LA NUOVA BUSSOLA QUOTIDIANA
Direttore Riccardo Cascioli
FATTI PER LA VERITÀ

IL DOCUMENTO DEI PEDIATRI USA

L'ideologia gender fa male ai bambini

EDUCAZIONE 20_04_2016

L'American College of Pediatricians sollecita gli educatori e i legislatori a rifiutare tutte le politiche che condizionano i bambini ad accettare come normale una vita di imitazione chimica e chirurgica del sesso opposto. Sono i fatti – non l'ideologia – a determinare la realtà.

• **La sessualità umana è un tratto biologico binario oggettivo:** "XY" e "XX" sono

marcatori genetici sani – non i marcatori genetici di un disturbo. La norma del progetto umano è che si venga concepiti maschio o femmina. La sessualità umana è binaria nel suo progetto e ha per scopo palese il riprodursi e il prosperare della nostra specie. Questo principio è autoevidente. I rarissimi disturbi dello sviluppo sessuale (DSD), compresi tra gli altri la femminilizzazione testicolare [Sindrome di Morris] e l'iperplasia surrenale congenita, sono tutte identificabili devianze mediche rispetto alla norma sessuale binaria e sono a ragione riconosciuti come disturbi del progetto umano. Gli individui con DSD non costituiscono un terzo sesso. (1)

• Nessuno nasce con un genere. Tutti nascono con un sesso biologico. Il genere (la consapevolezza e la percezione di sé come maschio o femmina) è un concetto sociologico e psicologico, non un concetto biologico oggettivo. Nessuno nasce con una consapevolezza di sé come maschio o come femmina; questa consapevolezza si sviluppa nel tempo e, come tutti i processi evolutivi, potrebbe essere sviata dalle percezioni soggettive di un bambino, dalle sue relazioni e dalle sue esperienze avverse dall'infanzia in poi. Le persone che si identificano "sentendosi come del sesso opposto" o "da qualche parte tra i due" non costituiscono un terzo sesso. Rimangono biologicamente uomini o biologicamente donne. (2,3,4)

• La convinzione di una persona di essere ciò che non è rappresenta, nel migliore dei casi, un segnale di pensieri confusi. Quando un ragazzo biologicamente maschio e per il resto sano crede di essere una ragazza, o una ragazza biologicamente femmina e per il resto sana crede di essere un ragazzo, c'è un problema psicologico oggettivo, che ha sede nella mente, non nel corpo, e come tale dovrebbe essere trattato. Questi bambini sono affetti da disforia di genere. La Disforia di Genere (GD), classificata in precedenza come Disturbo dell'Identità di Genere (GID), è riconosciuta come disturbo mentale nella più recente edizione del Manuale Diagnostico e Statistico della American Psychiatric Association (DSM-V). 5 Le teorie psicodinamiche e dell'apprendimento sociale della GD/GID non sono mai state confutate. (2,4,5)

• La pubertà non è una malattia e gli ormoni che bloccano la pubertà possono essere pericolosi. Che gli effetti siano reversibili o meno, gli ormoni che bloccano la pubertà inducono uno stato patologico – l'assenza di pubertà – e inibiscono la crescita e la fertilità in un bambino che era prima biologicamente sano. (6)

• Secondo il DSM-V, fino al 98% dei ragazzi con una confusione di genere e fino all'88% delle ragazze con una confusione di genere accettano alla fine il proprio sesso biologico dopo avere attraversato in modo naturale la pubertà. (5)

• I bambini che fanno uso di ormoni bloccanti per imitare il sesso opposto richiederanno ormoni

del sesso opposto nella tarda adolescenza. Gli ormoni del sesso opposto (testosterone ed estrogeni) sono associati a pericolosi rischi per la salute, che comprendono, tra gli altri, l'ipertensione, la formazione di trombi, ictus e cancro.7,8,9,10

• I tassi di suicidio sono venti volte superiori tra gli adulti che usano ormoni del sesso opposto e si sottopongono a chirurgia di riassegnazione sessuale, persino in Svezia, che è tra i Paesi che maggiormente sostengono gli LGBQT (11). Quale persona compassionevole e ragionevole condannerebbe dei bambini a questo destino sapendo che dopo la pubertà fino all'88% delle ragazze e fino al 98% dei ragazzi finiranno per accettare la realtà e raggiungeranno uno stato di salute mentale e fisica?

• Condizionare i bambini a credere che una vita di imitazione chimica e chirurgica del sesso opposto sia normale e sana è un abuso infantile. Avallare la discordanza di genere come normale, attraverso l'istruzione pubblica e le politiche legislative confonderà i bambini e i genitori, portando un numero maggiore di bambini a presentarsi alle "cliniche gender", dove verranno somministrati loro dei farmaci che bloccano la pubertà. Questo, a sua volta, assicura praticamente che "sceglieranno" una vita di ormoni del sesso opposto, cancerogeni o comunque tossici e che probabilmente, da giovani adulti, prenderanno in considerazione una non necessaria mutilazione chirurgica di loro parti corporee sane.

Michelle A. Cretella, M.D.

Presidente dell'American College of Pediatricians

Quentin Van Meter, M.D.

Vice Presidente dell'American College of Pediatricians Endocrinologo Pediatrico

Paul McHugh, M.D.

University Distinguished Service Professor of Psychiatry alla Johns Hopkins Medical School e dirigente psichiatra emerito al Johns Hopkins Hospital

CHIARIMENTI in risposta a domande riguardanti i punti 3 e 5:

Riguardo al punto 3: "Dov'è che l'APA o il DSM-V indicano che la Disforia di Genere è un disturbo mentale?"

L'APA (American Psychiatric Association) è autore del DSM-V. L'APA afferma che coloro

che vivono un disagio o sono danneggiati dalla propria GD corrispondono alla definizione di un disturbo. Il College of Pediatricians non è a conoscenza di letteratura medica che documenti il caso di un bambino con disforia di genere che richieda ormoni che bloccano la pubertà e non viva un significativo disagio al pensiero di attraversare il normale e sano processo della pubertà.

Dal DSM-V fact sheet:

“L’elemento critico della disforia di genere è la presenza di un disagio clinicamente significativo associato alla condizione”.

“Questa condizione causa un disagio clinicamente significativo o un danno nell’area funzionale sociale, occupazionale o in altra importante area funzionale”.

Riguardo al punto 5: “Dov'è che il DSM-V elenca i tassi di risoluzione della Disforia di Genere?”

A pagina 455 del DSM-V, alla voce “Disforia di Genere in assenza di un disturbo dello sviluppo sessuale” si afferma: “I tassi di persistenza della disforia di genere dall’infanzia all’adolescenza o all’età adulta variano. Nei soggetti nati maschi la persistenza era compresa tra il 2.2% e il 30%. Nei soggetti nati femmine la persistenza è andata dal 12% al 50%”. Una semplice operazione matematica consente di calcolare che per i nati maschi si verifica una risoluzione fino al 100% – 2.2% = 97.8% dei casi (approssimativamente 98% dei ragazzi con confusione di genere). In modo analogo, per i soggetti nati femmine la risoluzione si verifica fino al 100% – 12% = 88% delle ragazze con confusione di genere.

Conclusione: i nostri avversari propugnano un nuovo standard terapeutico privo di basi scientifiche per i bambini con una patologia psicologica (GD) che diversamente si risolverebbe dopo la pubertà per la grande maggioranza dei pazienti interessati. Nello specifico consigliano: conferma dei pensieri dei bambini che sono in contrasto con la realtà fisica; la castrazione chimica di questi bambini prima della pubertà con agonisti GnRH (bloccanti della pubertà che causano infertilità, disturbi della crescita, bassa densità ossea, e un impatto sconosciuto sullo sviluppo cerebrale) e, da ultimo, la sterilizzazione permanente di questi bambini prima dei 18 anni attraverso ormoni del sesso opposto. Incoraggiare i bambini con GD a imitare il sesso opposto e introdurre poi la soppressione puberale, ha un evidente natura di autodeterminazione. Se un ragazzo che si chiede se è o non è un ragazzo (destinato a diventare un uomo)

viene trattato come una ragazza, e poi viene soppresso il suo naturale sviluppo puberale verso la virilità, non abbiamo dato l'avvio a un risultato inevitabile? Tutti i suoi pari dello stesso sesso si sviluppano diventando giovani uomini, le amiche, del sesso opposto, si sviluppano diventando giovani donne, ma lui rimane un ragazzo in fase pre-puberale. Dal punto di vista psicosociale rimarrà isolato e solo. Sarà lasciato con l'impressione psicologica che ci sia qualcosa di sbagliato. Sarà ridotta la sua capacità di identificarsi con i pari dello stesso sesso e di essere maschio, e sarà così più probabile che si auto-identifichi come "non-maschio" o femmina. Inoltre, le neuroscienze rivelano che la corteccia pre-frontale del cervello, che presiede al giudizio e alla valutazione del rischio non è matura fino a un'età intorno ai 25 anni. Non è mai stato più chiaro scientificamente che i bambini e gli adolescenti sono incapaci di prendere decisioni informate riguardo a interventi medici permanenti, irreversibili e che cambiano la vita. Per questa ragione il College of Pediatricians dichiara che promuovere questa ideologia è oltraggioso, in primo luogo e soprattutto per il benessere degli stessi bambini che presentano disforia di genere e in secondo luogo, per tutti i loro pari che non presentano discordanza di genere, molti dei quali metteranno in discussione di conseguenza la propria identità di genere e si troveranno di fronte a violazioni del loro diritto alla privacy e alla incolumità corporea.

Riferimenti:

1. Consortium on the Management of Disorders of Sex Development, “Clinical Guidelines for the Management of Disorders of Sex Development in Childhood.” Intersex Society of North America, Marzo 25, 2006. Consultato il 20/03/16 all'indirizzo http://www.dsdguidelines.org/files/clinical.pdf.

2. Zucker, Kenneth J. and Bradley Susan J. “Gender Identity and Psychosexual Disorders.”FOCUS: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry. Vol. III, No. 4, Autunno 2005 (598-617).

3. Whitehead, Neil W. “Is Transsexuality biologically determined?” Triple Helix (UK), Autunno 2000, p6-8. Consultato il 20/03/16 all'indirizzo http://www.mygenes.co.nz/transsexuality.htm; si veda anche Whitehead, Neil W. “Twin Studies of Transsexuals [Reveals Discordance]” consultato il 20/03/16 all'indirizzo http://www.mygenes.co.nz/transs_stats.htm.

4. Jeffreys, Sheila. Gender Hurts: A Feminist Analysis of the Politics of Transgenderism.

Routledge, New York, 2014 (pp.1-35).

5. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013 (451-459). Si veda p. 455 riguardo ai tassi di persistenza della disforia di genere.

6. Hembree, WC, et al. Endocrine treatment of transsexual persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2009;94:3132-3154.

7. Olson-Kennedy, J and Forcier, M. “Overview of the management of gender nonconformity in children and adolescents.” UpToDate November 4, 2015. Consultato il 20/03/16 all'indirizzo www.uptodate.com.

8. Moore, E., Wisniewski, & Dobs, A. “Endocrine treatment of transsexual people: A review of treatment regimens, outcomes, and adverse effects.” The Journal of Endocrinology & Metabolism, 2003; 88(9), pp3467-3473.

9. Comunicazione sulla sicurezza della FDA rilasciata per i prodotti con testosterone, consultata il 20/03/16 all'indirizzo http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProvider

10. Classificazione del'OMS degli estrogeni come cancerogeni di classe I: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/ageing/cocs_hrt_statement.pdf.

11. Dhejne, C, et.al. “Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden.” PLoS ONE, 2011; 6(2). Affiliazione: Department of Clinical Neuroscience, Division of Psychiatry, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden.Consultato il 20/03/16 all'indirizzo http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0016885.

Copyright © 2016, American College of Pediatricians ®, All Rights Reserved (clicca qui)

Traduzione di Lucia Braghini