

# Appello dell'Osservatorio dei discorsi ideologici su bambini e adolescenti: impatti delle pratiche mediche sui bambini diagnosticati come "disforici di genere"

<https://www.observatoirepetitesirene.org/texteintegral>

## I – Il contesto

L'evoluzione della diagnosi di "disforia di genere" nei bambini e negli adolescenti negli ultimi anni è qualcosa da mettere in discussione: da dieci anni le richieste di riassegnazione del sesso, in questa fascia di età, sono aumentate esponenzialmente secondo i paesi (1).

Cosa dovrebbero capire i professionisti dell'infanzia e della gioventù, i pedagoghi, i medici o gli psicologi della recente esplosione di questa domanda o addirittura di affermare?

La parola liberata sul tema della cosiddetta "transitività" ha consentito da sola al fenomeno di assumere una tale portata? Oppure l'attivismo a volte molto offensivo e molto divisivo di alcune associazioni di militanti LGBTQI - potenziato dai social network - non induce pressioni politiche sui giovani e sulle loro famiglie?

Stiamo assistendo all'emergere di discorsi ideologici sulla "transizione di genere" dei minori, ideologici in quanto anticipano qualsiasi dibattito: il minimo dubbio sulle pratiche viene immediatamente qualificato come "transfobico" mentre è in gioco il superiore interesse del bambino in particolare per quanto riguarda le conseguenze mediche irreversibili sul corpo del bambino (vedi sotto).

L'appello dell'Osservatorio riguarda essenzialmente la tutela dei minori e la preservazione della loro integrità fisica e psichica. È proprio su questo punto che è urgente allertare i politici (Ministero della Salute, Ministero dell'Istruzione Nazionale, Segreteria di Stato per la Protezione dell'Infanzia) e il Consiglio Nazionale dell'Ordine dei Medici.

La "disforia di genere" dei bambini e degli adolescenti, infatti, testimonia sia una domanda intima posta da un bambino o un adolescente, ma anche il modo in cui i bambini e gli adolescenti diventano una cassa di risonanza, anche uno strumento del corpo sociale che convalida immediatamente la loro richiesta.

I giovani spiegano di sentirsi appartenenti all'altro sesso e di certo vedono in esso la risposta al loro disagio.

Le pratiche mediche cederebbero quindi all'ingiunzione di nuove norme sociali senza un possibile dibattito, senza una riflessione concertata tra i vari professionisti dell'infanzia, senza un'osservazione elementare del principio di precauzione?

Non è lecito, senza vederci colpiti dall'anatema della "transfobia", interrogarsi a priori su questo malessere di giovani in cerca di identità e in preda ad ansie di ogni genere?

## II – Il caso sintomatico del documentario "Petite fille"

Il documentario *Petite fille*, di Sébastien Lifshitz, andato in onda su Arte nel dicembre 2020, e che segue un altro film, *Girl*, di Lukas Dhont, uscito nel 2018, ha svelato al grande pubblico questo delicatissimo argomento di "disforia di genere".

Questo tema della "transizione" di genere affrontata da un bambino piccolo è legato alla vulnerabilità del bambino e al disagio delle famiglie di fronte a questo problema. Questo film presenta il desiderio di un bambino di diventare ragazza come un fatto indiscutibile senza tener conto della complessità familiare anche se la costruzione dell'identità del bambino è consustanziale all'ambiente in cui si evolve.

In questo documentario ci viene presentata una bambina, Sasha, 8 anni, la cui madre riporta le parole secondo cui avrebbe espresso (molto presto) il desiderio di diventare da grande una ragazza "come lei", che è interpretato come "diventare donna". In altre parole, quando il bambino esprime il suo sogno di diventare come sua madre, la risposta data è quella di un trattamento medico, autorizzato e addirittura consigliato, e che inizierebbe in tenera età:

Inizialmente l'entourage del bambino, compresa la scuola, è invitato a considerare, nei termini e nei fatti, Sasha come una bambina e non più come un ragazzino.

Gli verranno prescritti bloccanti della pubertà anche prima della pubertà, per prevenire l'insorgere di caratteristiche sessuali secondarie.

Gli ormoni del sesso opposto possono essergli offerti prima che raggiunga la maggiore età (dall'età di 14 anni, in Francia).

Gli interventi chirurgici saranno possibili, con il consenso dei genitori, da prima della maggiore età.

Questa sequenza di eventi solleva, a nostro avviso, diversi interrogativi cruciali:

#### 1. Documentario o docu-fiction? La messa in scena del protocollo medico

Il pregiudizio militante del documentario pone domande. Si ascolta un solo punto di vista (raramente quello di Sasha alla fine, piuttosto quello di sua madre) e non viene messo in discussione nessun altro professionista che normalmente gravita attorno a un bambino: pediatra, psicologo, insegnanti, ecc.

Ancora più sorprendente il percorso di cura del centro specializzato a cui si rivolge la madre di Sasha. In effetti, o Petite fille è una creazione di parte, impegnata, messa in scena, che dovrebbe poi essere presentata come una "docu-fiction" (2) composta da imprecisioni, caricature ed ellissi, e denunciata dalla consulenza specializzata di Robert Debré come non rappresentativa della realtà del loro lavoro; o questo documentario è realistico e in questo senso ci sembra molto preoccupante scoprire che una diagnosi di "disforia di genere" può essere fatta sin dal primo colloquio da un neuropsichiatra infantile:

- senza un colloquio da solo con il bambino,
- senza che il bambino abbia mai incontrato uno psicologo prima di essere indirizzato a uno dei centri specializzati francesi noti per il loro approccio dottrinale
- senza che il neuropsichiatra infantile incontri entrambi i genitori,
- senza indagine speciale (valutazione psicologica completa: test proiettivi, questionari, sguardo alla scolarizzazione, domande con altri adulti che conoscono il bambino),
- senza che il bambino dica più di qualche frase,
- senza nemmeno fargli rispondere da solo alle domande che gli sono state poste.

Questo è il punto di vista del regista sul problema ed è questo punto di vista (parziale e di parte) che viene mostrato al grande pubblico. Questo è il protocollo medico che restituisce il regista.

Se confrontiamo con diagnosi più comuni, con conseguenze mediche molto minori, ci rendiamo conto che il processo, stranamente, è molto più rigoroso:

Affinché un bambino possa beneficiare di un tempo supplementare per gli esami in caso di dislessia, è necessario compilare una pratica con il MDPH, comprensiva di una valutazione logopedica, psicologica e un referto pediatrico.

Affinché a un bambino venga diagnosticata l'ADHD e possa beneficiare di un adeguato trattamento farmacologico, ha bisogno di una richiesta medica e di una valutazione neuropsicologica prima ancora di ottenere una visita con un neuropsichiatra infantile, esclusivamente ospedaliero, che sarà l'unico a potergli prescrivere il metilfenidato (meglio noto come Ritalin) per la prima volta e le volte successive.

Il film, che richiede un montaggio ponderato e mirato, mostra che, al secondo appuntamento con il neuropsichiatra infantile, due o tre mesi dopo, il bambino non è incontrato ancora da solo, non ha ancora beneficiato della minima indagine psicologica, mentre un appuntamento con l'endocrinologo verrà preso il giorno stesso per preparare il protocollo di cambio sesso.

Di cosa si tratta? Di offrire dei bloccanti della pubertà e consentire a Sasha di mantenere le sue capacità procreative nonostante ciò (3), sia interrompendo il trattamento che inibisce la sua pubertà per il tempo necessario alla raccolta degli spermatozoi (ma questa opzione sembra meno favorita dal medico), sia per una maturazione in vitro dei testicoli, tutto questo "spiegato" in poche parole ad un bambino di otto anni. È quindi già previsto che Sasha, 8 anni, entri in un percorso di "transizione di genere" che porta ad un cambiamento radicale del suo aspetto, implicando la sua futura castrazione e di conseguenza la sua definitiva sterilità.

L'attuazione di questi primi protocolli per l'infanzia (intesi ai sensi della Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia, in quanto minore di 18 anni) sta iniziando in diversi paesi a generare procedimenti giudiziari avviati da alcuni adulti che hanno subito tali trattamenti prima della loro maggiore età e dopo aver avviato una "detransizione". Questi accusatori sostengono che i protocolli sono stati posti in essere quando, da bambini, non avevano la capacità di comprenderne le implicazioni (sentenza Bell/Tavistock) (4) e quindi di dare un consenso informato e reale a tali protocolli.

Possiamo credere che Sasha sogni di essere una bambina; dubitiamo già un po' di più che abbia capito cosa fossero i bloccanti della pubertà, cosa implicasse un trattamento del genere in termini di rinunce e complicazioni fino alla fine dei suoi giorni, e possiamo essere certi che non può concepire la realtà di un'ablazione dei suoi genitali, il cui uso sessuale gli è ancora sconosciuto, così come la sessualità dell'adulto.

Per quanto riguarda l'etica medica, è chiaro che c'è una doppia trasgressione (del dispositivo così come viene presentato dal regista):

- Mancato ascolto dei genitori e soprattutto del bambino prima di fare la diagnosi di "disforia di genere"
- Il fatto di fare interventi prima della pubertà

## **2. L'oggetto cattivo: la scuola dell'intolleranza**

Un altro aspetto molto problematico nella presentazione dei fatti solleva, a nostro avviso, un fallimento dell'etica politica oltre al problema della deontologia medica: la scuola di Sasha si presenta subito come un'istituzione reazionaria e resistente di fronte alla richiesta dei genitori di vedere la loro bambina considerata una ragazza, perché sarebbe intollerante e ostile (questo è il parere del regista attraverso il discorso dei genitori).

Se riusciamo a capire la rabbia e la frustrazione della madre di Sasha, ci sembra sorprendente che il buon senso dell'istituto scolastico non sia lodato:

In primo luogo, le istituzioni scolastiche non devono accettare sistematicamente richieste speciali dei genitori quando queste non sono giustificate e riconosciute da uno specialista (si noti che la scuola accetta senza problemi il protocollo raccomandato dall'ospedale Robert Debré per l'anno scolastico successivo). La scuola è tenuta al rispetto degli articoli del Codice Civile relativi al cambio di sesso (artt. 61-5 e ss. del Codice Civile) e al cambio del nome (artt. 57 e 60 del Codice Civile). Se uno studente chiede di essere designato con un nome che non compare nel suo stato civile, la scuola non è tenuta a soddisfare tale richiesta.

In secondo luogo, possiamo essere lieti che la scuola, una rara terza parte tra il bambino e i suoi genitori, non prenda alla lettera i discorsi dei genitori e dia una risposta dilatativa in attesa di una perizia medica e psicologica. La Scuola, in quanto servizio pubblico dell'educazione, in rappresentanza dello Stato, fornisce assistenza ai bambini, preposta a prevenire e tutelare gli alunni e la loro libertà di coscienza da ogni tentativo di pressione, indottrinamento (5) e violenza, siano essi avvenuti nell'istituto o in famiglia.

Appare quindi evidente che un pregiudizio politico è alla base delle argomentazioni del film: preso in una retorica radicale e militante, il bambino viene qui trasformato in un portavoce della causa trans di fronte a una società obbligata a conformarsi senza sussultare alle ingiunzioni comunitarie imposte dalle associazioni LGBTQI pena di ostacolare il progresso sociale e i diritti dei futuri cittadini. Tuttavia, questo pensiero essenzialista che determina e congela le identità sessuali fin dall'infanzia è profondamente contrario ai principi universalistici e umanistici ai quali la Scuola aderisce.

La missione degli insegnanti non è quella di aderire automaticamente alle esigenze specifiche di ciascuna comunità a scapito dei principi fondanti della Scuola repubblicana, ma al contrario di proteggere gli studenti dalle pressioni di gruppo (religiose, comunitarie, politiche, ecc.), assicurare la loro integrità fisica e preservare il loro spirito ancora in formazione, da discorsi settari, radicali o da influenze esterne. È in questo spirito che si iscrivono le regole della nostra laicità scolastica, ed è sulla base di queste che si potrebbe anche interpretare la riluttanza degli insegnanti di Sasha di fronte ai suoi genitori. Avremmo tanti pregiudizi di fronte al rifiuto dell'istituto scolastico nei confronti delle lamentele di un fervente studente amish, sostenuto dai suoi genitori?

## **III – Il bambino, un essere in via di sviluppo**

Soprattutto, ci sembra fondamentale essere attenti al processo evolutivo specifico dell'infanzia e dell'adolescenza e prendersi del tempo prima di ogni indicazione di trattamento medico. L'urgenza dell'intervento è attribuita al verificarsi di trasformazioni della pubertà, che modificherebbero il potenziale "successo" di future trasformazioni chirurgiche.

Il 3 dicembre 2020, una rubrica pubblicata su The Guardian (6), ha evidenziato il caso di Bell, una ex paziente che si rammarica del trattamento di trasformazione di genere ricevuto durante la sua adolescenza e sostiene che era troppo giovane per acconsentire alle cure mediche che ha avviato la sua transizione da femmina a maschio in questa fase precoce della sua vita. Nella sua decisione di 38 pagine sopra citata (7), l'Alta Corte di Londra ha ritenuto che i minori di 16 anni che stanno valutando la riassegnazione di genere non sono abbastanza maturi per dare il consenso informato alla prescrizione di farmaci bloccanti la pubertà. E per i giovani di età compresa tra 16 e 17 anni, ha indicato che, sebbene la legge (britannica) stabilisca per loro una presunzione legale di capacità di acconsentire alle cure mediche (8), è consapevole del fatto che i medici potrebbero ritenere di dover cercare l'autorizzazione di un tribunale (9) prima di iniziare il trattamento. Sembra quindi con questa conclusione raccomandare ai medici di non iniziare le cure per i giovani minori di 16 e 17 anni, prima di aver ottenuto un parere legale. Con questa sentenza dell'Alta Corte, si spera che l'intervento medico per i minori - e in particolare quelli di età inferiore ai 16 anni - con disforia di genere sia più cauto.

### 1. Disturbi mentali associati

La "transidentità" tra i minori è presentata da alcuni come un diritto, un progresso sociale, che sarebbe discriminatorio mettere in discussione, considerare come un sintomo. Tuttavia, la nostra esperienza dopo un secolo di lavoro in psicologia infantile ci obbliga a considerarla prima di tutto come transitoria o addirittura sintomatica.

Nell'adolescenza, in particolare, la messa in discussione della propria identità sessuale fa parte di una domanda propria di questa età. Tuttavia, questa ricerca adolescenziale, motore abituale del processo di maturazione essenziale per la costruzione soggettiva del futuro adulto, rischia ora di trovare una modalità di nomina che i social network stabiliscono come verità soggettiva. L'offerta tecnico-sanitaria ampiamente veicolata dai social network e dalla propaganda comunitaria nega e vorrebbe abolire questa tappa fondamentale della costruzione soggettiva.

L'aumento delle richieste mette in discussione la loro presunta consistenza e soprattutto la risposta univoca ad esse data. Questa recente moltiplicazione (meno di 10 anni) potrebbe essere stata favorita da due fattori, molto diversi ma non necessariamente incompatibili:

- i soggetti interessati da una messa in discussione del proprio sesso si sentono finalmente autorizzati ad esprimere il proprio disagio grazie ad una maggiore tolleranza della società nei loro confronti;
- una parte significativa di queste richieste proviene da un fenomeno sociale (10), dove la "transidentità" appare come una risposta a un profondo malessere dell'adolescenza, una risposta radicale, medicalizzata, che risolverebbe le difficoltà una volta per tutte.

È su questo secondo punto che desideriamo richiamare l'attenzione. Sembra infatti che, poiché il desiderio di "transizione di genere" non è più considerato come un'entità psicopatologica dalla nuova versione del DSM, esso non sia più considerato come un sintomo di una struttura psichica vulnerabile, mentre anche quello troviamo, in questi giovani, un numero elevatissimo di disturbi psichiatrici associati: anoressia, autismo, depressione, disturbi psicotici, traumi legati ad aggressioni sessuali, ecc.

## 2. Un bambino non è un adulto in miniatura

La nostra interrogazione non si pone sulla "transidentità" in quanto tale, né sulla sua diagnosi o sulla sua eziologia, ma sulla continuità, che appare troppo evidente nel discorso militante attorno a questa questione, tra il disturbo dell'infanzia, quello dell'adolescente e quello dell'adulto.

In effetti, un bambino - e anche un adolescente - non è un adulto: è un essere in via di sviluppo, il suo sistema neurale sta maturando, le sue capacità cognitive e intellettive sono immature, il suo funzionamento psichico è labile, la sua suggestionabilità al linguaggio adulto è significativa, la sua esperienza di vita è limitata. In sintesi, la psicopatologia del bambino è unica, le nosografie differiscono tra bambini, adolescenti e adulti, quindi non possiamo applicare gli stessi criteri o la stessa ampiezza di decisione.

D'altra parte, la pubertà non è solo un fenomeno fisico ma un processo di sviluppo e maturazione psicologica, che comporta cambiamenti psichici, consentendo all'individuo di diventare più "soggetto" quando questa fase si svolge sufficientemente bene. Al contrario, la pubertà e più in generale l'adolescenza è un periodo di notevole rischio psicologico, e tutti sappiamo da molto tempo quanto sia importante questa parte della vita nella comparsa delle patologie psichiatriche.

## 3. La richiesta del bambino?

Ci sembra fondamentale mettere in discussione la richiesta, che dovrebbe essere quella del bambino, di cambiare sesso.

Sappiamo come il bambino sia influenzato dal discorso degli adulti e dei suoi coetanei. Questo non mette in discussione la sua capacità di pensare con la propria testa, ma negare i suggerimenti esterni, a volte di influenza, sarebbe malafede.

Senza nemmeno tentare di criticare il fatto che il bambino "si sente" di appartenere all'altro sesso, segnaliamo come non scontato il principio dell'attuazione di una trasformazione irreversibile che inizierebbe prima e durante la pubertà e il processo dell'adolescenza .

Molti studi sull'argomento mostrano che la maggior parte dei bambini con richieste sulla propria identità sessuale e sui criteri di appartenenza a un genere, non proseguirà la propria trasformazione dopo la pubertà (85%) (11). Conoscendo questi dati, perché è immediatamente previsto, non appena viene diagnosticata la disforia, di avviare un protocollo su più anni che prevede incontri con endocrinologi, previsioni sulla maturità degli organi sessuali alla nascita, progetti chirurgici, ecc. ?

## **IV – Lesione al corpo del bambino o dell'adolescente**

### 1. Presunti benefici psichici

Alcuni psichiatri brandiscono sistematicamente un presunto grande rischio suicidario in questa giovane popolazione, per squalificare come aventi conseguenze criminali tutti i comportamenti prudenti e mettere in discussione la radicalità del trattamento, o semplicemente suggerendo la necessità di prendersi del tempo.

Così, il padre di una giovane ragazza che ha deciso di cambiare sesso, testimonia il modo in cui gli viene chiesto, ogni volta che si interroga sull'urgenza delle cure "Signore, preferirebbe una figlia morta o un ragazzo vivo? (12). Questa formula, ripetuta regolarmente da diversi interlocutori, prende in ostaggio questo padre che è chiamato a scegliere tra essere un buon padre o un cattivo padre "transfobico", il quale è peraltro responsabile del presunto suicidio del figlio (13).

Tuttavia, è importante sottolineare:

- Che gli studi che sostengono un tale rischio sono limitati e controversi (14), in quanto non possono dimostrare che altri fattori non siano coinvolti. Non si basano su alcun dispositivo scientifico come lo svolgimento di gruppi di controllo o studi longitudinali
- Possiamo vedere un effetto benefico del trattamento ormonale sul momento, ma non sappiamo cosa accadrà negli anni successivi.
- Che il rischio di suicidio è davvero maggiore nella popolazione trans, ma questo anche negli adulti, anche dopo le trasformazioni sociali e fisiche attuate.
- Infine, anche se questo trattamento sembra pertinente in alcuni casi, risulta che la realtà dei rimpianti è evidente in alcuni soggetti "detransizionari" (15).

## 2. Inibitori della pubertà

I bloccanti della pubertà (16), consentendo la non comparsa dei caratteri sessuali secondari, si presentano come aventi un effetto apparentemente reversibile una volta interrotti. I medici hanno finora solo pochi studi se somministrati tra i 12 e 16 anni di età.

D'altra parte, gli studi mostrano effetti collaterali a breve e medio termine nei bambini, possiamo notare:

Effetti moderati:

- male alla testa,
- vampate,
- dolore addominale,
- sanguinamento vaginale nella ragazza,
- aumento di peso
- cambiamenti di umore,

Effetti più forti:

- diminuzione della densità ossea (1% al mese),
- rischio di depressione

Questi bloccanti della pubertà, combinati con ormoni antagonisti, possono portare alla sterilità permanente, anche se i genitali sono preservati. Sembra molto sorprendente immaginare che un bambino o un adolescente sia in grado di rinunciare, per il resto della sua vita adulta, a un possibile concepimento di un bambino.

Infine, la pubertà nell'uomo non corrisponde solo all'accesso alla genitalità adulta, ma è al tempo stesso un periodo di intense riorganizzazioni psichiche che contribuiscono al processo di soggettivazione: ogni adulto sa fino a che punto questo periodo della sua vita è alla base della sua personalità, il suo orientamento sessuale, la scoperta del proprio corpo e dei piaceri genitali, la necessaria separazione dalle figure genitoriali, ecc.

La domanda è vivida: possiamo, senza questa esperienza, garantire che l'individuo si sviluppi in modo tale da poter sapere cosa vuole veramente? La questione dell'esperienza di vita reale è importante e non può essere secondaria. L'etica ci impone queste domande che, peraltro, sono attualmente molto acute per quanto riguarda il consenso, la possibilità di decidere liberamente quando siamo ancora in vita, come avviene per ogni bambino, sotto l'autorità degli adulti a cui si presta la conoscenza.

### 3. Ormoni antagonisti

La terapia ormonale seguita nell'ambito di un cambio di sesso non è priva di rischi per la salute.

Gli estrogeni sono sconsigliati in caso di pressione alta, diabete, epilessia, lupus, disturbi epatici, emicrania grave, otosclerosi. Portano a rischi a lungo termine: aumento della percentuale di ictus, incidenti tromboembolici venosi o addirittura arteriosi, problemi metabolici con ipercolesterolemia, calcoli biliari e aumento di peso.

I rischi metabolici e vascolari dei progestinici sintetici si sommano a quelli degli estrogeni e portano ad un aumento dei meningiomi secondari al trattamento con clormadinone acetato, o nomegestrolo acetato, progestinici frequentemente prescritti.

Per quanto riguarda il testosterone, l'effetto è definitivo in termini di virilizzazione, in particolare pelosità e voce. L'esistenza di numerosi effetti collaterali richiede un'accurata visita medica prima di qualsiasi prescrizione, oltre al monitoraggio biologico: pressione alta e rischio di infarto del miocardio, ipercolesterolemia, tromboembolismo venoso, ipercalcemia, aumento di peso, cautela in caso di trombofilia, in chi soffre di emicrania, diabetici, epilettici, insufficienza epatica tra gli altri.

Frequentemente si notano sbalzi d'umore, aggressività, impazienza durante il trattamento.

Secondo uno studio del 2018 (17), le donne transgender hanno quasi il doppio delle probabilità di sviluppare malattie tromboemboliche venose. Questo rischio aumenta ancora di più nel corso degli anni. Per quanto riguarda il rischio di avere un ictus causato da un trombo, le probabilità erano 9,9 volte più alte nelle donne transgender rispetto al gruppo di controllo.

### 4. Chirurgia

L'intervento chirurgico è innegabilmente pesante, rischioso e molto imperfetto (18). A seconda del paese, è possibile prima della maggiore età. È il caso della Francia anche se al momento sembra essere ancora poco praticato. Bisognerebbe conoscere il numero di interventi eseguiti su minori con "disforia di genere" poiché si tratta di interventi chirurgici mutilanti (mastectomia in particolare nelle ragazze, rimozione dei testicoli nei ragazzi).

Da tutto ciò emerge che nel contesto attuale ci troviamo di fronte a una sperimentazione medica sui bambini, severamente vietata, e contraria all'etica medica (il *primum non nocere* del giuramento di Ippocrate)

## **V – Raccomandazioni di buon senso**

Non si tratta ovviamente di lasciare un bambino solo di fronte alla sua reale angoscia in un conflitto di genere. Se la sofferenza del bambino deve ovviamente essere ascoltata, accolta e accompagnata, gli adulti devono, da parte loro, assicurare protezione ai bambini e questo talvolta a scapito dell'immediata soddisfazione del loro desiderio. L'attesa di una soluzione sembra spesso una sofferenza insopportabile, soprattutto perché si aggiunge a un'angoscia iniziale. Eppure sappiamo tutti benissimo che l'attesa permette un lavoro di riflessione senza fretta, di introspezione distaccata dagli influssi dell'ambiente, permette anche di superare momenti critici e di continuare il suo sviluppo, la sua evoluzione personale. Psicico e somatico sono intimamente legati e non c'è mai una risposta unilaterale e immediata a un problema psichico. È quindi fondamentale in ogni approccio preservare la possibilità di un lungo arco di tempo, attualmente abusato dall'idea di una presunta emergenza medica, e saper attendere, in particolare, l'età necessaria per garantire la capacità di discernere questi argomenti

### **1. Dal punto di vista medico**

Ci sembra molto preoccupante e problematico affrontare soggetti in divenire negando loro l'accesso a uno stadio di sviluppo essenziale per la loro costruzione psichica. L'interesse superiore del bambino, legato alla sua immaturità fisica e cognitiva, dovrebbe vietarci qualsiasi intervento sul suo corpo che non sia un'emergenza vitale o un'assistenza sanitaria essenziale. Le terapie verbali, familiari e individuali dovrebbero avere la precedenza durante l'infanzia e l'adolescenza per aiutare il bambino a trovare risposte specifiche alla sua sofferenza (e non offrirgli un protocollo medico sistematizzato) preservando o aprendogli la possibilità di un dubbio sulla sua problematica.

Noi raccomandiamo :

Studi multidisciplinari di salute pubblica condotti in dipartimenti ospedalieri, college e scuole superiori per dimostrare l'importanza quantitativa della "disforia di genere"

Devono essere intrapresi seri studi e ricerche mediche e psichiatriche, senza conflitto di interessi o obiettivi ideologici, per comprendere meglio questa nuova e giovanissima popolazione, per determinare l'impatto fisico e psicologico di questo tipo di trattamento sugli adulti prima di applicarlo uniformemente nei bambini e adolescenti, per osservare l'impatto dell'ambiente familiare ma anche delle recenti influenze sociali.

Sarebbe rilevante, come ha fatto il Regno Unito e come stanno iniziando a pensarci altri paesi (Stati Uniti, Svezia, Svizzera), sottoporre a un Comitato di Riflessione ed Etica composto da autorità psichiatriche e

legali, ma anche da persone preoccupate per la protezione dei bambini, questa questione, in modo che anche noi in Francia, legiferiamo su questo attacco al corpo del minore.

Infine, la realizzazione di lunghe consulenze investigative e/o psicoterapie specialistiche indipendenti dagli ospedali, luoghi di consultazione neutri e indipendenti da ogni influenza ideologica, effettuati da personale specializzato che ha seguito una formazione multicriteriale (medica, psicologica, sociologica, giuridica, ecc...) adattato a questi problemi, per accogliere queste famiglie in discussione e spesso in crisi, e dover rendere conto del proprio operato davanti ai tribunali competenti. Tale compito non può limitarsi ad atti medici consistenti nella firma di autorizzazioni terapeutiche effettuate da endocrinologi, per quanto efficaci possano essere, come si può riscontrare in alcuni servizi psichiatrici dedicati alla disforia di genere.

## 2. Il ruolo della Scuola

Affidarsi alla comunità educativa

In ogni caso, la Scuola non può in nessun caso diventare un luogo in cui la società potrebbe sfondare le porte con minacce o anatemi alla comunità scolastica: respingiamo quindi con forza l'approccio prospettato consistente nell'affrontare tali questioni con ingiunzioni o con l'ombra di sanzioni contro il corpo docente.

Inoltre, la trattazione di queste problematiche è eminentemente complessa e non certo riducibile a una regola unica o a una risposta sistematica: ogni caso è per sua natura un caso particolare e richiede una consultazione reale di tutti gli adulti che circondano e accompagnano il bambino - genitori, educatori, medici, psicologi.

Questa consultazione, però, può vedere la luce solo in un clima di fiducia, e non di sfiducia: le misure più idonee devono poter essere discusse liberamente tra i vari protagonisti, senza passare per procedimenti legali in materia, a rischio di tensioni inutilmente accresciute. Ci sembra essenziale in tali circostanze che l'istituzione abbia fiducia nella comunità educativa per lavorare insieme alle famiglie e agli studenti interessati.

### **Per concludere**

Da un lato si vuole depsiichiatrizzare la "disforia di genere" e allo stesso tempo si ricerca la neuropsichiatria infantile per una diagnosi che probabilmente porterà a una cura: bloccanti della pubertà e/o trattamenti ormonali che vengono prescritti ai minori che non "si sentono" appartenere al loro sesso biologico. La diagnosi essendo necessaria per il riconoscimento del danno subito e l'apertura dei "diritti".

È una riconsiderazione del discorso sull'infanzia a cui stiamo assistendo, guidato da ideologie che si traducono in fatti tramite nuove categorie diagnostiche e trattamenti che le accompagnano, cure che certamente esistono già ma non in questo contesto dove possono essere considerate sperimentali.

Con una ridefinizione dei diritti umani, è la nozione di inclusione a essere essenziale a tutti i livelli della società e soprattutto a scuola. La Scuola deve adattarsi a tutti gli studenti, deve creare sistemi per tutti gli studenti secondo varie categorie e a volte poco oggettive. Non è più l'allievo che deve adeguarsi a un modello valido per tutti (universalista e repubblicano) ma la Scuola che deve occuparsi di tutte le

particolarità dei suoi alunni a rischio di dover far fronte al disaccordo dei genitori (e delle rispettive associazioni). Ma ancora una volta, questi nuovi standard sono solo effetti della parola.

Osserviamo un divario tra questi discorsi e le pratiche cliniche che vanno comprese caso per caso e che sono molto più complesse e contraddittorie di quanto si lascia intendere.

Non si potrebbe pensare che la "disforia di genere" come definita nel DSM sarebbe più un' "agenda politica" come l'ADHD (19)? C'è una passione per le valutazioni, le diagnosi per etichettare i bambini. E con ogni etichettatura si rischia di produrre protocolli o addirittura un nuovo linguaggio o un vademecum (cfr transfobia) per non stigmatizzare i bambini che rientrano in queste categorie (autistici, ADHD, trans, ecc.). Ma questo non sta riducendo questi bambini a identità necessariamente fisse? Non c'è il rischio di fare di questi bambini-identità delle bandiere per la causa degli adulti? Cosa si proietta sull'infanzia della società e sul disturbo che la attraversa, della crisi della cultura?

È necessario prendersi cura del bambino, cioè dargli la possibilità di crescere preservandolo dalle proiezioni degli adulti per non confondere il linguaggio degli adulti con quello del bambino.

### **Documento prodotto dal gruppo di lavoro dell'Osservatorio**

Céline Masson, professore universitario, psicoanalista, Anna Cagnet, psicologo clinico, insegnante presso Psychoprat, Delphine Girard, professore di lettere classiche, Claire Squires, psichiatra, docente HDR presso l'Università di Parigi, Laurence Croix, psicoanalista, Master of Lectures presso l'Università di Parigi Paris Ouest Nanterre, Anne Perret, psichiatra infantile, medico ospedaliero, Pascale Belot-Fourcade, psichiatra, psicoanalista, Caroline Eliacheff, psichiatra, psicoanalista, Jean-Pierre Lebrun, psichiatra, psicoanalista, Xavier Gassmann, psicoanalista, René Dubos Hospital, Hana Rottman, pediatra, psichiatra, Olivia Sarton, avvocato, Anne-Laure Boch, neurochirurgo, filosofa, Ospedale Salpêtrière.

NOTE:

(1) <https://tradfem.wordpress.com/2020/02/07/dossier-trans-les-agents-bloqueurs-de-puberte-de-plus-en-plus-contestes-the-economist/>

Secondo Jean Chambry nella sua conferenza del 3 febbraio 2021 al Cercle Freudien, dieci anni fa quando aprì il CIAPA (Centro Intersettoriale per Adolescenti a Parigi) c'erano una decina di richieste all'anno, nel 2020 si tratta di una decina di richieste al mese (solo per la regione Ile de France).

(2) Come avviene ad esempio per i film di Michael Moore, perché non rispetta i codici del contratto documentario, cfr. Lipson, D. (2015). Michael Moore e il nuovo contratto del documentario: dall'info-argomento all'info-intrattenimento. Rivista francese di studi americani, speciale 145(4), 142-158. <https://doi.org/10.3917/rfea.145.0142>

(3) Il documentario non sembra mostrare che il bambino e sua madre fossero pienamente informati delle conseguenze della scelta della transizione medica per quanto riguarda la capacità di avere figli. Se Sasha diventasse una donna trans, non potrebbe, secondo l'attuale legislazione francese, avere figli che usano i suoi gameti. Infatti, da sola, non potrebbe farne uso (anche ricorrendo alla chirurgia medica, non otterrà un corpo di donna che le permetta di avere figli). Se avesse una relazione con una donna biologica, potrebbe utilizzare i suoi gameti solo ricorrendo alla riproduzione assistita. Tuttavia, la PMA è attualmente possibile

solo in Francia per le coppie eterosessuali. Se avesse una relazione con un uomo biologico, potrebbe usare i suoi gameti solo ricorrendo alla maternità surrogata, che è vietata in Francia.

(4) Queste implicazioni sono state chiarite come segue dalla High Court di Londra il 1° dicembre 2020 in Bell v. Tavistock, [2020] EWHC 3274: (i) le conseguenze immediate del trattamento in termini fisici e psicologici; (ii) il fatto che la stragrande maggioranza dei pazienti che assumono bloccanti della pubertà successivamente assumono ormoni sessuali incrociati e quindi sono sulla strada per interventi medici molto più grandi; (iii) la relazione tra l'assunzione di ormoni del sesso opposto e il conseguente intervento chirurgico, con le implicazioni di tale intervento; (iv) il fatto che l'assunzione di ormoni del sesso opposto può portare alla perdita della fertilità; (v) l'impatto dell'assunzione di ormoni del sesso opposto sulla funzione sessuale; (vi) l'impatto della scelta di questo trattamento sulle relazioni future e per tutta la vita; (vii) le conseguenze fisiche sconosciute dell'assunzione di bloccanti della pubertà; e (viii) il fatto che la base di tale trattamento è ancora molto incerta.

(5) Articolo L141-5-2 del Codice dell'Istruzione

(6) <https://www.theguardian.com/society/2020/dec/03/puberty-blockers-ruling-curbing-trans-rights-or-a-victory-for-common-sense->

(7) High Court di Londra il 1° dicembre 2020 nella causa Bell v. Tavistock, [2020] EWHC 3274

(8) Sezione 8 della “Legge sulla riforma del diritto di famiglia” del 1969

(9) Possibilità creata dalla sentenza Re W (Trattamenti medici: giurisdizione della corte) [1993] Fam. 64

(10) Come esposto dalla dott.ssa Lisa Littman, in uno studio sull'influenza dei social network sulla disforia di genere improvvisa. Vedi Lisa Littman: Disforia di genere a insorgenza rapida negli adolescenti e nei giovani adulti: uno studio sui rapporti dei genitori, 2018.

(11) Cfr. Tesi di Filosofia, Devita Singh, A Follow-up Study of Boys with Gender Identity Disorder, Toronto. & “Se non si interviene, la maggior parte dei bambini disforici viene a patti con il proprio sesso biologico durante la pubertà e si rende conto di essere semplicemente gay. Ma se li metti sotto i bloccanti, ciò non accade. Dott.ssa Susan Bradley.

(12) Testimonianza scritta di un padre che per il momento è rimasto anonimo ma che è pronto a testimoniare apertamente.

(13) Su questo argomento si veda questo articolo <https://www.transgendertrend.com/suicide-by-trans-identified-children-in-england-and-wales/>. Questo articolo del Prof. Mickael Biggs (Sociology, Oxford) sul tasso di suicidio dei giovani transidentificati tende a mostrare a) che se la transitorietà può essere un fattore aggravante, il resto resta comunque ben al di sotto dell'anoressia e della depressione e b) che non può essere considerato senza tener conto del nesso autismo-transidentità (l'autismo è di per sé un'aggravante del suicidio).

(14) Studi rifiutati, incompleti o che estrapolano i risultati. Vedi <https://medicine.yale.edu/news-article/26859/>, ma anche le indagini svolte per la sentenza Bell contro la Tavistock Clinic oltre che l'indagine sul documentario svedese Trans train.

(15) Cfr Bell contro Tavistock ma anche testimonianze di adulti. Anche questo documentario svedese Trans Train che racconta testimonianze di persone transgender che condividono le loro domande e persino le loro critiche riguardo alle cure mediche

(16) Cfr. Vidal, ad esempio la scheda relativa al Decapeptyl, un inibitore della pubertà.

(17)<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30073551/>

(18) Testimonianza di un uomo trans: <https://quillette.com/2020/10/06/forget-what-gender-activists-tell-you-heres-what-medical-transition-looks-like/>

(19) T. Garcia-Fons, "The Denial of Childhood", apparirà in Solving the Mental Health Puzzle: Charting a Course from Mental Disorders to Humane Helping, USA, 2021.

*Testo tradotto da Rosa Armellino*