



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)





SOMMARIO

Anno XXXII • n. 1 • gennaio – giugno

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata e Diretta da:
Alberto Giannelli

Comitato di Direzione:
Massimo Rabboni (Bergamo)
Massimo Clerici (Monza)

Comitato Scientifico:
Claudio Mencacci (Milano, MI)
Gianluigi Tomaselli (Treviglio, BG)
Giorgio Cerati (Legnano)
Emilio Sacchetti (Brescia)
Silvio Scarone (Milano)
Gian Carlo Cerveri (Milano)
Arcadio Erlicher (Milano)
Simone Vender (Varese)
Antonio Vita (Brescia)
Giuseppe Biffi (Milano)
Mario Ballantini (Sondrio)
Franco Spinogatti (Cremona)
Costanzo Gala (Milano)
Gabiella Ba (Milano)
Cinzia Bressi (Milano)
Claudio Cetti (Como)
Giuseppe De Paoli (Pavia)
Nicola Poloni (Varese)
Antonio Magnani (Castiglione delle Stiviere, MN)
Gianluigi Nobili (Desenzano, BS)
Andrea Materzanini (Iseo, BS)
Alessandro Grecchi (Varese)
Francesco Bartoli (Monza)
Lucia Volonteri (Milano)
Antonino Calogero (Castiglione delle Stiviere, MN)

Segreteria di Direzione:
Giancarlo Cerveri

Art Director:
Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

EDITORE:

Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, 1 - 24127 Bergamo
Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

IN PRIMO PIANO

3 Elogio del silenzio
di Giannelli A.

11 Le sfide della psichiatria
Ricerca, conoscenza e competenza
di Cerveri G., Clerici M., Percudani M.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

15 Un posto per i giovani
Il progetto del Centro Giovani "Ponti" della Asl "Santi Paolo E Carlo" di Milano
di Biffi G., Parabiaghi A., Rigliano P.

30 Adolescenti e identità riflesse
Rischi e potenzialità delle nuove tecnologie
di Bruno D.

37 Operatori psico-socio-sanitari ed eventi traumatici
Esiti di un'indagine sul Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze
di Carnevali S., Lucchini A., Durbano F.

46 Indagine sulla qualità percepita dall'utenza nei Servizi Territoriali Psichiatrici
di Cavallaro S., Frediani G., Biagi M.P., Parini A.M., Migliarese G., Mencacci C.

54 L'impatto delle patologie psichiatriche nei Dipartimenti di Emergenza ospedalieri
di Fraticelli C., Casolaro I., Cattaneo A., Salemi O.

64 L'urgenza psichiatrica nella disforia di genere
di Grecchi A.

74 ADHD e Disturbo da Uso di Sostanze
Peculiarità diagnostiche, cliniche e di trattamento
di Migliarese G., Zita G.

88 L'esperienza budget di salute di comunità dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda con Amicizia Metodologia E Dati Preliminari
di Morganti C., Porcellana M., Biancorosso C., Fontana R., Lanzo F.R., Malchiodi F., Mastromo D., Motto D., Oltolina M., Savino C., Vairelli F., Zanolio A., Percudani M.

95 La salute fisica degli utenti
Obiettivo condiviso da utenti, operatori, familiari
di Porcellana M., Morganti C., Antognoni G., Rapuano A., Lopes C., Maggioni S., Malchiodi F., Oltolina M., Porcu T., Zanolio A., Percudani M.

PSICHIATRIA FORENSE

100 La posizione di garanzia e il medico psichiatra
di Pellegrini P.

OLTRE LO SPECCHIO

111 Qualcuno volò sulla villa
di E.S.

IN COPERTINA: Pietro Baratta, *Saggezza, 1705-08*
Santi Giovanni e Paolo, Venice

©WEB GALLERY OF ART

PSICHIATRIA OGGI

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:

www.psichiatriaoggi.it

L'urgenza psichiatrica nella disforia di genere

Alessandro Grecchi¹

INTRODUZIONE

L'identità di genere non conforme permette di approfondire aree di confine e criticità proprie della cultura della salute mentale.

Tra queste il limite tra normalità e devianza, le difficoltà di accesso a programmi di cura, lo stigma e i conseguenti episodi di discriminazione e violenza, il ruolo delle famiglie e dell'ambiente di vita, la transizione tra l'infanzia l'adolescenza e l'età adulta, l'approccio multidisciplinare e le comorbidità.

La World Psychiatric Association (WPA) considera l'orientamento sessuale come innato e determinato dall'intreccio tra fattori biologici, psicologici e sociali tali da non esitare in disfunzioni psicologiche, disturbi del giudizio o della capacità di agire. Con ciò si attribuisce alla psichiatria la responsabilità sociale di garantire l'accesso a Servizi di cura, la riduzione dello stigma e l'integrazione della popolazione transessuale (WPA, 2016).

La World Professional Association for Transgender Health (WPATH), associazione multidisciplinare la cui mission è la promozione della salute per le persone transgender basata sull'evidenza, ha stilato gli Standards Of Care (SoC) 7° versione per la salute delle persone transessuali, transgender e di genere non conforme fondati sulla migliore scienza possibile e sul consenso di professionisti esperti allo scopo di fornire una guida clinica con percorsi di cura efficaci e sicuri nella disforia di genere (WPATH, 2011).

Lo stigma, la discriminazione, il pregiudizio e gli abusi associati alla non conformità di genere, infatti, possono esitare in uno specifico quadro psicopatologico dominato da ansia e disturbi dell'umore (Institute of Medicine IOM, 2011) che trova la sua cornice teorica nel modello del "Minority Stress" (Meyer, 2003) che descrive il pro-

cesso con cui le minoranze di genere sviluppano strategie di coping maladattative.

Stigma, pregiudizi e abusi di cui non sono stati né sono esenti i medici attraverso pratiche volte a far rigettare la propria identità di genere a favore del sesso di nascita senza fornire la possibilità di scegliere in modo libero e informato (Drescher, 2010). Ciò è ancora presente in molte parti del Mondo (WHO, 2015).

Non sorprende perciò come la lettura della disforia di genere attraverso un paradigma esclusivamente medico e la conseguente attribuzione di criteri diagnostici vengano viste con sospetto.

DEFINIZIONI

L'acronimo LGBTQ (lesbian, gay, transgender, bisexual, queer) identifica un termine collettivo auto-designato per riferirsi a persone attraverso l'identità di genere e la sessualità.

Il termine identità di genere si riferisce al più intimo senso di una persona relativo al proprio genere (IOM, 2011).

Il sesso assegnato alla nascita si basa su caratteristiche cromosomiche ormonali, fisiche e anatomiche.

La maggior parte delle persone si identifica come cisgender che è un termine che descrive la sovrapposizione dell'identità di genere con il sesso.

Per le persone transgender l'identità di genere differisce dal sesso di nascita ed include sia persone che si identificano all'interno di un sistema binario (transgender maschi, transgender femmine) sia persone al di fuori di questo come i bigender (sia maschi che femmine) (APA, 2015) e i genderqueer (si identificano al di fuori della definizione di maschio/femmina) (Budge et al, 2014).

Con il termine di transmasculine spectrum ci si riferisce a persone con identità di genere maschile, transgender uomo, genderqueer o non binario di sesso femminile.

Con il termine di transfeminine spectrum ci si riferisce a persone con un'identità di genere femminile, transgender femmina, genderqueer o non binario di sesso maschile.

È importante non confondere la non conformità di

genere con la disforia di genere. Con la prima si intende il livello fino al quale l'identità di genere di un individuo si differenzia dalle norme culturali comuni per una persona di un determinato sesso (IOM, 2011) mentre con la seconda si intende il malessere o lo stress provocato in una persona dal sentire la propria identità di genere diversa dal sesso assegnato alla nascita (DSM 5, 2013).

Solo alcune tra le persone di genere non conforme presentano disforia di genere nella loro vita e solo alcune avvertono un tale livello di disagio da poter essere diagnosticato come disturbo mentale.

Inoltre è noto che non tutte le persone che sperimentano una non conformità di genere nell'infanzia crescerà come transgender nell'età adulta e da ciò deriva la necessità di valutare come una diagnosi possa impattare sull'individuo in questa fase di crescita e di come costruire servizi specializzati in grado di fornire supporto medico e psicosociale ai bambini e alle loro famiglie (Vargas-Huicochea et al, 2018).

Per favorire il percorso di transizione, nell'International Classification of Disease (ICD), la diagnosi di disturbo dell'identità di genere nell'infanzia, inserita nel capitolo dei disturbi mentali e del comportamento nell'ICD 10, è stata riconcettualizzata in incongruenza di genere nell'infanzia o GIC e inserita nel capitolo sulle condizioni correlate alla salute sessuale nell'ICD 11. Ciò non accade per l'ingruenza di genere nell'adolescenza e nell'età adulta o GIAA.

Questo avrebbe lo scopo di favorire l'educazione dei professionisti e la costruzione di pratiche cliniche evidence based assieme alla possibilità di accesso a servizi dedicati per i bambini e le loro famiglie.

Di contro si obietta che la diagnosi di CIG non sia necessaria in quanto non espressione di una patologia e che quindi non essendoci nulla da trattare l'essere diagnosticati sia dannoso per i bambini (Cabral et al, 2016).

In passato si riteneva che la disforia di genere esistesse unicamente nel contesto di disturbi psicotici o severi disturbi di personalità (Randell, 1959; Lukianowicz, 1962)

mentre oggi, grazie all'esperienza e alla ricerca, si delinea come complessi quadri sintomatologici psichiatrici siano il risultato di una disforia di genere non trattata piuttosto che la causa (Janssen et al, 2018).

DATI EPIDEMIOLOGICI E PUBBLICAZIONI SULL'ARGOMENTO

Non sono presenti dati uniformi sulla popolazione transgender ma si stima che approssimativamente ne vivano circa 1 milione negli Stati Uniti d'America e intorno a 9 milioni in Asia e Sud Pacifico con una prevalenza che varia da Regione a Regione del mondo tra lo 0,1 e il 1,1% (Rawson, 2014; Winter, 2012; Network APT, 2015; UNAIDS, 2014).

Il DSM 5, nel 2013, pubblicava una prevalenza della disforia di genere (GD) approssimativamente tra 0,005-0,0014% e 0,0002-0,003% (APA, 2013).

I dati appaiono comunque sottostimati se rapportati alla realtà globale.

La più vecchia pubblicazione riportabile alla salute mentale nella popolazione transgender risale al 1913 dove, sulla rivista "*Zeitschrift für die gesamte Neurologia und Psychiatrie*", si discuteva sul retroterra psichiatrico del travestitismo.

Da allora il numero di pubblicazioni sull'argomento è cresciuto lentamente dal 1913 al 2004 (meno di 100 articoli per anno) per ampliarsi esponenzialmente a partire dal 2005 con un tasso di crescita dal 2005 al 2017 del 58,5% (30,9% dal 2005 al 2016 e 27,5% tra il 2016 e il 2017) (Sweileh, 2018).

Un elevato numero di pubblicazioni relativo alla salute mentale riguarda tematiche relative all'intolleranza culturale, allo stigma, alla violenza, alla vittimizzazione e alle conseguenze dello stress sociale nel determinare alti tassi di depressione e ideazione suicidaria in confronto alla popolazione cisgender (Carmel et al, 2016; Jaffee et al, 2016; Erickson-Schroth et al, 2016; Fredriksen-Goldsen et al, 2017).

Interessante è la collocazione geografica delle pubblicazioni che vede Paesi come USA, Brasile, Filippine

e Thailandia con un'elevata attività di ricerca derivante, verosimilmente, dall' un'elevata percentuale di transgender all'interno della popolazione generale.

Non sorprende, di contro, che il continente africano e le regioni del Mediterraneo, a causa del proprio background culturale e religioso, presentino dati più limitati se rapportati ai Paesi del Nord Europa (Sweileh, 2018).

SVILUPPO

Maschi e femmine presentano differenze nel cervello che iniziano dalla fase intrauterina e si sviluppano lungo l'arco della vita per stabilizzarsi nell'età adulta (fig.1).

Tra le ipotesi che si ritiene possano condurre a sviluppare l'esperienza transgender potrebbe esserci la disconnessione tra il sesso associato agli organi genitali e il sesso/genere cerebrale dovuto al fatto che mentre lo sviluppo genitale si completa nel primo trimestre quello cerebrale prosegue per tutta la gestazione (Gomez Gil et al, 2010).

Inoltre una componente genetica potrebbe essere strettamente associata laddove i fratelli di persone transgender presentano un cervello “più transgender” rispetto alla popolazione generale di riferimento. Assieme alla genetica con la pubertà abbiamo un'azione ormonale ed esperienziale su un cervello già programmato da far ipotizzare sia un fenotipo lungo un continuum di genere che un mosaico cerebrale attraverso la maggiore o minore mascolinizzazione/femminilizzazione di alcune aree da parte degli ormoni (Nguyen et al, 2018).

Prima della pubertà, se si eccettuano i genitali, le differenze fenotipiche tra maschi e femmine riguardano principalmente il vestirsi, il taglio di capelli e il comportamento.

È con la pubertà, tra i 9-14 anni nel maschio e tra gli 8-12 anni nelle femmine, che può esordire o intensificarsi la disforia di genere.

Nel periodo di transizione dall'adolescenza all'età adulta si evidenziano alti tassi di depressione, ansia,

Figura 1 — (tratto da Nguyen HB et al. *What has sex got to do with it? The role of hormones in the transgender brain. Neuropsychopharmacology*, 0:1–16. 2018)

 Male		 Female
Testosterone and its aromatization to estrogen cause masculinization of the fetal brain	 IN UTERO	Absence of androgen production and estrogen-binding activity of alpha-fetoprotein cause feminization of the fetal brain
<ul style="list-style-type: none"> – More between-network connectivity – Larger grey matter volume – Lower grey matter density 	 ADOLESCENCE	<ul style="list-style-type: none"> – More within-network connectivity – Less grey matter volume – Higher grey matter density
<ul style="list-style-type: none"> – More total brain volume – More grey matter volume – More white matter volume – More cerebrospinal fluid volume – Higher volume of the central subdivision of the bed nucleus stria terminalis – Better visuospatial and mathematical ability – Weaker right-hand preference 	 ADULTHOOD	<ul style="list-style-type: none"> – Less total brain volume – Less grey matter volume – Less white matter volume – Less cerebrospinal fluid volume – Higher proportion of grey matter – Thicker cortex – Higher global cerebral blood flow – Better perceptual speed and fine manual dexterity – Strong right-hand preference

ideazione suicidaria, tentativi di suicidio, autolesionismo e ricoveri psichiatrici rispetto alla popolazione cisgender (Reisner et al, 2014).

La pubertà inizia con l'attivazione dall'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi con la secrezione pulsatile da parte dell'ipotalamo del GnRH che, a cascata, stimola la produzione da parte dell'ipofisi di LH e FSH che indurranno a loro volta le ovaie a produrre estrogeni e i testicoli a produrre androgeni.

Nelle femmine il FSH stimolerà lo sviluppo dei follicoli ovarici mentre nei maschi dei tubuli seminiferi per la produzione di sperma.

Durante la pubertà i maschi sperimentano l'adrenarca ossia un cambiamento del corpo androgeno-dipendente che porta alla comparsa dei caratteri quali ad esempio i peli ascellari, l'aumento della massa muscolare, un odore caratteristico e l'acne e il pubarca ossia lo sviluppo di peli pubici, l'allungamento del pene e l'allargamento dei testicoli.

Le femmine sperimentano il telarca che comporta lo sviluppo del seno e il menarca con la comparsa del ciclo mestruale.

È in questa fascia d'età che si iniziano i primi interventi medici di transizione per i ragazzi che presentano una disforia di genere (SoC, 2011; Hembree et al, 2017). Questi hanno lo scopo di ritardare o invertire i cambiamenti fisiologici nella pubertà e devono considerare l'integrazione tra varie discipline quali medicina, chirurgia e salute mentale (Karasic et al, 2018).

TRANSIZIONE

Gli interventi di transizione si classificano come:

1. reversibili
2. parzialmente reversibili
3. irreversibili

Gli interventi reversibili includono farmaci che hanno lo scopo di inibire l'ingresso nella pubertà tra i quali gli GnRH (antagonisti delle gonadotropine) con lo scopo

di guadagnare tempo per l'esplorazione del proprio genere e maturare una scelta più consapevole verso interventi maggiormente invasivi. Questi hanno l'indicazione nel trattamento della disforia di genere che tende ad aggravarsi in pubertà (WPATH). I protocolli indicano l'inizio della terapia dai 12 anni.

I rischi nel medio-lungo periodo dell'assunzione di questi farmaci riguardano possibili alterazioni nella mineralizzazione ossea, problemi di fertilità, disfunzioni metaboliche e impatto sul neurosviluppo (Janssen et al, 2018).

Gli interventi parzialmente reversibili comprendono quella che viene chiamata Gender Affirming Sex Hormone Therapy o GAHT che include l'uso di testosterone nelle femmine e di estrogeni nei maschi. Queste terapie inducono lo sviluppo di caratteri sessuali secondari associati all'identità di genere della persona.

Il rischio a cui ci si espone se non trattati in precedenza con GnRH è l'ingresso in una seconda pubertà con tutte le conseguenze emotive.

Questi trattamenti, secondo le linee guida WPATH, andrebbero iniziati dai 16 anni previo il consenso informato dei familiari e del paziente stesso.

Particolare attenzione viene posta alle comorbidità psichiatriche che prima dell'inizio dei trattamenti necessitano di essere "well-controlled" come da indicazioni delle SoC.

Ne deriva che condizioni acute quali ideazione suicidaria, recenti ospedalizzazioni psichiatriche, psicosi o mania vanno considerate "uncontrolled".

Di contro manifestazioni che si ritiene collegate alla disforia di genere (depressioni reattive, ansia etc.) possono beneficiare del trattamento.

Ci sono evidenze che la GAHT accresca le somiglianze tra il cervello dell'individuo transeggender e quello del proprio genere di preferenza.

Questa terapia non è scevra di effetti secondari tra i quali abbiamo per gli estrogeni:

- un incremento del rischio tromboembolico
- disturbi cardiaci

- modificazioni dei livelli dei lipidi
- incremento degli enzimi epatici
- calcoli renali
- diabete mellito di tipo II
- ipertensione
- prolattinoma

E per il testosterone:

- aumento ponderale
- policitemia
- peggioramento del profilo lipidico
- incremento degli enzimi epatici

L'ultima linea di trattamenti per la transizione è caratterizzata da quelli irreversibili ossia la chirurgia. Per la top surgery, che include ad esempio interventi al seno, è possibile intervenire prima dei 18 anni (previo consenso informato dei genitori e dei pazienti) così come per gli interventi cosmetici (es. naso). Per la bottom surgery, chirurgia genitale, è richiesta la maggiore età.

A corollario dei trattamenti di transizione è opportuno sottolineare come circa l'80% dei bambini in fase prepuberale che accede a cliniche pediatriche specializzate nell'identità di genere in seguito non si identificherà come transgender ma più comunemente come cisgender o gay (Olson, 2016) e che esiste una quota di transgender che opererà per una "detransizione" (Turban et al, 2018).

LA CLINICA DELL'URGENZA

Nell'acuzie psichiatrica è necessario un intervento terapeutico immediato, ciò implica distinguere cosa necessita di una risposta urgente e cosa non.

È pratica frequente il coinvolgimento dello psichiatra oltre che per interventi urgenti in pazienti con sospetta psicopatologia anche per interventi di altro genere se presentati da pazienti con storia psichiatrica pregressa.

Andrebbero escluse, quindi, le semplici richieste di trattamento come la presenza di un generico bisogno di assistenza e di aiuto che non rifletta la reale presenza di

una condizione psicopatologica acuta.

Nella valutazione delle condizioni che possono favorire l'insorgenza di psicopatologia nella popolazione di genere non conforme o transessuale bisogna includere il "Minority Stress Model" di Meyer (Meyer, 2003).

Questo descrive le tipologie di stress che vengono sperimentate all'interno delle minoranze di genere quali:

- il rifiuto da parte dei familiari e degli amici
- l'anticipazione di nuove esperienze di pregiudizio da parte degli altri
- il nascondere il proprio stato attraverso un costante automonitoraggio per assicurarsi di rispettare i comportamenti generalmente associati al sesso ed evitare la stigmatizzazione
- l'internalizzazione dello stigma

Interventi volti a sostenere la stabilità emotiva assieme a quelli di riduzione dello stigma rappresentano due capisaldi nella gestione di questa tipologia di utenti.

Addentrando nella clinica delle urgenze psichiatriche nella disforia di genere può essere utile una distinzione in:

1. Urgenze Pseudo-Psichiatriche
2. Urgenze Sociali
3. Urgenze Psichiatriche

Le Urgenze pseudo-psichiatriche sono condizioni ad eziologia prevalentemente somatica (es. sindromi iatrogene da terapia ormonale) ma ad espressione somatica o comportamentale.

La diagnosi differenziale nel contesto dell'urgenza può essere difficoltosa e richiede un'anamnesi accurata e l'uso di accertamenti di tipo internistico.

Queste rappresentano urgenze che necessitano di una risposta medica.

Per comprendere più chiaramente cosa si possa intendere con queste definizioni possiamo considerare come ad esempio la corteccia prefrontale, sito della modulazione degli estrogeni sulle funzioni esecutive, sia necessaria per processi cognitivi come l'attenzione sostenuta, la working

memory, la pianificazione e l'organizzazione.

La perdita di estradiolo nelle donne cisgender porta ad un rischio significativo di comorbidità età-correlate quali demenza, depressione maggiore e disturbi delle funzioni esecutive (Epperson et al, 2015; Shuster et al, 2010; Dokras et al, 2018).

Se lo stesso sia valido anche per individui FTM (female to male) non è noto ma alte dosi di testosterone diminuiscono in modo variabile la produzione endogena di estradiolo lasciando questi individui in un possibile stato ipoestrogenico. Mentre nei maschi cisgender il testosterone viene aromatizzato in estrogeni nel sistema nervoso centrale non è chiaro se ciò accada anche in individui FTM a sufficienza per estrogenare il cervello.

La conoscenza di alcuni di questi aspetti può risultare importante in una diagnosi differenziale al fine di inviare il paziente verso il percorso di cura più adeguato.

Le Urgenze Sociali si verificano all'interno del gruppo familiare, dell'ambiente lavorativo o in piccole comunità in cui un conflitto interpersonale o un evento sociale (es. perdita dell'alloggio) produce una tensione particolarmente elevata.

Necessitano di una risposta sociale e/o assistenziale.

La popolazione transgender sperimenta difficoltà economiche, problemi legali, barriere nell'accesso alle cure, scarso supporto familiare e comportamenti sessuali a rischio (Garofalo et al, 2006).

Come conseguenza abbiamo alti tassi di infezione da HIV e di altre malattie a trasmissione sessuale, di problematiche mediche quali ipertensione, dislipidemia, di uso di sostanze e alcolici, di depressione e di suicidi superiore alla popolazione cisgender di riferimento oltre a sperimentare bullismo, molestie, violenze, discriminazione e rifiuto familiare (Reisner et al, 2015; Hendricks et al, 2012).

Tra i fattori primariamente implicati nelle difficoltà di accesso ai servizi sanitari e di salute mentale c'è la condizione di senza fissa dimora o di instabilità abitativa che spesso consegue alla stigmatizzazione che produce un trattamento

diseguale rispetto ai cisgender (Grant et al, 2015).

Per quanto riguarda le urgenze psichiatriche propriamente intese il fenomeno che maggiormente sembra essere rappresentato in un setting d'urgenza è il NSSI (nonsuicidal self injury) descritto nel DSM 5 (WPA, 2013) tra le condizioni che richiedono ulteriori approfondimenti. Le forme più comuni del quale sono il cutting, lo sbattere o colpire parti del proprio corpo e le bruciature (Klonsky, 2007).

Si associa a depressione, ansia, abuso di sostanze e suicidalità (Nock et al, 2006; Dougherty et al, 2009).

Rispetto alla suicidalità va distinta come condizione separata e non come una variazione di intensità della medesima (Wichstrom et al, 2009).

Il NSSI si caratterizza per assolvere a tre bisogni dell'individuo (APA; 2013):

- ottenere sollievo da sentimenti negativi
- risolvere difficoltà interpersonali
- indurre uno stato affettivo positivo

La prevalenza di questo disturbo nella popolazione LGTB è:

- 5-47% lesbiche, gay e bisessuali
- 17-42% transgender
- 3-15% nella popolazione eterosessuale

La sottopopolazione LGTB a maggior rischio per sviluppare queste modalità è quella che non si riconosce all'interno di un sistema binario.

Fattori di rischio specifici alla popolazione LGTB sono: molestie, vittimizzazione o discriminazione dovuto all'orientamento sessuale e/o di genere, l'occultamento del proprio orientamento sessuale o dell'identità di genere, la svalutazione da parte degli altri dell'orientamento o dell'identità di genere e l'omofobia.

Il trattamento della sottostante disforia di genere determina un miglioramento complessivo se questa è la causa primaria dei comportamenti disfunzionali.

La seconda urgenza principalmente rappresentata

nella popolazione transgender è l'abuso di alcolici e di sostanze rilevante già dall'adolescenza (IOM, 2011) con un consumo di tipo binge drinking (James et al, 2015).

Tra le modalità di coping maladattativo teorizzate dal Minority Stress Model è incluso l'uso di sostanze e alcolici (Meyer, 2003; Hendricks et al, 2012; Rowe et al, 2015).

La popolazione transgender è a rischio di violenza fisica, sessuale e verbale, l'uso di quantitativi di alcolici e sostanze associati alla conseguente disinibizione incrementano questo rischio (Coulter et al, 2015; Coulter et al, 2016; Crane et al, 2016).

Il sesso e il genere sono fattori chiave nell'assessment del rischio di abuso di alcolici e sostanze. Fattori biologici quali il profilo ormonale, la composizione della massa muscolare, la distribuzione dell'adipe e il contenuto di acqua corporea influiscono sul metabolismo di alcool e sostanze reazione per cui è necessaria una valutazione circa eventuali trattamenti in corso (es. GAHT).

La popolazione transgender sperimenta nel corso della vita alti livelli di ansia e depressione (Spack et al, 2012; Reisner et al, 2015).

Già in adolescenza il 21% di questa popolazione presenta una diagnosi di disturbo d'ansia e la disforia di genere si correla a questi alti tassi di patologia. Come conseguenza il trattamento della disforia di genere si associa ad una remissione sintomatologica (De Vries et al, 2014).

Il rischio di sviluppare un disturbo depressivo maggiore nei transgender è da 2 a 3 volte superiore a quello della popolazione cisgender di riferimento mentre quello di sviluppare un disturbo bipolare o dello spettro psicotico è identico (Dhejne et al, 2016).

Riveste un ruolo determinante riuscire a discriminare se la condizione depressiva sia la conseguenza di un Disturbo Depressivo Maggiore, di un Disturbo dell'Adattamento, di un Disturbo Bipolare o se sia conseguenza di una Disforia di Genere (Janssen et al, 2018). Il concomitante trattamento della disforia di genere sottostante consente una remissione sintomatologica (Janssen et al, 2018).

Anche i tassi di psicosi all'interno di individui con

disforia di genere non sono maggiori rispetto alla popolazione generale (Dhejne et al, 2016).

Ovviamente è importante una valutazione dell'impatto della terapia ormonale sui sintomi psicotici: alti dosaggi di testosterone senza monitoraggio potrebbero indurre sintomi psicotici mentre gli estrogeni potrebbero svolgere un ruolo protettivo (Janssen et al, 2018).

Per quello che concerne lo spettro autistico (ASDs), invece, vi è una crescente evidenza di una relazione bidirezionale con la disforia di genere (De Vries et al, 2010).

Ad esempio la concomitanza tra disforia di genere e ADHD può impattare sul funzionamento emotivo e sociale e portare a difficoltà nell'inibire gli impulsi a esprimere la propria identità di genere con conseguenze stigmatizzanti e di rifiuto da parte dei pari.

CONCLUSIONE

In conclusione sappiamo che se ben seguito il percorso di transizione può ridurre la disforia di genere nella misura dell'80% e che il trattamento della disforia di genere migliora le comorbidità psichiatriche nel 78% dei casi (Murad, 2010).

Nel percorso dell'urgenza è quindi necessario:

- riconoscere la tipologia di urgenza da trattare
- valutare in quale fase di transizione si trovi il paziente
- valutare la copresenza di una disforia di genere non trattata

Tale valutazione diviene necessaria nella scelta del trattamento farmacologico o non farmacologico più adeguato.

AFFERENZA DELL'AUTORE:

I. Psichiatra ASST-Santi Paolo e Carlo PO San Carlo Borromeo

BIBLIOGRAFIA

1. World Psychiatric Association. *WPA position statement on gender identity and same-sex orientation, attraction and behaviours*. 2016.
2. World Professional Association for Transgender Health. *Standard of Care (SoC) 7th edition*. WAPTH, 2011.
3. Institute of Medicine (IOM). *The health of lesbian, gay, bisexual and transgender people: Building a foundation for better understanding*. IOM, 2011.
4. Meyer HM. *Prejudice, Social Stress and Mental Health in Lesbian, Gay and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence*. Psychol Bull Vol 129(5) 674–697 Sep 2003.
5. Drescher J. *Transsexualism, Gender Identity Disorder and the DSM*. Journal of Gay and Lesbian Mental Health, 14: 2, 109-122. 2010.
6. World Health Organization. *Transgender People and HIV*. WHO, 2015.
7. American Psychiatric Association. *DSM 5 (5th edition)*. APA, 2013.
8. Budge SL, Rossman KH, Howard KAS. *Coping and psychological distress among genderqueer individuals: the moderating effect of social support*. Journal of LGTB Issues in Counseling 8(1),95-117, 2014.
9. Vargas-Huicochea I, Robles R, Real T, Fresà A, Cruz-Islas J, Vega-Ramires H, Medina-Mora ME. *A Qualitative Study of the Acceptability of the Proposed ICD-11 Gender Incongruence of Childhood Diagnosis Among Transgender Adults Who Were Labeled Due to Their Gender Identity Since Childhood*. Arch Sex Behav. 47(8): 2363-2374. Nov 2018.
10. Cabral M, Suess A, Ehrt J, Seehole TJ, Wong J. *Removal of gender incongruence of childhood diagnostic category: a human right perspective*. The Lancet Psychiatry 3(5), 405-406, 2016.
11. Randell J. *Transvestitism and trans-sexualism*. BMJ, 2, 1448–1452, 1959.
12. Lukianowicz N. *Transvestite episode in acute schizophrenia*. Psychiatric Quarterly, 36, 50-56, 1962.
13. Janssen A, Leibowitz S. *Affirmative Mental Health Care for Transgender and Gender Diverse Youth*. A Clinical Guide. Springer, 2018.
14. Rawson K, Williams C. *Transgender*: the rhetorical landscape of*. Present Tense, 3(2), 2014.
15. UNAIDS. *The Gap Report*. Unaid.org, 2014.
16. Asian Pacific Transgender Network. *Legal Gender Recognition*. Undp.org. 2015.
17. Winter S. *Lost In Transition: Transgender People, Rights and HIV Vulnerability in the Asian Pacific Region*. APT network. Undp.org. 2012
18. Sweileh WM. *Bibliometric analysis of peer-reviewed literature in transgender health (1900–2017)*. BMC International Health and Human Rights. 18:16, 2018.
19. Carmel TC, Erickson-Schroth L. *Mental Health and the Transgender Population*. J Psychosoc Nurs Mental Health Serv. Dec 1; 54(12):44–48. 2016.
20. Jeffee KD, Shires DA, Strumsa D. *Discrimination and Delayed Health Care Among Transgender Women and Men: Implication for Improving Medical Education and Health Care Delivery*. Med Care. 54(11):1010–1016. 2016.
21. Erickson Schorth L, Carmael TC. *Transgender Mental Health*. Psychiatric Annals, 46(6): 330-331. 2016.
22. Fredriksen-Goldsen KI, Kim HJ, Bryan AEB, Shiu C, Emlert CA. *The cascading effects of marginalization and pathways of resilience in attaining good health among LGTB older adults*. The gerontologist, 57(supp.1), 2017.
23. Gómez-Gil E, Esteva I, Almaraz MC, Pasaro E, Segovis S, Guillamon A. *Familiarity of Gender Identity Disorder in non-twins Siblings*. Arch Sex Behav. 39(2):546-52. 2010.
24. Nguyen HB, Laughead J, Lipner E, Hantsoo L, Kornfield SL, Epperson NC. *What has sex got to do with it? The role of hormones in the transgender brain*. Neuropsychopharmacology, 0:1–16. 2018.
25. Reisner SL, White JM, Bradford JB, Mimiaga MJ. *Transgender Health Disparities: comparing full cohort and nested matched-pair study designs in a community health center*. LGTB Healyh, 1(3): 177-184, 2014.
26. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema

- SE, Meyer WJ, Murad MH, Rosenthal SM, Safer JD, Tangpricha V, T'Sjoen G. *Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline*. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, Vol 102, Issue 11, 2017.
27. Karasic DH, Fraser L. *Multidisciplinary Care and the Standards of Care for Transgender and Gender Nonconforming Individuals*. Clin Plas Surg 45: 295-299. 2018.
28. Olson KR. *Prepubescent transgender children: what we do and do not know*. J Am Acad Child Adoles Psychiatry. 55:155-156, 2016
29. Turban JL, Keuroghlian AS. *Dynamic Gender Presentation: Understanding Transition and "De-Transition" among Transgender Youth*. J Am Acad Child Adoles Psychiatry. 57:451-453, 2018.
30. Epperson CN, Shanmugan S, Kim DR, Mathews S, Czarkowski KA, Bradley NJ et al. *New onset executive function difficulties at menopause: a possible role for lisdexamfetamine*. Psychopharmacol (Ber). 232(16): 3091-3100, 2015.
31. Shuster LT, Rhodes DJ, Gostout BS, Grossardt BR, Rocca WA. *Premature menopause or early menopause: long term health consequences*. Maturitas, 65(2):161-166, 2010.
32. Dokras A, Stener-Victorin E, Yildiz BO, Li R, Ottey S, Shah D, Epperson N, Teede H. *Androgen Excess- Polycystic Ovary Syndrome Society: position statement on depression, anxiety, quality of life, and eating disorders in polycystic ovary syndrome*. Fertil Steril. 109(5):888-99, 2018.
33. Garofalo, R., Deleon, J., Osmer, E., Doll, M., Harper, G.W. *Overlooked, misunderstood and at-risk: exploring the lives and HIV risk of ethnic minority male-to-female transgender youth*. J. Adolesc. Health 38, 230-236, 2006.
34. Reisner, S.L., Greytak, E.A., Parsons, J.T., Ybarra, M.L. *Gender minority social stress in adolescence: disparities in adolescent bullying and substance use by gender identity*. J. Sex Res. 52, 243-256, 2015.
35. Hendricks, M.L., Testa, R.J. *A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: an adaptation of the Minority Stress Model*. Prof. Psychol. Res. Pract. 43, 460-467, 2012.
36. Grant, B.F., Goldstein, R.B., Saha, T.D., Chou, S.P., Jung, J., Zhang, H., Pickering, R.P., Ruan, W.J., Smith, S.M., Huang, B., Hasin, D.S. *Epidemiology of DSM-5 alcohol use disorder: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions III*. JAMA Psychiatry 72, 757-766, 2015.
37. Klonsky E. *The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence*. Clinical Psychology Review 27, 226-239, 2007.
38. Nock MK, Joiner TE Jr, Gordon KH, Lloyd-Richardson E & Prinstein MJ. *Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts*. Psychiatry Research 144, 65-72, 2006.
39. Dougherty DM, Mathias CW, Marsh-Richard DM, Prevetie KN, Dawes MA, Hatzis ES, Palmes G & Nouvion SO. *Impulsivity and clinical symptoms among adolescents with non-suicidal self-injury with or without attempted suicide*. Psychiatry Research 169, 22-27, 2009.
40. Wichstrom L. *Predictors of non-suicidal self-injury versus attempted suicide: similar or different?* Archives of Suicide Research 13, 105-122, 2009.
41. James, S.E., Herman, J.L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., Ana M. *The Report of the 2015 US Transgender Survey*. National Center for Transgender Equality, Washington, DC. 2016.
42. Rowe, C., Santos, G.M., McFarland, W., Wilson, E.C. *Prevalence and correlates of substance use among trans*female youth ages 16-24 years in the San Francisco Bay Area*. Drug Alcohol Depend. 147, 160-166, 2015.
43. Hendricks, M.L., Testa, R.J. *A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: an adaptation of the Minority Stress Model*. Prof. Psychol. Res. Pract. 43, 460-467, 2012.
44. Coulter, RWS, Blossnich, JR, Bukowski, LA, Herrick, AL, Siconolfi DE, Stall RD. *Differences in alcohol use and alcohol-related problems between transgender- and nontransgender-identified young adults*. Drug Alcohol Depend. 154, 251-259, 2015.

-
45. Coulter, R.W.S., Birkett, M., Corliss, H.L., Hatzenbuehler, M.L., Mustanski, B., Stall, R.D. *Associations between LGBTQ-affirmative school climate and adolescent drinking behaviors.* Drug Alcohol Depend. 161, 340–347, 2016.
 46. Crane, C.A., Godleski, S.A., Przybyla, S.M., Schlauch, R.C., Tešta, M. *The proximal effects of acute alcohol consumption on male-to-female aggression: a meta-analytic review of the experimental literature.* Trauma Violence Abuse 17, 520–531, 2016.
 47. Reisner SL, Greytak EA, Parsons JT, Ybarra ML. *Gender minority social stress in adolescence: disparities in adolescent bullying and substance use by gender identity.* J Sex Res;52:243e56, 2015.
 48. Spack NP, Edwards-Leeper L, Feldman HA, Leibowitz S, Mandel F, Diamond DA & Vance SR *Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center.* Pediatrics 129, 418–425, 2012
 49. De Vries AL, McGuire JK, Steensma TD, Wagenaar ECF, Doreleijers AH, Cohen-Kettenis PT. *Young Adult Psychological Outcome After Puberty Suppression and Gender Reassignment.* Pediatrics, 134;696. 2014.
 50. Dhejne C, Van Vlerken R, Heylens G, Arcelus J. *Mental Health and gender dysphoria: a review of the literature.* International review of psychiatry. 28(1):44-57. 2016.
 51. De Vries AL, Noens IL, Cohen-Kettenis P T, Van Berckelaer-Onnes I A, Doreleijers, TA. *Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents.* Journal of Autism and Developmental Disorders, 40(8), 930–936. 2010.
 52. Murad MH, Elamin MB, Garcia MZ, Mulla RJ, Murad A, Erwin PJ, Montori VM. *Hormonal Therapy and sex reassignment: a systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes.* Clinical Endocrinology 72(2): 214-231. 2010

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:
 1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombardia
della Società Italiana di Psichiatria

Presidenti:

Mauro Percudani e Massimo Clerici

Segretario:

Carlo Fraticelli

Vice-Segretario:

Giovanni Migliarese

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli

Consiglieri eletti:

Mario Ballantini
Franco Spinogatti
Gianmarco Giobbio
Luisa Aroasio
Carla Morganti
Federico Durbano
Alessandro Grecchi
Camilla Callegari
Antonio Magnani
Laura Novel
Pasquale Campajola
Giancarlo Belloni
Marco Toscano
Antonio Amatulli
Caterina Viganò

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Francesco Bartoli
Giacomo D'Este
Filippo Dragona
Claudia Palumbo
Lorenzo Mosca
Matteo Rocchetti

Membri di diritto:

Claudio Mencacci
Giancarlo Cerveri
Emi Bondi
Pierluigi Politi
Emilio Sacchetti

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi
Massimo Rabboni