

Dilemmi e controversie nell'inquadramento diagnostico delle identità *transgender* e delle identità di genere non conformi

di Paolo Valerio e Paolo Fazzari

In questo lavoro viene ricostruito il complesso dibattito e le controversie che stanno animando la comunità scientifica internazionale, e non solo, sul processo di (ri)definizione dei criteri che guidano la formulazione delle diagnosi riguardanti i soggetti che manifestano identità *transgender* o *identità di genere non conformi* e sull'opportunità di ritenere le diagnosi che riguardano questa popolazione di soggetti.

Il Manuale statistico e diagnostico dei disturbi mentali (DSM-5), con l'introduzione della diagnosi di *Disforia di genere*, ha accolto alcune delle richieste avanzate da parte del mondo dell'attivismo *trans**. Similmente, sono attese alcune modifiche in vista della pubblicazione della undicesima versione della Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari (ICD-11), la quale potrebbe introdurre la diagnosi di *Incongruenza di genere* e spostare tale diagnosi da una sezione dedicata ai *disturbi mentali* a una sezione dedicata alle condizioni mediche.

Sebbene la possibilità di classificare l'*incongruenza di genere* tra le condizioni di *interesse medico*, piuttosto che tra le diagnosi di interesse psichiatrico/psicologico-clinico, può garantire l'attuale sistema di accesso alle terapie mediche e, al contempo, contribuire al processo di *de-patologizzazione* dell'identità di genere, occorre tenere conto del fatto che la presenza di queste diagnosi continua a rendere *medicalizzata* l'area del corpo e dell'identità di tali persone.

Certamente, allo stato attuale delle nostre conoscenze, la *de-patologizzazione* delle identità *transgender* e delle identità di genere non conformi, può contribuire a migliorare la condizione delle persone *transgender*, aiutando a ridurre i processi di *stigma sociale* e di *stigma strutturale* perpetrati nei confronti di questi soggetti.

1. Il dibattito sulla *de-patologizzazione* delle identità *transgender* e le identità di genere non conformi

Il costante processo di revisione e aggiornamento

dei principi che guidano la formulazione delle diagnosi utilizzate nei confronti di soggetti che manifestano *identità transgender* e *identità di genere non conformi*¹, come attestato dagli slittamenti e dai rimaneggiamenti operati sul sistema di classificazione

1. Secondo la American psychological association, le locuzioni *identità transgender* e *identità di genere non conformi* devono essere intese come "termini ombrello" per descrivere, nel modo più ampio e inclusivo possibile, le persone la cui espressione di genere, o identità di genere, risulta non allinearsi completamente ai canoni di comportamento del sesso assegnato alla nascita e previsti dalle norme di genere presenti in una determinata cultura (cfr. American psychological association, 2015; WPATH, 2012). Sinonimo di tali espressioni è anche la locuzione "varianti di genere" (Meyer-Bahlburg, 2010) con la quale ci si riferisce, comunemente, in un senso molto ampio e generico, alla definizione di spazi di esistenza che trovano posto al di là del rigido *binarismo* di genere maschile/femminile (cfr Vitelli, Fazzari e Valerio, 2013).

del Manuale statistico e diagnostico dei disturbi mentali (DSM)² o della Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari (ICD)³, testimonia quanto le nostre conoscenze, in questo campo, siano ancora molto controverse e spesso accompagnate da disinformazione e pregiudizio (Drescher, Cohen-Kettenis & Winter, 2012).

I criteri diagnostici utilizzati per definire la *Disforia di genere* all'interno del DSM-5 (American psychiatric association), che ha sostituito la precedente diagnosi di *Disturbo dell'identità di genere* (DIG) del DSM-IV, nonché la proposta di inserire la diagnosi di *Incongruenza di genere* nella undicesima versione del ICD (ICD-11), che potrebbe sostituire il gruppo dedicato alla diagnosi di *Disturbo dell'identità di genere* del ICD-10, sollevano ancora numerose criticità, impegnando i professionisti della salute mentale e le associazioni composte da persone trans*⁴ e della comunità LGBT⁵ che attivamente stanno partecipando a questo dibattito.

Il dilemma che attualmente si pone alla comunità scientifica (Bockting, 2009a; Drescher 2014) è se occorra eliminare completamente le categorie diagnostiche connesse alle identità *transgender* e alle identità di genere non conformi, all'interno del DSM e del ICD, o se queste vadano invece conservate applicando delle modifiche.

A sostegno dell'ipotesi di una completa abolizione di qualsiasi categoria diagnostica connessa all'identità di genere dal DSM e dal ICD, vi è la tesi secondo cui la conservazione delle diagnosi implicherebbe, di per sé, il mantenimento di una visione *patologizzante*⁶ delle identità *transgender* dal punto di vista medico e psicologico-clinico. Secondo gli estensori delle proposte in favore di una completa eliminazione di queste diagnosi, infatti, andrebbe ripercorso lo stesso processo di *de-patologizzazione* applicato nei confronti della diagnosi di *omosessualità*, quando questa fu espunta dal DSM a partire dalla sesta ristampa del DSM-II nel 1973 (Drescher, 2015, Meyer-Bahlburg, 2010).

Viceversa, coloro i quali sostengono che sia perseguibile l'ipotesi di un aggiornamento e di un riadattamento degli attuali criteri di classificazione, attraverso una diversa dislocazione di tali diagnosi all'interno di questi Manuali⁷, o introducendo una terminologia più neutrale e meno *stigmatizzante*, affermano che la conservazione di tali diagnosi è l'unica soluzione che può tutelare il diritto di accesso alle cure e garantire il sostegno economico previsto, in alcuni Paesi, dalle compagnie assicurative. In tal senso, infatti, il diritto al riconoscimento di un intervento sanitario è sancito proprio in conseguenza della presenza di una diagnosi specifica-

2. Il Manuale statistico e diagnostico dei disturbi mentali, noto più semplicemente come DSM, è la traduzione italiana di *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Il DSM, giunto oggi alla quinta edizione (DSM-5) e la cui prima edizione è datata 1952, è divenuto, attualmente, uno dei sistemi diagnostici per categorizzare i disturbi mentali più utilizzati al mondo. Prodotto dalla *American psychiatric association*, scritto originariamente con l'obiettivo di favorire l'adozione a livello internazionale di una terminologia condivisa tra i ricercatori, in particolare a partire dalla terza edizione, si è progressivamente diffuso come strumento di supporto all'intervento clinico (Vitelli *et al.*, 2013).

3. A partire dalla seconda metà del secolo scorso l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) ha elaborato differenti strumenti di classificazione inerenti l'osservazione e l'analisi delle patologie organiche, psichiche e comportamentali delle popolazioni, al fine di migliorare la qualità della diagnosi di tali patologie.

La prima classificazione elaborata dall'OMS, *La classificazione internazionale delle malattie* (ICD, 1970) risponde all'esigenza di cogliere la causa delle patologie, fornendo per ogni sindrome e disturbo una descrizione delle principali caratteristiche cliniche ed indicazioni diagnostiche. L'ICD si delinea quindi come una classificazione causale, focalizzando l'attenzione sull'aspetto eziologico della patologia. Le diagnosi delle malattie vengono tradotte in codici numerici che rendono possibile la memorizzazione, la ricerca e l'analisi dei dati.

4. Termine generico che si riferisce a tutte le identità all'interno dello spettro identità di genere. Ci sono molte varietà nelle diverse identità, per raggrupparle tutte insieme (ad es. diciamo "questioni trans*"). In questo modo, trans (senza l'asterisco) può essere utilizzato intenzionalmente per descrivere gli uomini trans e donne trans, mentre l'asterisco rende nota speciale nel tentativo di includere tutti i transgender, non binario, e di genere non conforme identità, tra cui (ma non solo) transgender, transessuali, travestiti, genderqueer, genderfluid, genderfuck, senza genere, Agender, non di genere, il terzo genere, a due spirito, bigender, e l'uomo e la donna trans trans.

5. La sigla LGBT è un acronimo indicante Lesbiche, Gay, Bisessuali e Transgender.

6. Per una trattazione più ampia del concetto di patologizzazione/de-patologizzazione, nonché per la definizione di "disturbo mentale", in relazione alle identità *transgender* e le identità di genere non conformi, si rinvia al lavoro di Vitelli, Fazzari e Valerio (2013) e al lavoro di Valerio e Fazzari (2012).

7. Tale raccomandazione è specificamente connessa al dibattito sulla conservazione della diagnosi e le eventuali modifiche da apportare all'ICD-11. Infatti, per quanto attiene al DSM, non risulta valida l'ipotesi di uno spostamento dal momento che esso è interamente dedicato alla definizione e raccolta dei criteri diagnostici riguardanti i *disturbi mentali*; viceversa, l'ICD accoglie delle sezioni dedicate, ad esempio, alle diagnosi connesse a "fattori influenzanti lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari", attualmente rubricate come "codici z" che permetterebbero di formulare una diagnosi in relazione ad episodi di stigma e di discriminazione (Drescher, Cohen-Kettenis & Winter, 2012). Vedi paragrafo 3.

tamente dedicata a tali condizioni. I sostenitori di questa seconda opzione, altresì, sono a favore della conservazione della componente medico-sanitaria che riguarda tali condizioni, dal momento che, spesso, i trattamenti riguardano il corpo nella sua dimensione biologica, sulla quale si può intervenire con terapie ormonali o eventualmente chirurgiche, sottolineando, dunque, come il processo di transizione riguardi un adattamento della sfera somatica all'identità di genere percepita (Bockting, 2009a). L'ipotesi di una inclusione di tali diagnosi all'interno del gruppo dedicato alle condizioni mediche per descrivere le identità *transgender* e le identità di genere non conformi, in luogo della diagnosi di disturbo mentale, tuttavia, non sembra essere del tutto risolutiva dal momento che non tutte le persone *transgender* effettuano una richiesta di modificazione, ormonale o chirurgica, dei propri caratteri sessuali.

Un aspetto cruciale dell'attuale dibattito riguarda, dunque, la questione su come garantire il sostegno sanitario ed economico per coloro i quali necessitano di interventi medici per affrontare il *percorso di transizione* e, allo stesso tempo, lavorare per la *de-patologizzazione* delle *identità transgender* e delle *identità di genere non conformi*. Recentemente, la *World professional association for transgender health* ha affermato, a tale proposito, che le identità *transgender* devono essere considerate come variazioni normali del comportamento e dell'espressione di genere e, di conseguenza, le diverse possibili espressioni di genere, incluse le identità che non sono allineate in modo stereotipato al sesso attribuito alla nascita, non devono essere considerate come intrinsecamente negative o patologiche (WPATH, 2010). Pertanto, essere *transgender* o una persona che manifesta un'identità di genere non conforme, solleva delle questioni riguardanti il tema della diversità e la specificità dell'identità di ciascuno e non deve essere considerata, in quanto tale, una condizione patologica (WPATH, 2012).

Come vedremo, il processo di revisione dei criteri del DSM, avviato dalla *American psychiatric association* a partire dal 2008, e conclusosi nel 2013 con la pubblicazione della quinta edizione del DSM (DSM-5), ha portato a conservare una diagnosi connessa all'identità di genere, sotto la definizione di *Disforia di genere*. Gli estensori del manuale hanno optato per l'eliminazione della parola "disturbo", presente nella precedente definizione, mostrando la ricezione, seppur parziale, della richiesta di de-patologizzazione avanzata dai diversi *stakeholders*. Similmente, è attualmente in corso il processo di revisione dei criteri del ICD, in vista della pubblicazione del ICD-11, da parte dell'Organizzazione mondiale della sanità. Il gruppo di lavoro, dedicato alla Classi-

ficazione dei disturbi sessuali e della salute sessuale, sta valutando l'opportunità di conservare o rigettare tali diagnosi (Drescher, Cohen-Kettenis & Winter, 2012) e, allo stato attuale, appaiono condivisibili le considerazioni pubblicate da parte del gruppo di lavoro sulla necessità di accantonare i *modelli* che mirano all'inquadramento psicopatologico dell'identità delle persone *transgender*, i quali risultano per lo più fondati sul concetto di *deviazione sessuale* prodotto all'interno della ricerca medica e psichiatrica di fine 800 e inizio 900. Secondo il gruppo di lavoro, infatti, occorre favorire, viceversa, i modelli teorici che maggiormente riflettono le evidenze scientifiche più aggiornate, maggiormente orientati allo sviluppo e all'attuazione di buone pratiche, maggiormente sensibili nei confronti delle necessità, delle esperienze e dei diritti umani, consapevoli della vulnerabilità di questa popolazione, e che, infine, possono offrire un maggiore supporto per l'accesso a servizi di cura di alta qualità (Drescher, Cohen-Kettenis & Winter, 2012). Le proposte, in vista della pubblicazione del ICD-11 sono quelle di modificare la diagnosi di disturbo dell'identità di genere in "Incongruenza di genere", spostare tale diagnosi dalla sezione dedicata ai disturbi mentali e comportamentali verso una sezione dedicata alla salute sessuale e mantenere, accanto alla diagnosi per gli adulti, una diagnosi per gli adolescenti e una diagnosi per i bambini prepuberi.

Come emerge da tali proposte i benefici del mantenimento di una diagnosi risultano connessi alla possibilità di garantire, primariamente, l'accesso alle cure dal momento che, una volta completata la rimozione di ogni diagnosi connessa all'identità di genere, vi è il rischio che venga reso ulteriormente difficile l'accesso ai trattamenti medico-sanitari per questa popolazione di soggetti e, in alcuni Paesi, vi è il rischio della perdita del sostegno economico (o, eventualmente, la copertura assicurativa, dove previsto) necessario per affrontare tali percorsi.

È su tali questioni che il presente contributo intende soffermarsi: nel prossimo paragrafo sarà ricostruita una breve storia della classificazione diagnostica dell'identità di genere; in seguito, sarà ripercorsa, molto brevemente, la storia delle classificazioni prodotte dal Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM) e della Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari (ICD) per definire le identità *transgender*; infine, saranno discusse le più recenti proposte a favore della de-patologizzazione delle identità *transgender* e le identità di genere non conformi in relazione alle questioni recentemente sollevate circa i processi di *stigma sociale* e *stigma strutturale*.

2. Breve storia della classificazione diagnostica dell'identità di genere

La produzione di modelli di indagine, teorizzazioni scientifiche e classificazioni diagnostiche connesse ai fenomeni concernenti le identità *transgender* e le identità di genere non conformi, all'interno delle società occidentali, ha avuto inizio durante la seconda metà del XIX secolo. Prima di questo periodo storico, infatti, non erano impiegati terminologie scientifiche per definire i concetti relativi alla sessualità o all'identità di genere; tuttavia, quando la medicina avvia una più sistematica indagine, i concetti di *omosessualità* e *identità di genere* vengono inizialmente giustapposti e considerati come intrinsecamente psicopatologici (Drescher, 2010; Kennedy, 1997) poiché in opposizione con il modello culturale fondato sul modello di genere binario⁸.

La definizione del concetto stesso di *omosessualità*, e il suo inquadramento diagnostico come patologia, è sostenuto, ad esempio, dallo psichiatra Krafft-Ebing, tra i primi a documentare i casi di individui che desiderano vivere come persone del “sesso opposto” e di altri individui che, invece, stanno già vivendo e comportandosi in un genere diverso dal sesso attribuito alla nascita. Nella sua *Psychopathia sexualis* (Krafft-Ebing, 1886), propone il concetto di “metamorfosi sessuale paranoide” per descrivere i casi di alcune persone che, intanto, iniziano ad inviargli delle lettere per condividere le proprie esperienze. Oltre a Krafft-Ebing, in tale momento storico, altri ricercatori tentano di individuare una spiegazione scientifica per giustificare tali esperienze approfondendo i concetti di *istinto* e *pulsione*, concetti a cui viene affidato il compito di spiegare questo rivolgimento dei sentimenti sessuali. Carl Westphal⁹ propone il concetto di *conträre sexuellempfindung*, ipotizzando la presenza di una *sensibilità sessuale invertita*; Freud, nel 1905, propone una sua teoria della sessualità formalizzandola nei tre saggi sulla teoria sessuale; Havelock Ellis, infine, pubblica un saggio sul concetto di *inversione*

Sesso-estetica nel 1913 e, successivamente, nel 1920, propone il concetto di *Eonismo*¹⁰. Gli scritti di questo periodo, in un contesto scientifico fortemente influenzato dalla diffusione del positivismo, affermatosi in epoca tardo ottocentesca, concorrono a definire l'omosessualità come un oggetto di interesse scientifico, iscrivendola all'interno dei dispositivi di sapere medici (Drescher, 2010), affermando la nascita del concetto di istinto e ne indagano le sue *deviazioni* per pervenire alla spiegazione di questi fenomeni (Davidson, 2001).

Solo grazie al lavoro di Magnus Hirschfeld viene operata una distinzione tra il desiderio “omosessuale”, che si esprime quando le proprie preferenze sessuali sono rivolte verso persone del proprio stesso sesso, e il desiderio del soggetto *travestitista*, il quale, viceversa, desidera abbigliarsi, identificarsi ed essere riconosciuto come una persona di un genere diverso dal quello assegnato alla nascita. Tale elemento diagnostico è ripreso, successivamente, sia dall'opera di Benjamin (1966) che da quella di Caldwell (1949) all'interno della sua *Psychopathia trans-sexualis*. Caldwell, richiamandosi alla definizione di Krafft-Ebing, riconosce «l'esistenza di individui che desiderano essere membri del sesso a cui in effetti non appartengono».

Quando George Jorgensen, a partire dal 1951, inizia a sottoporsi a una serie di interventi chirurgici per modificare l'apparenza dei suoi caratteri genitali e modificare la propria identità anagrafica in quella di *Christine Jorgensen*, viene diffusa, su più vasta scala mondiale, la conoscenza dei fenomeni riguardanti le identità *transgender* e le identità di genere non conformi. La sua biografia, che appare nel 1967 a New York, nella quale racconta il suo viaggio verso la Danimarca e i suoi successivi interventi chirurgici, diventa presto una vera e propria “Bibbia” per le persone *transessuali*, ricevendo una copertura mediatica inimmaginabile (Vitelli et al., 2006), con l'effetto di mostrare una soluzione a tutti coloro che vivono questa condizione. Secondo Benjamin (1966), il transessuale “(Ts)”, maschio o femmina è profon-

8. In molte culture il *genere* è stato concepito secondo un modello binario. Con modello binario si intende il fatto che esso è classificato attraverso due categorie discrete e separate tra loro che sono quella maschile e femminile, le entità che permettono di identificarsi come ragazza/donna o ragazzo/uomo. Per molte persone *transgender* il genere può essere vissuto e può esprimersi al di fuori delle categorizzazione binaria di genere (cfr. American psychological association, 2015).

9. Tale terminologia viene impiegata per spiegare il processo di perversione dell'istinto sessuale secondo cui «una donna è fisicamente una donna, ma psicologicamente un uomo, e, dall'altro lato, un uomo è fisicamente un uomo, ma psicologicamente una donna» (Westphal, 1870, cit. in Davidson, 2001).

10. Questo termine rinvia alla storia del Cavaliere d'Eon, un diplomatico francese che visse parte della sua vita come uomo e l'altra parte come donna. Secondo Ellis l'Eonista incarna, ad un grado estremo, l'attitudine estetica della imitazione *di*, ed identificazione *con*, l'oggetto desiderato. È normale per un uomo identificare se stesso con la donna che ama; l'Eonista spinge questa identificazione più in là, stimolato da un elemento di sensibilità e femminilità presente in lui stesso il quale è associato con una talvolta difettiva sessualità virile su base nevrotica.

damente infelice quando vive come membro del sesso concordante con la sua anatomia sessuale; sebbene il travestimento comporti un lenimento della sua condizione di sofferenza, il transessuale non si ferma su questo punto ma intende procedere chirurgicamente sul proprio corpo.

Con l'opera di Harry Benjamin (1966) vengono sancite le differenze tra il *transessualismo* dal *travestitismo* che, come vedremo, caratterizzano profondamente la classificazione manualistica di questa epoca e con l'opera di Stoller diviene possibile identificare le differenze tra i concetti di sesso e genere, dove con "sex" si indicano gli elementi maschili e femminili che appartengono al corpo anatomico e con "gender" si indica, viceversa, la dimensione sociale e culturale del sesso (Stoller, 1968). Così, durante gli anni '60-'85, l'intero discorso medico-clinico si occupa di individuare le caratteristiche diagnostiche per distinguere i "veri transessuali" da altre identità *transgender* e dai *travestiti*, condizioni rubricate, invece, nel novero delle *parafilie*, decretando l'intervento chirurgico quale terapia di elezione per i soggetti transessuali.

In seguito, verso la fine degli anni '80 e l'inizio degli anni '90, sulla scia di movimenti di numerosi attivisti, tra cui possiamo qui ricordare Virginia Prince, viene posto l'accento sui cambiamenti di "genere" piuttosto che sul cambiamento di "sesso", sottolineando l'aspetto simbolico che accompagna l'acquisizione di una nuova identità di genere. Si assiste, così, allo sviluppo di un modello che sostiene il processo di *coming out transgender* (Bockting & Coleman, 2007) e afferma l'importanza del riconoscimento dell'identità per la salute della persona *transgender*, e consentirà, così, in seguito, di mettere in luce i processi di stigma sociale rivolti nei confronti delle persone con identità di genere *transgender*, e le notevoli ricadute che questi possono avere sulla salute dell'individuo. Tale modello, di fatto, subentra al modello basato sul paradigma psicopatologico, secondo il quale l'identità *transgender* è connessa a disordini dello sviluppo dell'individuo, il quale, pertanto deve essere corretto e curato.

3. I criteri del DSM e dell'ICD: parallelismi e controversie

Le diagnosi sull'identità di genere risultano incluse per la prima volta all'interno del DSM nel 1980, con la terza edizione del manuale (DSM-III) nel quale vengono presentati i criteri diagnostici per definire il *transessualismo* e il *disturbo dell'identità di genere dell'infanzia*. I criteri diagnostici, inizialmente inseriti nella sezione dedicata ai disturbi psicosessuali sono spostati, in seguito, nel 1987, con l'uscita del DSM-III-R, nella sezione dedicata ai disturbi che

generalmente compaiono in infanzia e adolescenza. Nelle prime due edizioni del DSM, ovvero il DSM-I e il DSM-II, risalenti al 1952 e al 1968, non vengono affrontate le diagnosi riguardanti l'identità di genere, è presente unicamente una diagnosi di omosessualità e compare, nel DSM-II una diagnosi di *travestitismo*, all'interno della categoria delle deviazioni sessuali che non risulta specificamente caratterizzata dal punto di vista dei criteri diagnostici.

Recentemente, con il passaggio dalla diagnosi di *Disturbo dell'identità di genere* (DIG), introdotta dal DSM-IV del 1990, e l'introduzione della diagnosi di *Disforia di genere* nel DSM-5, definita come "un profondo sentimento di *disagio* e di *sofferenza* vissuto in relazione alla discrepanza, o incongruenza, tra la propria espressione di genere e il sesso assegnato alla nascita, al ruolo di genere ad esso associato e/o alle proprie caratteristiche anatomiche sessuali secondarie (American psychiatric association, 2013; Fisk, 1974; Knudson, De Cuyper, & Bockting, 2010), è possibile testimoniare gli avanzamenti sul piano del linguaggio, essendo stata eliminata la parola "disturbo", ed essendo stata svincolata, tale condizione, dalla *parafilia* e dai disturbi sessuali, sebbene risulti attualmente mantenuta una diagnosi di disforia di genere in infanzia.

Parallelamente a quanto avvenuto per il DSM, nell'ICD il termine transessualismo compare per la prima volta in occasione della pubblicazione del ICD-9 del 1975. Precedentemente, nelle prime due versioni del ICD (ICD-6 e ICD-7), pubblicate rispettivamente nel 1948 e nel 1955, trova posto unicamente una definizione generica di omosessualità che copre tutta la gamma di *deviazioni sessuali* fino a quando, con l'edizione successiva, l'ICD-8 del 1965, la diagnosi di omosessualità viene separata e resa autonoma con l'introduzione della diagnosi di *transvestitismo* (traducibile come trans-vestitismo) sebbene i criteri diagnostici non vengano chiariti ma rinviino al lavoro di Hamburger *et al.* (1953), ovvero i medici che avevano affrontato l'intervento su Christine Jorgensen (Drescher, 2014).

Nel 1975, con l'ICD-9, il primo ICD a essere tradotto in italiano, viene introdotta la diagnosi di *travestitismo*, che viene distinto dal transessualismo dal momento che, nel *travestitismo*, l'utilizzo di vestiti del genere opposto, ad esempio, viene inteso come generativo di un piacere e non come espressione del desiderio di assumere l'identità e il comportamento delle persone del sesso opposto. Viene riconosciuto, dunque, il livello dell'identità e del comportamento di genere, includendo tale diagnosi in una sezione che riguarda i disturbi sessuali e l'identità di genere.

In seguito, con l'ICD-10, è introdotta la diagnosi di *disturbo dell'Identità di genere* e vengono presentate cinque diagnosi: il transessualismo, il

travestitismo con doppio ruolo, il disturbo identità di genere dell'infanzia, altri disturbi dell'identità di genere, disturbo dell'identità di genere non specificato.

L'attuale proposta della Organizzazione mondiale della sanità, in attesa della pubblicazione del ICD-11, è quella di modificare la diagnosi di Disturbo dell'identità di genere in favore della diagnosi di *Incongruenza di genere*, la quale, anche in questo caso, dovrebbe consentire di ridurre la connotazione psicopatologica associata sull'utilizzo linguistico del termine *disturbo*. Nonostante ciò, restano alcune controversie, infatti, è in discussione quale debba essere la *collocazione* delle diagnosi connesse all'identità di genere. Attualmente è ipotizzata la possibilità di dislocare queste diagnosi dalla sezione dedicata ai disturbi mentali e comportamentali, a favore di una sezione dedicata alle diagnosi connesse alla *salute sessuale*. La classificazione dell'incongruenza di genere potrebbe essere considerata come una condizione di *interesse medico* e non psichiatrico/psicologico-clinico, venendo collocata, così, tra le *condizioni rare*, oppure all'interno della sezione dedicata alle *questioni endocrine*, oppure, ancora, nella sezione relativa all'*apparato uro-genitale*. Tali proposte, nonostante risolvano, in parte, le problematiche connesse alla allocazione delle diagnosi di genere, presentano delle limitazioni, dal momento che, ad esempio, non tutti coloro che si identificano in un'identità *transgender* o un'identità di genere non conforme scelgono di procedere a interventi medici o chirurgici (Winter, 2014). In tal senso, un'ulteriore ipotesi è quella di collocare le diagnosi riguardanti le identità di genere in una sezione simile al Settore XXI attualmente presente nel ICD-10. Tale sezione, dedicata ai «Fattori influenzanti lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari», e che prevede l'impiego dei cosiddetti codici Z, consentirebbe di costruire una diagnosi collegando tra di loro capitoli diversi, permettendo un avanzamento nella direzione del processo di de-patologizzazione e de-stigmatizzazione delle incongruenze di genere, sostenendo le persone che stanno cercando un aiuto in relazione ad episodi di stigma e di discriminazione.

Altrettanto controverso è se vada mantenuta la diagnosi di *Incongruenza di genere per i bambini*, e la diagnosi di *feticismo da travestimento*. La diagnosi di Incongruenza di genere nell'infanzia può avere l'effetto di categorizzare come "psicopatologica" l'esperienza infantile in quei bambini prepuberi che manifestino dei comportamenti di genere non congruenti con le aspettative sociali relativamente al genere loro attribuito alla nascita, in una fase cruciale nella quale i bambini stanno facendo esperienza della loro identità, incorporando la loro identità di genere

all'interno di un senso di identità più ampio. Occorre sottolineare che se, per quanto attiene agli adulti, è di primaria importanza garantire l'accesso alle cure mediche, tale aspetto è relativamente secondario per quanto riguarda i bambini, dal momento che, non si presenta, generalmente, l'urgenza di avere accesso a servizi sanitari tali da rendere necessaria la presenza una specifica diagnosi.

In generale, a giudizio di un gruppo sempre maggiore di associazioni e di professionisti, sarebbe utile poter rimuovere queste diagnosi poiché esse rinforzano gli *stereotipi diffamatori* e hanno un grande impatto sulla salute delle persone che ricevono una diagnosi di questo tipo.

Resta dunque controverso stabilire se tali condizioni vadano considerate come dei disturbi mentali (Vitelli *et al.* 2013) dal momento che resta ancora da chiarire la questione relativa alle modifiche al proprio corpo che un soggetto può richiedere a prescindere dalla presenza di una diagnosi di disforia di genere, o in virtù della *medicalizzazione* di tali identità.

4. Le componenti transfobiche e i processi di stigma sociale e strutturale

Per comprendere quanto forti possano essere le interconnessioni tra l'esistenza di categorie diagnostiche classificate all'interno di un Manuale sui disturbi mentali, i processi di stigma sociale e i diritti umani, basti pensare ad alcune delle conseguenze sociali prodottesi in seguito alla rimozione della diagnosi di omosessualità a partire dalla sesta ristampa del DSM-II del 1973. Come sottolineato da Drescher (2012), in seguito alla de-patologizzazione dell'omosessualità, si osservò un processo di crescente *accettazione* nei confronti delle persone omosessuali e un vero e proprio cambiamento nelle credenze della comunità sociale nei confronti di questi soggetti.

In questo senso notevoli sono state le prese di posizione da parte delle più importanti organizzazioni civili mondiali come, ad esempio, il Parlamento europeo (2011) e il Consiglio d'Europa per i diritti civili (2009) che apertamente hanno sostenuto la de-patologizzazione delle identità di genere *transgender* dal ICD-11, sostenendo lo sviluppo di un clima di maggiore apertura sociale nei confronti della diversità e delle persone con identità *transgender* e per diminuire le componenti *trans-fobiche* presenti nella nostra cultura e contrastare i fenomeni di *stigma sociale* e *stigma strutturale*.

Con il termine transfobia può essere descritta una reazione di disgusto verso le persone che non si conformano alle aspettative sociali di genere. Secondo gli autori, tali reazioni emotive traggono origine dal *gen-*

*derismo*¹¹ che alimenterebbe la violenza *anti-transgender*, ovvero la violenza e la discriminazione nei confronti delle persone transessuali e *transgender* (Hill e Willoughby, 2005).

In tal senso, infatti, tristemente, un numero sempre maggiore di studi sta documentando la presenza e la diffusione di diversi tipi di violenza, stigma e discriminazione nei confronti di persone con identità di genere *transgender* (American psychological association, 2015, Grant *et al.*, 2011).

In alcuni casi è stato osservato come le esperienze traumatiche vissute dalle persone *transgender* possano comportare una serie di ostacoli per l'accesso ai servizi sanitari che supportano e sostengono il percorso *transgender* (Fredriksen-Goldsen *et al.*, 2014; Garofalo, Deleon, Osmer, Doll, & Harper, 2006), possono avere un impatto sulla salute sia innalzando i tassi di incidenza di condizioni depressive (Fredriksen-Goldsen *et al.*, 2014), facendo registrare l'aumento dei tassi di suicidio (Clements-Nolle, Marx, & Katz, 2006).

Lo stigma, invece, fa riferimento al processo di *relegamento ad uno status inferiore* e alla considerazione *negativa* che la società, collettivamente, assegna agli individui e ai gruppi associati a diversificate condizioni, *status* o attributi (Goffman, 1963; Herek, 2009). Più nello specifico, lo *stigma anti-transgender* si riferisce allo stigma rivolto agli individui che si identificano come *transgender* o transessuali proprio perché la loro espressione di genere differisce dalle norme di genere socialmente imposte. Lo stigma è costruito in 4 fasi: 1) scelta delle differenze che possono essere utilizzate per discriminare gli individui; 2) attribuzione degli stereotipi negativi a queste categorie artificiali; 3) distinzione tra stigmatizzati e non-stigmatizzati 4) perdita di *status* per l'individuo stigmatizzato che ha quali conseguenze quelle di attribuire una connotazione negativa ad un membro o ad un gruppo di una comunità tale da declassarlo ad un rango inferiore.

Attualmente sappiamo che i processi sociali stigma possono tramutarsi in fenomeni di *stigma strutturale*, o istituzionale, nei casi in cui essi si manifestano all'interno delle istituzioni sociali (Corrigan *et al.*, 2005). Hatzenbuehler & Link (2014) sostengono che la definizione di stigma strutturale deve riferirsi a quelle condizioni sociali, norme culturali e/o politiche istituzionali che limitano le opportunità, le risorse ed il benessere delle persone stigmatizzate. Lo stigma strutturale, dunque, perpetua differenze di *status* e di potere, operando anche in assenza del pregiudizio del singolo individuo membro di quella specifica istitu-

zione. In altre parole, è possibile che, sebbene il singolo individuo non abbia pregiudizi soggettivi rivolti alle identità *transgender*, l'istituzione possa portare a stigmatizzare queste identità, creando un conflitto tra le credenze soggettive e le logiche istituzionali. A questo proposito, Hatzenbuehler *et al.* (2009) hanno riscontrato che gli adulti LGBT che vivevano in Stati dove è assente una legislazione che tuteli dai crimini d'odio a sfondo omofobico o transfobico, presentano una prevalenza di disturbi psichiatrici significativamente più elevata di coloro che, al contrario, vivono in Stati dove questa regolamentazione è presente. In una ricerca ancora più recente, Hatzenbuehler *et al.* (2014) hanno riscontrato che negli uomini gay che vivevano in comunità con elevati livelli di stigma strutturale, il rischio di mortalità è più elevato rispetto a coloro che vivono in comunità con bassi livelli di stigma strutturale. Infine, in una recente ricerca di Duncan e Hatzenbuehler (2014), gli autori hanno rilevato che i giovani LGBT, residenti nei quartieri americani con elevati tassi di crimini d'odio omofobici e transfobici, riportano livelli più elevati di ideazione o tentativi suicidari rispetto ai coetanei LGBT che vivono in quartieri con tassi meno elevati di crimini d'odio della stessa tipologia.

Da questo punto di vista i vissuti di *disagio* e *sofferenza*, pure descritti dal DSM, possono essere interpretati come effetti secondari, ovvero una conseguenza, degli atti di violenza subiti e degli episodi traumatici sia individuali che legati allo stigma strutturale delle istituzioni.

5. Discussione

Il dibattito sollevatosi negli ultimi anni intorno alle questioni che riguardano la presenza di classificazioni diagnostiche che includono le variazioni delle identità di genere all'interno di manuali riguardanti la definizione della salute e delle patologie mentali, ha permesso di evidenziare gli aspetti complessi e le controversie, presenti in tali ambiti, mettendo a confronto tra loro opinioni diverse tra i professionisti della salute e i gruppi di attivisti che sostengono i diritti delle persone con identità *transgender* o identità di genere non conformi. La sfida posta alla comunità scientifica più allargata, è quella di valutare le diverse ipotesi al fine di adottare le migliori soluzioni linguistiche e tassonomiche che permettano di ridurre lo *stigma sociale e strutturale* associato alle diagnosi riguardanti le persone *transgender*. Le possibilità sono quelle di rimuovere o collocare diversamente tali dia-

11. Con *genderismo* può essere indicata una ideologia che porta a valutare negativamente tutte le identità che non risultano conformarsi ai generi previsti da una visione binaria (Valerio *et al.*, 2014).

gnosi all'interno delle sezioni o delle aree tematiche di questi manuali pur, allo stesso tempo, garantendo l'accesso ai servizi per la salute e garantire la copertura assicurativa, nei Paesi ove essa sia eventualmente prevista, per i trattamenti medico-sanitari (Drescher, 2014).

Come già altrove sottolineato (Valerio & Fazzari, 2012), sebbene tale dibattito sia stato spesso interpretato come una netta opposizione tra coloro che richiedono la completa abolizione di ogni diagnosi connessa all'identità di genere e coloro che, viceversa, pur opponendosi alla definizione di disturbo mentale, contestano il mantenimento di una diagnosi come garanzia per la tutela dell'accesso ai servizi sanitari e la copertura delle spese per i trattamenti medici, possiamo notare come, attualmente, siano stati fatti dei notevoli passi in avanti. Infatti, l'esperienza soggettiva delle persone *transgender* viene sempre più riconosciuta come una esperienza individuale e specifica, che richiede interventi individualizzati (WPATH, 2012), e allo stesso tempo viene portata l'attenzione al *corpo*, oltre che alla componente psicologica.

Secondo la tesi in suffragio dell'utilità di abolire le diagnosi connesse alle identità di genere, tali ipotesi è ritenuta, in tale fase, l'unica capace di ridurre il clima di pregiudizio e discriminazione nei confronti delle persone *transgender* e con identità di genere non conformi. Come sostenuto da Drescher *et al.* (2012), la comunità scientifica internazionale deve tenere in considerazione che la presenza di una diagnosi comporta, all'interno di una determinata cultura, un effetto di stigmatizzazione delle persone che ricevono tale diagnosi e che l'opportunità di ridurre al minimo gli effetti conseguenti ai processi di stigmatizzazione sono interconnessi, come abbiamo visto, ai processi di stigma sociale e di stigma strutturale. Nel caso specifico delle persone *transgender* la stigmatizzazione si traduce, molto spesso, in una marcata difficoltà di accesso ai servizi sanitari che può esporre le persone *transgender* a conseguenze particolarmente negative per la propria salute. Per esempio vi può essere un maggiore rischio di infezioni da HIV o altre malattie sessualmente trasmissibili, così come la messa in atto di comportamenti a rischio, in senso più ampio, come ad esempio l'acquisto clandestino di ormoni l'utilizzo dei quali, molto spesso utilizzati senza fare riferimento ad alcun tipo di prescrizione medica, può avere notevoli ricadute sul piano della salute oltre a comportare delle difficoltà per il riconoscimento legale del proprio stato di genere per quanto attiene ai documenti legali come il passaporto e la patente di guida. In tal senso, occorre considerare che i vissuti di *disagio* e *sofferenza*, pure descritti dal DSM, possono essere interpretati come effetti secondari e conseguenza, degli atti di violenza subiti e degli episodi traumatici sia individuali che legati allo stigma strut-

turale delle istituzioni.

Inoltre, attualmente, resta da comprendere quali siano le migliori decisioni da adottare nei confronti dei bambini, poiché il tentativo di modificare il comportamento durante l'infanzia, quando i bambini esprimono identità di genere varianti, al fine di ricondurli verso i canoni comportamentali ed espressivi del sesso e del genere attribuito alla nascita sono considerate, da un numero sempre maggiore di studiosi, come anti-scientifiche, anti-etiche e fuorvianti.

In conclusione, allo stato attuale delle nostre conoscenze, non possiamo che sottoscrivere i principi ispiratori che stanno attualmente guidando la revisione del ICD-11 sul piano delle diagnosi connesse alle identità di genere *transgender* e *gender non conforming*, i quali, auspicano, infatti, lo sviluppo di modelli orientati verso le *buone pratiche*, maggiormente sensibili nei confronti delle necessità, delle esperienze, dei diritti umani e consapevoli della vulnerabilità di questa popolazione, e che garantiscano un maggiore supporto per l'accesso a servizi di cura di alta qualità (Drescher, Cohen-Kettenis & Winter, 2012). Occorre, dunque, che tutti lavorino per lo sviluppo di quei modelli che maggiormente riflettono le evidenze scientifiche più aggiornate e che, soprattutto, siano in grado di integrare tra loro le istanze complesse, e talvolta *controverse*, di questo ambito dell'esperienza umana.

Bibliografia

American, Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.

American, Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.

American, Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

American, Psychological Association. (2012). *Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients*. *American Psychologist*, 67, 10–42. <http://dx.doi.org/10.1037/a0024659>

American, Psychological Association Task Force on Gender Identity and Gender Variance. (2009). *Report of the task force on gender identity and gender variance*. Washington, DC: Author. Consultabile all'indirizzo (15 Giugno 2016): <http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/policy/gender-identity-report.pdf>.

American, Psychological Association. (2015). *Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People*. Ame-

- rican Psychologist, 70 (9), 832-864. doi: 10.1037/a0039906.
- Benjamin, H. (1953). *Transvestims and transsexualism*, *International Journal of Sexology*, 7:1, 12.
- Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon*, The Julian Press: New York
- Bockting, W. O. (2009a). *Are Gender Identity Disorders Mental Disorders? Recommendations for Revision of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care*. *International Journal of Transgenderism*, 11, 1.
- Bockting, W. O. (2009b). Editorial. *Transforming the paradigm of transgender health: a field in transition*, *Sexual and Relationship Therapy*, 4, 2, 103-107.
- Bockting, W. O., & Coleman, E. (2007). *Developmental stages of the transgender coming-out process*. In R. Ettner, S. Monstrey, & A. Eyler (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 185-208). New York, NY: Haworth.
- Bockting, W. O., Ehrbar R.D. (2005). *Commentary: gender variance, dissonance, or identity disorder?*, *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 17, 125-134.
- Butler, J. (1990). *Gender trouble and the subversion of identity*. New York, NY: Routledge.
- Butler, J. (2004), *La disfatta del genere*. Meltemi: Roma
- Burke, M. (2011). *Resisting Pathology: GID and the contested terrain of diagnosis in the transgender rights movement*. In P. J. McGann, D. J. Hutson (Eds.), *Sociology of diagnosis. Advances in medical sociology*, Volume 12, (pp.183-210). Michigan: Emerald.
- Cauldwell D. O. (1949), *Psychopathia transsexualis*, *Sexology*, Magazine 16, 274-280.
- Clements-Nolle, K., Marx, R., & Katz, M. (2006). *Attempted suicide among transgender persons: The influence of gender-based discrimination and victimization*. *Journal of Homosexuality*, 51, 53-69. http://dx.doi.org/10.1300/J082v51n03_04.
- Consiglio d'Europa (2009). *Issue paper: Human Rights and Gender Identity*. <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?p=&id=1476365&direct=true>.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., Heyrman, M. L., Warpinski, A., Gracia, G., Slopen, N., & Hall, L. L. (2005). *Structural stigma in State legislation*. *Psychiatric Services*, 56(5), 557-563.
- Davidson, A. I. (2001). *L'emergenza della sessualità: epistemologia storica e formazione dei concetti*. Trad. it., Quodlibet: Macerata, 2010.
- Devor, A. H. (2004). *Witnessing and mirroring: A fourteen-stage model of transsexual identity formation*. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 8, 41-67.
- Drescher, J. (2010). *Queer diagnoses: parallels and contrast in the history of homosexuality, gender variance, and the diagnostic and statistical manual*, *Archives of Sexual Behaviour*, 39, 427-460.
- Drescher, J. (2014). *Controversies in gender diagnosis*. *LGBT Health*, 1, 10-14. <http://dx.doi.org/10.1089/lgbt.2013.1500>.
- Drescher, J., & Byne, W. (Eds.). (2013). *Treating transgender children and adolescents: An interdisciplinary discussion*. New York, NY: Routledge.
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P., Winter, S., (2012). *Minding the Body: Situating Gender Identity Diagnoses in the ICD-11*, *International Review of Psychiatry* 24, No. 24 (6): 568-577.
- Duncan, D. T., & Hatzenbuehler, M. L. (2014). *LGBT hate crimes and suicidality among sexual minority youths in Boston*. *American Journal of Public Health*, 104, 272-278.
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Cook-Daniels, L., Kim, H. J., Erosheva, E. A., Emlet, C. A., Hoy-Ellis, C. P., Muraco, A. (2014). *Physical and mental health of transgender older adults: An at-risk and underserved population*. *The Gerontologist*, 54, 488-500. <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnt021>.
- Garofalo, R., Deleon, J., Osmer, E., Doll, M., & Harper, G. W. (2006). *Overlooked, misunderstood, and at-risk: Exploring the lives and HIV risk of ethnic minority male-to-female transgender youth*. *Journal of Adolescent Health*, 38, 230-236. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.03.023>.
- Goffman, E. (1963). *Stigma. L'identità negata*: Verona: Ombre Corte, 2003.
- Grant, J. M., Mottet, L. A., Tanis, J., Harrison, J., Herman, J. L., & Kiesling, M. (2011). *Injustice at every turn: A report of the national transgender discrimination survey*. Washington, DC: National Center for Transgender Equality & National Gay and Lesbian Task Force. Consultabile all'indirizzo (visualizzato il 15 Giugno 2016) www.thetaskforce.org/static_html/downloads/reports/reports/ntds_full.pdf.
- Hatzenbuehler M. L., Keyes K. M., & Hasin D. S. (2009). *State-level policies and psychiatric morbidity in lesbian, gay, and bisexual populations*. *American Journal of Public Health*, 99(12), 2275-2281.
- Hatzenbuehler, M. L., & Link, B. G. (2014). *Structural Stigma and the Health of Lesbian, Gay, and Bisexual Populations*. *Current Directions in Psychological Science*, 23(2), 127-132.
- Hatzenbuehler, M. L., McLaughlin, K. A., Keyes, K. M., & Hasin, D. S. (2010). *The impact of institutional discrimination on psychiatric disorders in lesbian, gay, and bisexual populations: A prospective study*. *American Journal of Public Health*, 100(3), 452-459.
- Herek, G. M. (2009). *Sexual Stigma and Sexual Prejudice in the United States: A Conceptual Framework*. In D. A. Hope (Eds.), *Contemporary Per-*

spectives on Lesbian, Gay, and Bisexual Identities (pp. 65–111). New York: Springer.

Hill, D. B., Willoughby, B. L. B. (2005). *The development and validation of the Genderism and Transphobia Scale*. *Sex Roles*, 53(7-8), pp. 531-544.

Knudson, G., De Cuypere, G., & Bockting, W. O. (2010). *Recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders: Consensus statement of the World Professional Association for Transgender Health*. *International Journal of Transgenderism*, 12, 115–118. <http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2010.509215>.

Krafft-Ebing von, R. (1931). *Psychopathia sexualis* (1931), Milano: Carlo Manfredi Editore (1966).

Meyer, I. H. (2003). *Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence*. *Psychol Bull.*, 129(5):674-97.

Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2010), *From mental disorder to iatrogenic hypogonadism: dilemmas in conceptualizing gender identity variants as psychiatric conditions*, *Archives of Sexual Behavior*, 39, 461-476.

Parlamento Europeo (2011). *Risoluzione del Parlamento europeo del 28 settembre 2011 sui diritti umani, l'orientamento sessuale e l'identità di genere nel quadro delle Nazioni Unite*.

Stoller, R. (1968). *Sex and gender: On the development of masculinity and femininity*, Karnak Books, London, New York, Science House, New York.

Turner, L., Whittle, S., Combs, R. (2009). *Transphobic hate crime in the European Union*. Brussels: International Lesbian and Gay Association. Consultabile all'indirizzo (visualizzato il 15 Giugno 2016): www.ilga-europe.org/sites/default/files/transphobic_hate_crime_in_the_european_union_o.pdf.

Valerio, P., Bottone, M., Galiani, R., Vitelli, R. (Eds.). *Il transessualismo. Saggi psicoanalitici*, Milano: FrancoAngeli.

Valerio, P., Fazzari, P. (2012). *Alcune note sul "fenomeno transessuale" oggi: un disturbo da de-patologizzare?* Milano: Mimesis.

Valerio, P., Vitelli, R., Romeo, R., Fazzari, P. (2013).

Figure dell'identità di genere. Milano: FrancoAngeli.

Vitelli, R., Bottone, M., Sisci, N. e Valerio, P. (2006). *L'identità transessuale tra storia e clinica: quale intervento per quale domanda*, in Rigliano, P., Graglia, M. (Eds.), *Gay e Lesbiche in Psicoterapia*, (281-322), Milano: Raffaello Cortina Editore.

Vitelli, R., Fazzari, P., Valerio, P. (2013). *Le varianti di genere e la loro iscrizione nell'orizzonte del sapere medico-scientifico: la varianza di genere è un disturbo mentale? Ma cos'è, poi, un disturbo mentale?* In F. Corbisiero F. (Eds.), *Comunità omosessuali. Le scienze sociali sulla popolazione LGBT*, (pp.221-243). Milano: FrancoAngeli.

Vitelli, R., Valerio, P. (2013). *Sesso e genere*. Milano: FrancoAngeli.

Winter, S. (2014). *Gender Troubles: What's Wrong With the WHO Proposal for Gender Incongruence in Childhood*. Consultabile all'indirizzo (visualizzato il 15 Giugno 2016): <https://gidreform.wordpress.com/2014/07/17/gender-troubles-whats-wrong-with-the-who-proposal-for-gender-incongruence-in-childhood-by-dr-sam-winter>.

WPATH (World Professional Association for Transgender Health), Board of Directors (2010). *De-psychopathologisation statement released May 26, 2010*.

WPATH (World Professional Association for Transgender Health) (2012). *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender and Gender Non Conforming People*, 7th Version. Consultabile all'indirizzo (visualizzato il 15 Giugno 2016): www.wpath.org/uploaded_files/140/files/Standards%20of%20Care,%20V7%20Full%20Book.pdf.

World Health Organization (2007). *International Classification of Diseases*, 10th edition (ICD-10). Consultabile all'indirizzo (visualizzato il 15 Giugno 2016): www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online.

Zito, E., Valerio, P. (2010). *Corpi sull'uscio identità possibili*, Napoli: Filema.

Zucker, K. J., & Bradley, S. J. (1995). *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. New York, NY: Guilford Press.