

Disturbo d'identità e di **genere** e riassegnazione chirurgica *dei caratteri sessuali* in senso **andro-ginoide**

di Carlo Trombetta*

Il transessuale andro-ginoide è colui che, fin dall'infanzia, si è considerato appartenente al sesso opposto. La differenziazione sessuale è un processo maturativo che si continua dal concepimento fino all'acquisizione della piena capacità riproduttiva.



Foto di Leland Bobbé

L'ambiguità sessuale ha da sempre interessato l'uomo rivestendo, nelle varie epoche, significati assai diversi secondo il mutare della cultura, dei principi morale e di etica religiosa.

Il termine transessualismo pur essendo di recente acquisizione, fa riferimento ad una sindrome clinica praticamente da sempre esistita in tutte le etnie.

Questo termine fu usato per la prima volta da Harry Benjamin in una lettura tenuta nel 1953, presso l'Accademia di Medicina di New York.

Dal 1994, con la nuova edizione del DSM (la DSM III-R), testo di riferimento internazionale in ambito psichiatrico, il transessualismo viene inquadrato tra i disturbi dell'identità sessuale.

Nel DMS IV infine il transessualismo rientra tra i "Disturbi dell'identità di genere" e si parla esclusivamente di disturbi d'identità di genere, senza definizioni specifiche: il transessualismo non è più direttamente menzionato, volendo in questo modo sottolineare come l'aspetto caratterizzante del paziente "transessuale" sia l'incongruenza, avvertita come fattore di profondo disagio, tra il sesso ufficialmente assegnato alla nascita sulla base dei genitali esterni (sesso anatomico) e l'identità di genere cioè il sesso al quale il soggetto si sente psichicamente di appartenere.

L'O.M.S. nell'ultima revisione definisce il transessualismo come deviazione sessuale centrata intorno alla convinzione stabilizzata che il sesso corporeo apparente è sbagliato, il comportamento risultante è diretto o verso il cambiamento degli organi sessuali per mezzo di un'operazione o verso il completo occultamento del sesso corporeo attraverso la scelta di vestiti e l'adozione di comportamenti del sesso opposto.

Considerata la gravità di soluzioni terapeutiche radicali, quali la riassegnazione chirurgica del sesso, il transessualismo va accuratamente differenziato e tenuto ben distinto dal travestitismo, dall'autoginofilia e dalle altre disforie di genere di tipo non transessuale. Nel travestitismo, che non evolve in transessualismo non vi è quel senso di persistente disagio e di contrasto nei confronti del proprio sesso anatomico.

Inoltre mentre il travestito indossa abiti del sesso opposto per soddisfare un proprio desiderio, sessualmente eccitante, il transessuale lo fa perché fortemente convinto di vestire gli indumenti più convenienti alla propria personalità.

La differenziazione sessuale è un processo maturativo che si continua dal concepimento fino all'acquisizione della piena capacità riproduttiva. Dal momento della fusione dei due gameti in poi, la sequenza degli eventi che portano allo sviluppo fetale in senso maschile o femminile può essere paragonata ad una corsa a tappe. Il patrimonio genetico (sesso cromosomico) favorisce lo sviluppo del sesso gonadico che si identifica con la differenziazione della gonade maschile e femminile. L'interazione tra sesso cromosomico e sesso gonadico porterà ad una corretta differenziazione somatica (sesso somatico). Dalla nascita fino alla pubertà, inoltre, l'acquisizione della piena consapevolezza del sentirsi maschio o femmina (sesso psicologico) porterà l'individuo ad identificare il proprio sesso psichico con quello anatomico. Generalmente vi è convergenza tra i vari tipi di sesso ma, in alcune situazioni, è possibile che si creino disturbi a diversi livelli. È importante quindi ripercorrere brevemente le tappe dello sviluppo sessuale ed identificare le possibili alterazioni che in alcuni casi possono essere alla base di un disturbo dell'identità di genere.

Il transessuale andro-ginoide, con transessualismo primario, è colui che, fin dall'infanzia, si è considerato appartenente al sesso

opposto. I soggetti che un tempo erano definiti transessuali secondari sono quelli che potrebbero nascondere, sotto al disturbo d'identità, problematiche diverse che andrebbero affrontate con un aiuto psicoterapico e non certo ricorrendo ad un intervento chirurgico, chiaramente irreversibile. Questi casi sono particolarmente difficili da inquadrare da un punto di vista diagnostico perché presentano una costellazione di motivazioni cosce ed inconscie che non sempre rispecchiano l'armonia che si ritrova nelle diagnosi di transessualismo primario.

I soggetti con disturbo d'identità di genere portano con sé una grossa ansia ed angoscia. L'urgenza con cui richiedono la conferma della propria diagnosi di transessualismo e, con questa, la dichiarazione che gli consenta di sottoporsi al più presto all'inter-



Image credit: http://it.123rf.com/photo_9721891_vector-male-female-and-transgender-gender-symbols-laser-neon.html / 123RF Archivio Fotografico

vento, può essere per il clinico, che deve iniziare la consultazione diagnostica, un buon indice per valutare quanto sia preponderante l'incapacità del soggetto a viverci nel proprio sesso anagrafico. Questo dato dev'essere paragonato ad altri elementi di disagio che il transessuale porta, quali, ad esempio, la ripugnanza per i propri genitali, l'orientamento sessuale di tipo omosessuale, per arrivare a capire come si caratterizza la sua identità di genere in tutte le sue componenti. Infatti, il ruolo, l'orientamento sessuale, lo schema corporeo ed il comportamento sessuale dovrebbero essere tipici del sesso a cui sente di appartenere. Il soggetto non dovrebbe avere nessun elemento del sesso biologico proprio perché è essenziale valutare la buona armonia di tutti questi elementi per selezionare quei soggetti che trarrebbero effettivo beneficio dall'inter-

vento. L'iter medico-legale a cui il transessuale deve sottoporsi è un percorso lungo e faticoso, ricco di momenti di sofferenza e disagio. E' proprio l'attenta valutazione di come il soggetto accetta di condurre questo cammino e di come si svolge che può offrire al clinico indicazioni utili sull'idoneità o meno all'intervento di conversione sessuale. Durante questo periodo, il transessuale entra in contatto con altre figure professionali. L'endocrinologo, che prescrive la cura ormonale, è colui che spiega quali mutamenti fisici si potrà aspettare e quali e quanti sono i rischi a cui può andare incontro.

Alcune volte, nel momento della consultazione, quando si espone al soggetto gli eventuali rischi degli effetti collaterali dovuti alla somministrazione ormonale, o ancor più, le volte in cui si descrive in che cosa sussiste la "prova della vita reale" può accadere che ci siano delle resistenze al cambiamento motivate sotto forma di preoccupazioni per le reazioni dei familiari o dei colleghi di lavoro. Questo può rappresentare un indice diagnostico per lo psicologo qualora, durante la presa in carico, si verificano delle involuzioni o dei dubbi riguardo alla propria vita futura. Il test della vita reale è considerato una prova decisiva per valutare la capacità del transessuale a viverci nei panni del sesso desiderato ed il buon andamento di questo periodo può facilmente predire un soddisfacimento futuro dell'intervento. Questo periodo rappresenta un momento particolarmente difficile. Il paziente deve ora affrontare l'esterno, le reazioni degli altri, che raramente sono di piena comprensione ed accettazione. È proprio la forza e l'impegno che il soggetto mette in ogni sforzo che fa per mostrarsi come egli si sente che può far propendere per una diagnosi favorevole all'intervento di riassegnazione dei caratteri sessuali. La motivazione primaria all'intervento viene individuata nell'ottenere un corpo corrispondente a quello che è il vissuto interiore. E tale finalità viene perseguita per apparire congrui a se stessi piuttosto che agli altri.

Altra motivazione importante è il porre fine al problema dei documenti d'identità non corrispondenti all'aspetto e al genere ipotizzabile dalle sembianze. Le aspettative post intervento di riconversione sessuale comprendono la realizzazione sentimentale, aspetti inerenti il suscitare attrazione sessuale, poter offrire una sessualità più soddisfacente al partner, realizzarsi nel ruolo del genitore, migliorare l'inserimento sociale, acquisire maggiore libertà di movimento e comportamento. Le aspettative pur essendo realistiche, non vengono realizzate tutte. Indipendentemente da ciò, la qualità della vita è considerata abbastanza soddisfacente, il rapporto col proprio corpo è migliorato, le caratteristiche di personalità tendono a normalizzarsi, il ruolo di genere è quello proprio del sesso acquisito. Una completa soddisfazione per l'intervento di conversione è legata soprattutto all'assenza di disturbi di personalità ed ad un concetto positivo di sé, non è sufficiente che sia confermata la diagnosi di transessualismo. Gli studi sui follow-up, dopo l'intervento di riassegnazione dei caratteri sessuali, sono incoraggianti. Si riconosce un miglioramento del benessere soggettivo nell'80% circa dei casi e il tasso di suicidio è equiparabile a quello della popolazione normale. Questi studi mettono però in evidenza la difficoltà di valutare gli effetti della conversione sessuale chirurgica sia perché non esistono procedure standardizzate di valutazione e gli elementi presi in considerazione variano, sia perché i risultati sono anche funzione degli esiti dell'intervento chirurgico (nel quale vengono impiegate tecniche diverse) oltre che funzione delle differenze dei criteri per la diagnosi dei soggetti. Influiscono perciò sul risultato sia aspetti standardizzabili - quali le caratteristiche dell'intervento





- sia aspetti soggettivi quali le caratteristiche psicologiche dei soggetti e loro aspettative.

INTERVENTO CHIRURGICO

La riassegnazione chirurgica dei caratteri sessuali (RCS) in senso andro-ginoide è un intervento chirurgico estremamente complesso che, per essere eseguito con successo, richiede notevoli doti chirurgiche ed un'ampia conoscenza dell'anatomia, della fisiologia e della sessuologia.

Le prime segnalazioni relative a questo tipo di chirurgia si rifanno alle tecniche messe a punto da oltre un secolo per la creazione di una vagina in individui affetti da pseudoermafroditismo. In letteratura è riportata la creazione del primo transessuale (Christine Jorgensten) nel 1953 in Danimarca.

Numerose tecniche sono state proposte e progressivamente perfezionate parallelamente alla identificazione del fenomeno "transessualismo".

Negli ultimi 18 anni oltre 300 pazienti affette da disturbo di identità e genere andro-ginoide sono state operate presso la Clinica Urologica di Trieste.

Tutti gli interventi sono stati eseguiti dalla stessa equipe chirurgica.

Le pazienti sono state sottoposte a terapia ormonale per almeno 2 anni consecutivi e ad almeno un anno di real life test; spesso sono

costantemente seguite da specialisti in endocrinologia e da psicologi specializzati nel settore.

Per potersi sottoporre all'intervento di riassegnazione dei caratteri sessuali le pazienti hanno dovuto ottenere il consenso da parte dello psichiatra ed una sentenza giuridica favorevole.

Il nostro protocollo preoperatorio prevede il ricovero delle pazienti un giorno prima dell'intervento, una visita anestesiológica, un'adeguata preparazione intestinale e la somministrazione di profilassi antibiotica al giorno stesso dell'operazione.

Il nostro intervento si basa sull'originale tecnica proposta da Jones nel 1968 che prevede la creazione della neovagina mediante utilizzo di cute peniena e di un ampio lembo di cute scrotale. Questa tecnica ha rappresentato un punto di riferimento per lo sviluppo di tutte le tecniche successive rivolte alla creazione di un'ampia neovagina, di un neoclitore e di un aspetto esterno simile a quello della vulva femminile.

Presso il nostro istituto siamo soliti ad eseguire questo tipo di intervento in due equipe chirurgiche separate, che operano in modo sincrono, una sulla regione peniena ed una su quella perineale. Dal punto di vista chirurgico il tempo demolitivo consiste nell'asportazione dei testicoli, dei corpi cavernosi e dell'uretra spongiosa, mentre il tempo ricostruttivo è caratterizzato dalla preparazione del moncone ureterale e uretostomia, dalla neourethroclitoridoplastica, dalla creazione

della neovagina e dalla creazione delle grandi labbra.

La conoscenza dell'anatomia e della fisiologia del perineo maschile e degli organi genitali sono elementi imprescindibili della cultura dei chirurghi che si accingono ad eseguire l'intervento di RCS in senso andro-ginoide.

CONCLUSIONI

A tutt'oggi, non esistono teorie confermate sulla genesi del transessualismo, non c'è nessun parallelo tra tipo di disturbo e grado di normalità psicologica, così come, dal punto di vista diagnostico, non ci sono strumenti specifici in grado di valutare e discriminare nettamente la problematica.

L'elemento fondamentale del transessualismo è il desiderio di sbarazzarsi delle caratteristiche sessuali del proprio sesso anatomico ed acquisire quelle dell'altro sesso. Proprio per questa ragione, la terapia d'elezione per questo disturbo dovrebbe essere l'intervento di riassegnazione chirurgica dei caratteri sessuali (RCS).

Ma questa soluzione non è valida per tutti.

L'idoneità all'intervento chirurgico deve essere perciò attentamente valutata attraverso un percorso diagnostico rigoroso ed articolato, mirante ad evidenziare solo coloro che trarrebbero un effettivo giovamento da questo intervento. Giungere ad una corretta diagnosi di transessualismo è un percorso articolato che prevede l'attenta considerazione di diversi fattori che fanno parte, e si integrano vicendevolmente, di quell'ampia parte della vita di ogni individuo che è la sessualità.

Occorre ricordare infine che il raggiungimento di un risultato estetico e funzionale che fornisca alle pazienti dei genitali del tutto indistinguibili da quelli femminili non è ancora stato pienamente raggiunto.

***Urologo – Andrologo – Clinica Urologica – Università di Trieste**
Testo scritto in collaborazione con
L. Scati Psicologa, AIED Pordenone