

[Sessualità](#) , [Transgender](#)

Transizione come trattamento: i migliori studi mostrano i risultati peggiori

16 febbraio 2020 di [Paul Dirks](#)

Un modello inizia a emergere mentre esaminiamo alcuni dei migliori e più lunghi studi sugli esiti sulla transizione di genere: più lunghi sono gli studi e migliori i metodi, più negativi sono i risultati.



Il trattamento per questo particolare disturbo è grave: la medicalizzazione sperimentale permanente, la sterilizzazione e la completa rimozione di parti sane del corpo - un trattamento che il Dr. Ray Blanchard, uno dei sessuologi più importanti del mondo, chiama "palliativo". Nonostante la sua gravità, tuttavia, la transizione medica di genere non è più una rarità. È il trattamento raccomandato per [la disforia di genere](#) , un disturbo diagnosticabile di incongruenza tra il proprio "genere" sentito e il proprio

nesso natale, la cui prevalenza sta [crescendo](#) enormemente in tutto il mondo. Sempre più bambini e adolescenti vengono diagnosticati con disforia di genere e sono sottoposti a cure mediche prima ancora di completare la pubertà.

Per coloro che esprimono cautela o preoccupazione c'è una replica familiare: "Fidati degli esperti". In caso contrario, "sei un bigotto".

Questa argomentazione, tuttavia, fa beffe del fatto che tre dei più influenti ricercatori sessuali degli ultimi due decenni - [Ray Blanchard](#) , [Michael Bailey](#) e il recentemente rivendicato [Ken Zucker](#) - hanno tutti problemi con la narrativa di transizione basata sull'affermazione che è attualmente in fase di promozione. È possibile aggiungere a questo elenco nomi come [James Cantor](#) , [Eric Vilain](#) , [Stephen Levine](#) , [Debra Soh](#) e [Lisa Littman](#) .

Vi invito a guardare con me i dati da cui traggono questi e altri ricercatori. Cosa dice la ricerca peer-reviewed sull'efficacia della transizione medica per la disforia di genere? I bloccanti della pubertà, gli ormoni sessuali incrociati, le mastectomie, le vaginoplasie e le falloplastiche alleviano con successo il disagio mentale ed emotivo che le persone disforiche di genere affrontano? I risultati sono vari, così come le prospettive politiche e filosofiche dei ricercatori; ma un'attenta lettura della letteratura dimostra che i migliori studi mostrano i risultati peggiori per coloro che si sottopongono alla transizione medica.

La narrativa tradizionale afferma spesso che la transizione medica è ben studiata e che esiste un consenso accademico sulla sua efficacia. In realtà, la letteratura è piena di problemi di progettazione dello studio, tra cui campionamento di convenienza, mancanza di controlli, progettazione di sezioni trasversali, campioni di piccole dimensioni, lunghezze di studio brevi e tassi di abbandono enormemente elevati tra i partecipanti. Pochissimi studi sulla transizione sfuggono a questi problemi. Ad esempio, una [revisione sistematica del 2018](#) degli studi sulla qualità della vita di adulti in transizione ha valutato solo due studi su ventinove come di alta qualità.

Due dei maggiori problemi sono la durata dello studio (tempo trascorso dal trattamento) e i tassi di [perdita da seguire](#). È ben noto in letteratura che l'anno successivo alla transizione medica è un "periodo di luna di miele", che ["non rappresenta un quadro realistico dello stato sessuale e psicologico a lungo termine"](#). A che punto, tuttavia, la psicologia di un paziente si stabilizza? Dopo tre anni? Cinque anni? Dieci anni? E a quale livello? Dato che ai bambini pre-puberali vengono somministrati [ormoni intersessuali](#) (a dodici anni) e [sottoposti a interventi chirurgici](#) (a tredici anni) e che questa esperienza di transizione può durare da sessanta a ottanta anni della loro vita, non dovremmo sapere se i risultati sono positivi dopo dieci anni?

La lunghezza complicata dello studio è la questione del follow-up. [Molti ricercatori](#) affermano che, una volta che il 20 per cento dei partecipanti a uno studio ha perso il follow-up, ci sono effetti significativamente dannosi sull'affidabilità dello studio. [Uno studio ha](#) indagato su coloro che sono stati persi per il follow-up per un'altra procedura chirurgica e ha concluso che "i pazienti con problemi probabilmente eviteranno il follow-up". I sostenitori di Transgender hanno indicato un ampio [studio tedesco del 2015](#) che mostra risultati positivi a lungo termine per coloro che effettuano la transizione. Tuttavia, lo studio ha un tasso del 49,3 per cento da perdere al follow-up, sollevando enormi domande su come quasi la metà del gruppo iniziale è andata.

Tre studi a lungo termine hanno affrontato il problema della perdita di follow-up esaminando misure oggettive dai dati del registro nazionale. Questi studi non hanno alcuna perdita o una perdita estremamente bassa da seguire, e quindi forniscono ciò che potrebbe mancare in molti altri studi.

Il più grande e il più lungo di questi, uno [studio olandese nel 2011](#) su quelli sugli ormoni sessuali incrociati, ha scoperto che, mentre i risultati per le femmine sembravano generalmente positivi, per il gruppo maschio-femmina molto più grande, il 72,6 per cento il totale: "la mortalità totale era del 51% più alta rispetto alla popolazione generale, principalmente a causa

dell'aumento dei tassi di mortalità a causa di suicidio, sindrome da immunodeficienza acquisita [AIDS], malattie cardiovascolari, abuso di droghe e cause sconosciute". Anche i tempi dei suicidi forniscono informazioni importanti. Nessuno si è verificato entro due anni dal trattamento, ma "ci sono stati sei suicidi dopo 2-5 anni, sette dopo cinque-dieci anni e quattro dopo più di dieci anni di trattamento ormonale transessuale".

[Lo studio svedese del 2011 di Cecilia Dhejne et al.](#) È tra gli studi più noti sugli esiti della transizione, in parte a causa dei suoi risultati sorprendentemente negativi e in parte a causa delle differenze tra gli autori nell'interpretazione dei dati. Il campione era di 324 transessuali post-chirurgici con un follow-up mediano di oltre dieci anni, il più grande studio di quelli post-SRS (chirurgia di riassegnazione del sesso). I risultati includevano 7,6 volte più tentativi di suicidio rispetto ai controlli e diciannove volte più suicidi completati. Il ricovero psichiatrico era 2,8 volte più alto, anche dopo essersi aggiustato per la morbidità psichiatrica precedente.

Più recentemente, uno [studio danese del 2016 ha](#) confrontato il trattamento psicologico prima e dopo la SRS in un gruppo di oltre cento transessuali. Per quanto riguarda la morbidità psichiatrica, "non sono state trovate differenze significative tra il numero di individui MtF [transizione da maschio a femmina] e FtM [transizione da femmina a maschio] che soffrono di morbidità psichiatrica pre e post-SRS." Mentre i problemi psicologici sono migliorati per alcuni nel gruppo, è peggiorato per altri e non vi sono stati benefici netti statisticamente significativi. A causa dei numeri più bassi in questo studio, non è stato possibile analizzare i dati sulla mortalità; ma "dieci individui sono stati registrati come defunti post-SRS con un'età media di morte di 53,5 anni", e ci sono stati due suicidi, entrambi dati sorprendenti.

Infatti, dei sei studi sugli esiti a lungo termine (per più di dieci anni) che hanno dati utili sul funzionamento mentale o psicologico, non meno di cinque riportano esiti contrastanti o scarsi. Un [piccolo studio svedese](#) del

1986 ha scoperto che la salute mentale e l'occupazione erano fortemente contrastate dopo la SRS, portando l'autore a concludere che "sembra ragionevole aspettarsi un miglioramento marginale psicosocialmente dopo l'intervento chirurgico". Uno [studio svizzero nel 1998](#) con un'alta perdita di follow-up ha riscontrato un significativo deterioramento in un campione clinico post-SRS. Gli autori affermano che i risultati negativi, tra cui un'alta percentuale di rimpianto e incapacità di lavorare, sono probabilmente una funzione del tempo.

Ad oggi, solo uno studio fornisce buone informazioni sulla funzione del tempo. [Lindqvist 2017 \(Svezia\)](#), l'unico studio longitudinale di qualsiasi lunghezza significativa, ha misurato la salute prima del trattamento e dopo uno, tre e cinque anni dopo la SRS. Ancora una volta, la perdita per il follow-up è stata significativa: 103 dei 146 partecipanti hanno abbandonato il quinto anno. Sebbene lo studio sia allegramente intitolato, "La qualità della vita migliora presto dopo un intervento chirurgico di riassegnazione di genere nelle donne transgender", una lettura attenta dei dati mostra che avrebbe potuto essere facilmente chiamato "Effetti luna di miele della transizione si consumano rapidamente". Il titolo non è l'unico posto in cui gli autori mostrano una notevole propensione nella presentazione dei dati. Il gruppo studiato ha mostrato un aumento significativo di tutte le misure dell'SF-36 ([36-Item Short Form Health Survey](#)) - sia fisico che mentale - dopo un anno; sebbene rispetto alle norme di popolazione siano ancora basse. Tuttavia, ogni misura scende a tre anni e ogni misura tranne il funzionamento fisico diminuisce ulteriormente a cinque anni, un fatto sottilmente nascosto in alcuni dei linguaggi degli autori. Sebbene gli autori suggeriscano che l'invecchiamento possa essere la ragione di questo significativo declino, una lettura delle norme della popolazione SF-36 per la [Svezia](#) e [altrove](#) dimostrano l'implausibilità di questo ragionamento. Una considerazione obiettiva dei dati di Lindqvist 2017 e di altri studi dimostra che i benefici psicologici a breve termine, laddove si verificano, sono spesso di breve durata.

Uno studio che esamina questa domanda da una prospettiva diversa è [Adams 2017](#). Mentre gli autori sono molto chiaramente favorevoli alla

transizione, alcuni dei risultati della loro meta-sintesi della letteratura sulla suicidalità tra gli individui transgender hanno suscitato sorpresa. "Sembra controintuitivo, d'altra parte", affermano, "che i tentativi di suicidio siano inferiori prima della transizione (ideazione 36,1 per cento; tentativo di 13,1 per cento) rispetto alla maggior parte degli altri periodi (i tentativi dell'anno scorso sono l'eccezione)." Ad esempio, l'idea suicidaria per "l'anno passato" era del 50,6 per cento, mentre per "prima della transizione" era solo del 36,1 per cento.

Un modello inizia a emergere mentre esaminiamo alcuni dei migliori e più lunghi studi sugli esiti sulla transizione: più lunghi sono gli studi e migliori sono i metodi, più negativi sono i risultati. Un'ampia comprensione della letteratura ci aiuta ad affrontare le controversie sullo studio di Dhejne, menzionate in precedenza. La stessa Dhejne ha [sostenuto](#) che il suo studio non dovrebbe essere usato per mettere in discussione l'efficacia della transizione come trattamento. Alcuni autori hanno letto i suoi risultati esattamente in quel modo, compresi quelli che metterebbero in discussione un paradigma solo di affermazione, come [Stephen Levine](#), [Roberto D'Angelo](#) e [altri](#) che continuerebbe a sostenere la transizione. Dhejne ha sostenuto che, poiché la coorte più recente nel suo studio non ha avuto elevati livelli di mortalità o tentativi di suicidio rispetto ai controlli (sebbene il ricovero psichiatrico sia rimasto molto elevato), è probabile che trattamenti medici più avanzati e accettazione da parte della società abbiano portato a una migliore psicologia risultati nel tempo. Tuttavia, dato che i risultati nella più ampia letteratura mostrano che gli effetti psicologici immediati e forse netti positivi della transizione alla fine si deteriorano, sembra probabile che si tratti di una rotazione eccessivamente ottimistica e politicamente corretta dei dati. Ma come afferma D'Angelo dopo aver interagito con le scoperte di Dhejne, "Soprattutto in relazione al suicidio, Alcune delle scoperte più recenti degli studi nel follow-up di cinque anni stanno anche iniziando a mostrare crepe nella narrativa solo di affermazione. Uno [studio europeo multicentrico del 2018 ha](#) suddiviso i transessuali post-chirurgici in gruppi soddisfatti e insoddisfatti e ha scoperto che anche il gruppo "soddisfatto" presentava "significativamente

più sintomi psicologici e minore soddisfazione per la vita" rispetto ai campioni di controllo. Un [recente studio svizzero ha](#) riscontrato non solo una qualità mentale della vita inferiore per il gruppo sottoposto a chirurgia chirurgica rispetto alla popolazione generale, ma anche che né il trattamento ormonale né la chirurgia prevedevano una qualità di vita positiva. Mentre ci sono studi in un intervallo di cinque anni che potrebbero essere utilizzati per sostenere che la transizione aiuta in modo significativo la disforia di genere ([Pimenoff e Pfafflin 2011](#) , [Weyers 2009](#) , [De Cuypere 2006](#)), un'ampia panoramica di tutti gli studi a medio e lungo termine mostra, nella migliore delle ipotesi, risultati altamente sconcertanti. Sebbene sia una generalizzazione, è innegabile ed empiricamente difendibile: i migliori studi tendono a mostrare i risultati peggiori.

L'onesta interazione con la letteratura medica genera enormi segnali di avvertimento e gli adulti non sono i soli a pagare il prezzo per non averli ascoltati. In che modo i giovani che sono stati sottoposti a una transizione medica prima dell'età adulta se la passeranno psicologicamente dopo trent'anni di vita in transizione? Qual è la percentuale di persone sottoposte a transizione medica da quando sono state detratte? Quanti suicidi sono contenuti nei gruppi che si perdono al follow-up? A queste e altre domande ci sono poche risposte. Dato che il trattamento della disforia di genere attualmente include misure drastiche come la rimozione di parti del corpo sane e funzionanti, l'uso prolungato e [sperimentale](#) di ormoni sessuali incrociati e l'elusione permanente del normale processo puberale, questo è a dir poco scandaloso.

Circa l'autore



[PAUL DIRKS](#)

Paul Dirks è apparso davanti al Senato canadese su Bill C-16 e si allena regolarmente su temi di sesso e genere in contesti di fede e non fede. È anche il pastore principale della New West Community Church.