

L'Appello dell'Osservatorio (La Petite Sirène) a proposito dei discorsi ideologici su bambini e adolescenti: impatti delle pratiche mediche sui bambini ai quali è stata diagnosticata una disforia di genere¹

I – Il contesto

L'evoluzione negli ultimi anni della diagnosi di "disforia di genere" nei bambini e negli adolescenti pone degli interrogativi: da dieci anni le richieste di riassegnazione sessuale, in questa fascia di età, sono aumentate esponenzialmente nei diversi Paesi (1). Cosa dovrebbero arguire i professionisti dell'infanzia e della gioventù, i pedagogisti, i medici o gli psicologi dalla recente esplosione di questa domanda o addirittura pretesa? La libera discussione sul tema della cosiddetta "transessualità" ha da sola consentito al fenomeno di assumere una tale portata? Oppure l'attivismo, a volte molto offensivo e divisivo di alcune associazioni di attivisti LGBTQI – amplificato dai social network – ha rappresentato un elemento di pressione politica sui giovani e sulle loro famiglie? Stiamo assistendo all'emergere di discorsi ideologici sulla "transizione di genere" dei minori, ideologici in quanto precludono 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 concerne le conseguenze mediche irreversibili sul suo corpo (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, rappresenta non solo una domanda intima posta da un bambino o da un adolescente, ma anche il modo in cui i bambini e gli adolescenti diventano una cassa di risonanza, se non uno strumento, di gruppi sociali che convalidano immediatamente la loro richiesta. I giovani spiegano di sentirsi appartenenti all'altro sesso e di certo vedono in questo [nella

¹ **L' Observatoire des discours idéologiques sur l'enfant et l'adolescent , *la Petite Sirène*, nasce in Francia nel 2021**, è un gruppo multidisciplinare di professionisti, operatori e ricercatori medici, neuropsichiatri infantili, psicologi, psicoanalisti, avvocati, antropologi, sociologi, filosofi, giudici dei tribunali minorili, insegnanti. Tale associazione laica lotta contro qualsiasi settarismo o ideologia e in particolare ha come scopo la protezione del bambino. È indipendente da qualsiasi partito politico o appartenenza religiosa.

transizione] la soluzione del loro malessere. La pratica medica cederebbe dunque 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 ci è permesso, senza incorrere nell'anatema della "transfobia", interrogarci anzitutto su questo malessere di giovani in cerca di identità e preda di ogni sorta di ansie?

II – Il caso sintomatico del documentario «Petite fille»

Il documentario *Petite fille*, di Sébastien Lifshitz, andato in onda su Arte nel dicembre 2020, dopo l'analogo film, *Girl*, di Lukas Dhont (uscito nel 2018), ha reso noto al grande pubblico il delicatissimo argomento della "disforia di genere". Il tema della "transizione di genere", considerato in relazione ad un ragazzino, è correlato alla vulnerabilità del bambino e allo smarrimento delle famiglie messe di fronte a questo problema. Questo film presenta il desiderio di un bambino di diventare femmina come un fatto indiscutibile, senza tener conto delle difficoltà familiari, anche se la costruzione dell'identità del bambino è intimamente legata all'ambiente in cui si evolve. In questo documentario ci viene presentata un 2 bambino, Sasha, di 8 anni, la cui madre riporta le parole con cui egli avrebbe espresso (molto precocemente) il desiderio di diventare da grande una ragazza "come lei", desiderio che viene interpretato come quello di "diventare una donna". In altre parole, quando il bambino esprime il suo sogno di diventare come sua madre, la risposta che gli viene data è quella di un trattamento medico, autorizzato e addirittura consigliato, da iniziare in tenera età:

- In un primo tempo, l'entourage del bambino, compresa la scuola, è invitato a considerare, nelle parole e nei fatti, Sasha come una bambina e non più come un ragazzino.
- Gli verranno in seguito prescritti bloccanti della pubertà, prima che questa insorga, per prevenire il delinearsi delle caratteristiche sessuali secondarie.
- Potranno essergli somministrati ormoni dell'altro sesso prima della sua maggiore età (dai 14 anni, in Francia).
- Saranno possibili, con il consenso dei genitori, interventi chirurgici [anche] 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*

Le prese di posizione faziose del documentario sollevano interrogativi. Sentiamo un solo punto di vista (raramente quello di Sasha, alla fine, più spesso quello di sua madre) e non viene ascoltato nessun altro professionista di quelli che normalmente gravitano attorno a un bambino: pediatra, psicologo, insegnanti, ecc. Ancora più stupefacente l'andamento delle cure del centro specializzato a cui si rivolge la madre di Sasha. In effetti, o *Petite fille* è una faziosa e impegnativa messa in scena, che dovrebbe essere presentata come un "docu-fiction" (2) disseminata di imprecisioni, esagerazioni e omissioni, e denunciata dagli specialisti dell'[ospedale] Robert Debré consultati come non rappresentativa della realtà del loro lavoro; oppure questo documentario è realistico e allora ci sembra molto preoccupante scoprire che una diagnosi di "disforia di genere" può essere effettuata da uno psichiatra infantile fin dal primo colloquio:

- senza aver parlato 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 ideologico
- senza che lo psichiatra infantile incontri entrambi i genitori,
- senza i peculiari accertamenti (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 (partigiano e parziale) che viene mostrato al grande pubblico. Tale è il protocollo medico che il cineasta riproduce.

Se lo confrontiamo con diagnosi più comuni, con conseguenze mediche molto minori, ci rendiamo conto che l'iter previsto, stranamente, è molto più rigoroso:

- Affinché un bambino possa beneficiare degli esami diagnostici per la dislessia, è necessario avviare una pratica con il MDPH [Casa dipartimentale per disabili], comprensiva di logopedia, valutazione psicologica e una consulenza pediatrica.
- Per ottenere una visita con uno psichiatra infantile che attesti TDA/h [un deficit di attenzione/iperattività] e quindi beneficiare di un trattamento farmacologico adeguato, un bambino ha bisogno di una prescrizione medica e di una valutazione neuropsicologica. Lo psichiatra, esclusivamente ospedaliero, sarà poi l'unico a poter prescrivere, la prima volta e le volte successive, il metilfenidato (meglio noto come Ritalin).

Il film, che presuppone un montaggio ponderato e mirato, mostra che, al secondo appuntamento con lo psichiatra infantile, il bambino, che non lo ha mai incontrato da solo, non ha ancora beneficiato della minima indagine psicologica quando lo stesso giorno gli verrà fissato un appuntamento con l'endocrinologo per preparare il protocollo di cambio sesso.

Di cosa si tratta? Offrire bloccanti della pubertà e consentire a Sasha di mantenere, nonostante questo, le sue capacità procreative (3), sia interrompendo il trattamento che inibisce la sua pubertà per il tempo necessario alla raccolta degli spermatozoi (ma questa opzione sembra la meno favorita dal medico), oppure attraverso la maturazione in vitro di tessuto testicolare, 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, prospettandone in futuro la castrazione e quindi la definitiva sterilità.

L'attuazione di questi primi protocolli per l'infanzia (intesi, nel significato della Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia, come relativi a minori di 18 anni) inizia in diversi Paesi a generare procedimenti giudiziari avviati da alcuni adulti che hanno subito tali trattamenti prima della maggior età e successivamente hanno iniziato un processo di "detransizione". Gli autori della denuncia sostengono che i protocolli sono stati attuati 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 ragazza; dubitiamo già un po' di più che abbia capito cosa siano i bloccanti della pubertà, cosa implichi 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 procedimento così come viene presentato dal regista):

- Mancato ascolto dei genitori e soprattutto del bambino prima di effettuare la diagnosi di "disforia di genere"
- Esecuzione di interventi prima della pubertà

2. L'obiettivo polemico: la scuola dell'intolleranza

Un altro aspetto molto problematico nella presentazione dei fatti rappresenta, a nostro avviso, una violazione dell'etica politica, in aggiunta alla questione dell'etica medica: la scuola di Sasha viene presentata immediatamente come un'istituzione retrograda e restia a soddisfare la richiesta dei genitori di veder trattato il loro bambino come una ragazza, proprio in quanto intollerante e ostile (questo è il parere del regista [che emerge] attraverso il discorso dei genitori). Se possiamo comprendere la rabbia e la frustrazione della madre di Sasha, ci sembra sorprendente che non venga apprezzato il 'buon senso' dell'istituto scolastico:

- In primo luogo, le istituzioni scolastiche non devono accettare sistematicamente richieste particolari 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 indicato con un nome che non compare nel suo stato civile, la scuola non è tenuta a soddisfare tale richiesta.
- In secondo luogo, possiamo rallegrarci del fatto che la scuola, rara terza parte tra il bambino e i suoi genitori, non prenda alla lettera i discorsi dei genitori e dia una risposta dilatoria in attesa di una perizia medica e psicologica. La scuola, in quanto servizio pubblico, rappresentando cioè lo Stato, è tenuta a difendere i bambini; perciò, dovrebbe tutelare gli studenti e la loro libertà di coscienza da ogni tentativo di pressione, indottrinamento (5) e violenza, sia che si verifichi a scuola che 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 tenuta a conformarsi senza batter ciglio alle ingiunzioni imposte dalle associazioni LGBTQI, pena l'accusa 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 si richiama. 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 è quella di proteggere gli studenti dalle pressioni dei gruppi (religiosi, comunitari, politici, ecc.), di assicurare la loro integrità fisica e di preservarne lo 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

positivamente la riluttanza degli insegnanti di Sasha di fronte ai suoi genitori. Saremmo altrettanto preoccupati per il rifiuto dell'istituto scolastico di accettare le rimostranze di un fervente studente Amish, sostenuto dai suoi genitori?

III. bambino, un essere in divenire

Soprattutto, ci sembra fondamentale essere attenti al processo evolutivo specifico dell'infanzia e dell'adolescenza e prendersi del tempo prima di qualsiasi indicazione di cure mediche. L'urgenza dell'intervento viene giustificata con il verificarsi di trasformazioni, nella pubertà, che influenzerebbero il potenziale "successo" di future trasformazioni chirurgiche. Il 3 dicembre 2020, una rubrica 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 di essere stata troppo giovane per acconsentire alle cure mediche con cui è iniziata la sua transizione da femmina a maschio, in questa prima fase della sua vita. Nel verdetto di 38 pagine sopra citato (7), l'Alta Corte di Londra, ha stabilito che i bambini di età inferiore ai 16 anni che stanno (5) valutando la riassegnazione di genere non sono abbastanza maturi per esprimere un consenso informato alla prescrizione di farmaci bloccanti la pubertà. E per i giovani di età compresa tra 16 e 17 anni, ha osservato che, sebbene la legge (britannica) attribuisca loro la capacità giuridica di acconsentire alle cure mediche (8), è consapevole del fatto che i medici potrebbero ritenere doverosa l'autorizzazione di un tribunale (9) prima di iniziare il trattamento. Sembra quindi con questa conclusione raccomandare ai medici di non iniziare i trattamenti medici, per i giovani minori di 16 e 17 anni, prima di una sentenza favorevole. Con questo verdetto dell'Alta Corte, si spera che l'intervento medico per i minori affetti da disforia di genere - soprattutto di età inferiore ai 16 anni – diventi più cauto.

1. Problemi psichici associati

La "transessualità" 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 problematica propria di questa età.

Tuttavia, tale ricerca adolescenziale, che muove fisiologicamente il processo di maturazione essenziale per la costruzione personale del futuro adulto, rischia ora di venire categorizzata dai social network come una verità soggettiva [stabilita unicamente dal soggetto in base alle proprie percezioni]. L'offerta tecnico-sanitaria ampiamente veicolata dai social network e dalla propaganda comunitaria nega e vorrebbe abolire questa tappa fondamentale della costruzione/maturazione del soggetto.

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

- i soggetti che si interrogano sul proprio sesso si sentono finalmente autorizzati ad esprimere il proprio disagio grazie a una maggiore tolleranza della società nei loro confronti;
- una parte significativa di queste richieste rappresenta un fenomeno sociale (10), per cui la "transessualità" appare come una risposta ad 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. Infatti, sembra che, poiché il desiderio di "transizione di genere" non è più considerato fenomeno psicopatologico dalla nuova versione del DSM, esso non vada nemmeno più considerato come il sintomo di una struttura psichica vulnerabile, nonostante il fatto che 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 messa in discussione non riguarda la "transessualità" in quanto tale, né la sua diagnosi o la sua eziologia, ma la continuità, che appare fin troppo evidente nel discorso militante attorno a questa questione, tra il disturbo del bambino, quello dell'adolescente e quello dell'adulto.

- In effetti, un bambino - e anche un adolescente - non è un adulto, ma 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 l'esperienza di vita è limitata. In sintesi, la psicopatologia del bambino è particolare e le nosografie differiscono tra bambino, adolescente e adulto: non possiamo quindi applicare gli stessi criteri né 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 maturare come "soggetto" quando questa fase sta andando abbastanza bene. In caso contrario, la pubertà e più in generale l'adolescenza rappresentano 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. Una 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 per conto suo, ma negare influenze esterne, a volte condizionanti, sarebbe malafede. Senza nemmeno tentare di discutere il fatto che il bambino "sente" di appartenere all'altro sesso, segnaliamo come non scontata la liceità di attuare 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 incerti sulla propria identità sessuale e sui criteri di appartenenza a un genere, dopo la pubertà non si prefiggono più l'obiettivo della propria trasformazione (85%) (11). Conoscendo questi dati, perché non si prevede subito, non appena diagnosticata la disforia, l'avvio di un protocollo pluriennale che preveda incontri con endocrinologi, previsioni sullo sviluppo degli organi sessuali di nascita, progetti chirurgici, ecc.?

IV – La violazione del 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 'criminali' tutti i comportamenti prudenti, che mettono in discussione la radicalità del trattamento, o semplicemente suggeriscono la necessità di prendersi del tempo.

Così, il padre di una giovane ragazza che ha deciso di cambiare sesso, attesta il modo in cui gli viene chiesto, ogni volta che mette in dubbio l'urgenza dei trattamenti "**Signore, preferirebbe una ragazza morta o un ragazzo vivo?**" (12). Questa formula, ripetuta regolarmente da diversi interlocutori, ricatta questo padre che è chiamato a scegliere tra essere un buon padre o un cattivo padre "transfobico", il quale oltretutto sarebbe responsabile del presunto suicidio del figlio (13).

Tuttavia, sembra importante sottolineare:

- Che gli studi che affermano l'esistenza di un tale rischio sono limitati e controversi (14) perché non possono dimostrare che altri fattori non siano coinvolti. Non si basano su alcun procedimento 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 tra gli adulti e successivamente alle trasformazioni sociali e fisiche attuate. • Infine, anche se questo trattamento sembra pertinente in alcuni casi, in altri soggetti (i cosiddetti “detransitioner”) risulta evidente il rimpianto per la condizione precedente (15).

2. *Gli inibitori della pubertà*

Gli effetti dei farmaci bloccanti della pubertà (16), che consentono la mancata comparsa dei caratteri sessuali secondari, vengono presentati come apparentemente reversibili, una volta interrotti. I medici hanno finora solo pochi studi, quando somministrati tra i 12 e i 16 anni di età. D'altra parte, gli studi mostrano effetti collaterali a breve e medio termine nei bambini. Possiamo notare:

Effetti moderati:

cefalee,

vampate,

dolori addominali,

sanguinamenti vaginali nelle ragazze,

aumento di peso,

cambiamenti di umore

Effetti più gravi:

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, al 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, del suo orientamento sessuale, della scoperta del proprio corpo e dei piaceri genitali, della necessaria separazione dalle figure genitoriali, ecc. La questione è vitale: possiamo, senza questa esperienza, fare in modo 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 trascurata. L'etica ci impone questi interrogativi che, peraltro, oggi sono particolarmente scottanti per quanto riguarda il consenso, cioè la possibilità di decidere liberamente di un bambino, mentre sta ancora crescendo sotto la guida degli adulti a cui si riconosce tale compito.

3. Gli 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, osteospongiosi. 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, come effetto secondario del trattamento con clormadinone acetato o nomegestrolo acetato, progestinici frequentemente prescritti, ad un aumento dei casi di meningiomi. Per quanto riguarda il testosterone, l'effetto virilizzante, in particolare la pelosità e la voce, è definitivo. L'esistenza di numerosi effetti collaterali richiede un'accurata visita medica prima di qualsiasi prescrizione, oltre al monitoraggio organico: tra gli altri, 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, nei pazienti diabetici, negli epilettici e in chi soffre di insufficienza epatica. 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 sono 9,9 volte più alte nelle donne transgender rispetto al gruppo di controllo.

4. La chirurgia

L'intervento è innegabilmente macchinoso, rischioso e con esiti finali scadenti (18). In alcuni Paesi 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 (in particolare

mastectomia nelle ragazze, rimozione dei testicoli nei ragazzi). Da tutto ciò emerge che nel contesto attuale ci troviamo di fronte a esperimenti medici sui bambini, rigorosamente vietati, e contrari all'etica medica (il *primum non nocere* del Giuramento di Ippocrate).

V – Alcune 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 la propria crescita, la propria evoluzione personale. Psicico e somatico sono intimamente legati, e non c'è mai una risposta unilaterale e immediata a un problema psicologico. È quindi fondamentale in ogni approccio preservare la possibilità di un lungo arco di tempo, attualmente malvisto a causa 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 inquietante e problematico negare a tali soggetti in divenire 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 una questione di urgenza vitale o di cure essenziali per la sua salute. Il colloquio con i familiari e gli stessi bambini dovrebbero avere la precedenza durante l'infanzia e l'adolescenza, per aiutare il minore 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** svolti nei servizi ospedalieri, collegi e scuole superiori per mostrare la consistenza numerica della "disforia di genere"
- **Seri studi e ricerche mediche e psichiatriche** devono essere intrapresi, 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 il peso dell'ambiente familiare, ma anche delle recenti influenze sociali.

- Sarebbe rilevante, come ha fatto il Regno Unito e come stanno iniziando a pensare altri Paesi (Stati Uniti, Svezia, Svizzera), sottoporre la questione a un Comitato di riflessione e di etica, composto da **psichiatri e legali, ma anche da persone interessate alla tutela dell'infanzia**, in modo che, anche noi in Francia, possiamo legiferare su questa violazione del corpo del minore.
- Infine, la realizzazione di **approfondite consulenze investigative e/o psicoterapie specialistiche** indipendenti dagli ospedali, luoghi di consultazione neutri e autonomi da ogni influenza ideologica, effettuati da personale specializzato che ha seguito una formazione **multidisciplinare (medica, psicologica, sociologica, giuridica, ecc...), necessaria per affrontare questi problemi**, per accogliere queste famiglie in discussione e spesso in crisi, e per rendere conto del proprio operato davanti alle autorità competenti. Tale compito non può limitarsi a convalidare prescrizioni terapeutiche effettuate da endocrinologi, per quanto efficaci possano essere, come di fatto avviene in alcuni servizi psichiatrici dedicati alla disforia di genere.

2. Il ruolo della Scuola

Affidarsi alla comunità educante. In ogni caso, la Scuola non può in nessun caso diventare un posto del quale la società può 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 la minaccia di sanzioni contro il corpo docente. Inoltre, la trattazione di questi problemi è eminentemente complessa e sicuramente irriducibile 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 e psicologi.

Tuttavia, questa consultazione può nascere serenamente 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, rischiando di accrescere inutilmente le tensioni. Ci sembra essenziale in tali circostanze che l'istituzione abbia fiducia nella comunità educante per lavorare insieme alle famiglie e agli studenti interessati.

Conclusione

Da un lato si vuole psichiatrizzare la "disforia di genere" e allo stesso tempo si ricorre alla psichiatria infantile per una diagnosi che probabilmente porterà a una terapia: bloccanti della pubertà e/o trattamenti ormonali che vengono prescritti ai minori che non "si sentono" di appartenere al loro sesso biologico. La diagnosi è necessaria per il riconoscimento del danno subito e la legittimazione dei "diritti".

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

Con una ridefinizione dei diritti umani, è la nozione di inclusione ad essere essenziale a tutti i livelli della società e in particolare a scuola. La scuola deve adattarsi a tutti gli alunni, deve creare piani di intervento per tutti gli studenti, secondo categorie diverse e talvolta difficili da identificare. 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 studenti, con il rischio di dover far fronte al disaccordo dei genitori (e delle rispettive associazioni). Ma ancora una volta, queste nuove norme non sono che effetti del mutato linguaggio.

Osserviamo un divario tra questi discorsi e le pratiche cliniche, che vanno comprese caso per caso e che sono molto più complesse e controverse di quanto si voglia far intendere. Non si potrebbe pensare che la "disforia di genere" come definita nel DSM sarebbe più un "agenda politica" come l'ADHD (19)? Si registra una passione per le valutazioni e 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) al fine di non stigmatizzare i bambini che rientrano in queste categorie (autistici, ADHD, trans, ecc.). Ma questo non sta riducendo questi bambini a identità forzatamente cristallizzate? Non c'è il rischio di fare di queste identità - infantili delle bandiere per la causa degli adulti? Cosa si proietta sull'infanzia della società e delle difficoltà che la attraversano, della crisi culturale?

È opportuno 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, professoressa universitaria, psicoanalista, Anna Cognet, psicologa clinica, insegnante presso Psychoprat, Delphine Girard, professoressa 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, JeanPierre 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 contano 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'infoargomento all'info-tainment. 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 femminile che le permetta di avere figli). Se avesse avuto una relazione con una donna biologica, avrebbe potuto utilizzare i suoi gameti solo ricorrendo alla riproduzione assistita. Tuttavia, la PMA è attualmente possibile solo in Francia per le coppie eterosessuali. Se avesse avuto una relazione con un uomo biologico, avrebbe potuto 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 si avviano ad interventi medici molto più impegnativi; (iii) la relazione tra l'assunzione di ormoni del sesso opposto e il successivo 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 12

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

(9) Possibilità creata dalla sentenza Re W (Trattamenti medici: giurisdizione del tribunale) [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 viene controllato, 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 sui 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-bytrans-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'aggravante, rimane 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/newsarticle/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. Pure il documentario svedese Trans Train 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-activiststell-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.