrazioni garantiscono nella maggior parte dei casi la cessazione del flusso mestruale, aumento della

libido, incremento delle dimensioni del clitoride e involuzione della ghiandola mammaria. Al fine di raggiungere statura finale adeguata al sesso maschile, è importante che la posologia del testosterone venga incrementata gradualmente. Analogamente, ai maschi biologici vengono somministrati estrogeni a dosi progressivamente crescenti, per evitare che concentrazioni troppo elevate comportino una saldatura prematura delle epifisi. Il preparato di più largo uso per l'induzione della pubertà femminile negli altri paesi europei è il 17-beta-estradiolo per os, per il quale, in Italia, è necessario ricorrere a preparazione galenica; un'alternativa valida è rappresentata dalle formulazioni transdermiche o dall'estradiolo emidrato per os, sempre in preparazione galenica. In questa fase, che rappresenta l'inizio del percorso di affermazione di genere, l'esperto in salute mentale e l'endocrinologo lavorano a stretto contatto. In particolare, il ruolo dell'esperto in salute mentale è focalizzato sul monitoraggio dei vissuti psicologici legati ai cambiamenti fisici conseguenti alla CHT, sul supporto, facilitare il *coming out* (se non avvenuto), favorire e supportare un ruolo di genere in accordo con l'identità di genere (transizione sociale), affrontare l'impatto dello stigma e del *minority stress* e alleviare i problemi di salute mentale coesistenti (per esempio ansia e depressione), se presenti.

Riassunto e conclusioni

La DG in adolescenza è una condizione che si associa a profonda sofferenza psicologica con esiti in alcuni casi anche letali. Per questo, la possibilità di una presa in carico precoce anche di tipo medico rappresenta un'importante opzione terapeutica di cui alcuni adolescenti con DG possono beneficiare per migliorare la qualità di vita e prevenire l'insorgenza o l'esacerbarsi di psicopatologie associate. La posizione *in dubio abstine*, posticipando gli interventi all'età adulta, non rappresenta una scelta neutra, ma al contrario può essere dannosa (7) con gravi conseguenze a livello sia medico che psicologico.

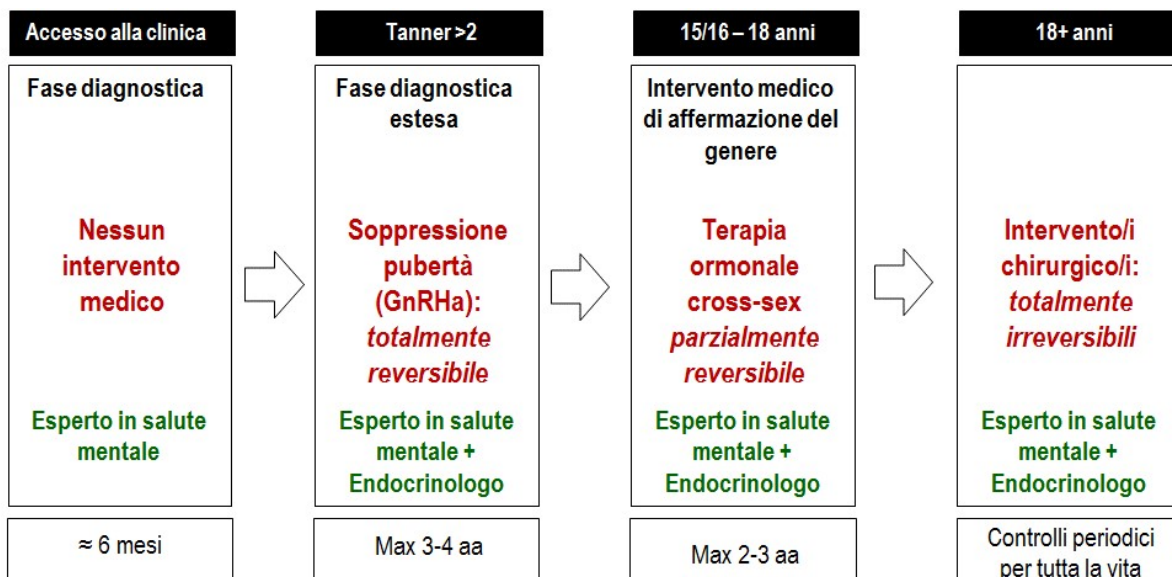


Figura 1. Approccio multidisciplinare in accordo con raccomandazioni scientifiche internazionali e nazionali (Hembree et al., 2017; Coleman et al., 2011; Fisher et al., 2014), modificato da De Vries et al., 2016).

Bibliografia

1. Steensma, T. D., Kreukels, B. P. C., de Vries, A. L., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Gender identity development in adolescence. *Hormones and Behavior*, 64(2), 288-297.
2. American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition: DSM-5 tm. Washington, DC.
3. Zucker, K. J., & Lawrence, A. A. (2009). Epidemiology of gender identity disorder: Recommendations for the standards of care of the World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 8-18.

4. Achenbach, T. M, & Edelbrock, C. S. (1983). Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
5. Zucker, K. J. (2017). Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. *Sex Health*, 14, 404-411.
6. Spack, N. P., Edwards-Leeper, L., Feldman, H. A., Leibowitz, S., Mandel, F., Diamond, D. A., & Vance, S. R. (2012). Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. *Pediatrics*, 129(3), 418-425.
7. Fisher, A. D., Ristori, J., Bandini, E., Giordano, S., Mosconi, M., Jannini, E., . . . Meriggiola, C. (2014). Medical treatment in gender dysphoric adolescents endorsed by SIAMS–SIE–SIEDP–ONIG. *Journal of Endocrinological Investigation*, 37(7), 675-687.
8. de Vries, A. L., McGuire, J. K., Steensma, T. D., Wagenaar, E. C., Doreleijers, T. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*, 134(4), 696-704.
9. Skagerberg, E., Parkinson, R., & Carmichael, P. (2013). Self-harming thoughts and behaviors in a group of children and adolescents with gender dysphoria. *International Journal of Transgenderism*, 14(2), 86-92.
10. Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L. J., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Hassan Murad, M., . . . T'Sjoen, G. T. (2017). Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, (Epub ahead of print).
11. Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., . . . Meyer, W. J. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *Int J Transgend*, 13(4), 165-232.
12. de Vries AL, Steensma TD, Cohen-Kettenis PT et al (2016) Poor peer relations predict parent- and self-reported behavioral and emotional problems of adolescents with gender dysphoria: a cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*6:579-588.
13. Vlot MC, Klink DT, den Heijer M et al (2017) Effect of pubertal suppression and cross-sex hormone therapy on bone turnover markers and bone mineral apparent density (BMAD) in transgender adolescents. *Bone* 95:11-19

Autori: Jiska Ristori, Alessandra Fisher (Firenze)

Commissione Psicologi SIAMS: Erika Limoncin (Roma), Stefano Angelini (Padova), Chiara Crespi (Torino), Gabriele Optale (Mestre), Jiska Ristori (Firenze), Vincenzo Maria Romeo (Reggio Calabria)

Commissione Linee Guida SIAMS: Elisa Giannetta (Roma), Sandro La Vignera (Catania), Sara Marchiani (Firenze), Pierfrancesco Palego (Padova)