

ROBERTO VITELLI

LE VARIANZE DI GENERE E LA LORO INSCRIZIONE ALL'INTERNO DEL SAPERE MEDICO – PSICHIATRICO: UNA BREVE DISAMINA STORICA E CRITICA

SOMMARIO: 1. Le radici storico culturali del processo di inclusione delle varianze di genere entro il novero dei disturbi mentali. 2. Il DSM-5: polemiche e revisioni. 3. L'Organizzazione Mondiale della Sanità e i lavori di preparazione della XI Edizione dell'*International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems (ICD-11)*: la *depsichiatriizzazione* delle varianti di genere. 4. Dell'ineffabilità del concetto di Disturbo Mentale, ovvero della possibilità di dirlo in molti modi. 5. Dispositivi psichiatrici e processi di soggettivazione.

1. In un senso molto generale, con l'espressione *Gender Identity Variance (GIV)*¹, *varianze dell'identità di genere*, ci si riferisce abitualmente ad un insieme eterogeneo di possibilità esistenziali poste al di là del rigido binarismo di genere. In altre parole, a *vissuti* ed a *possibilità espressivo/comportamentali* divergenti rispetto alle caratteristiche del sesso biologico stabilito alla nascita o, comunque, poste al di là delle categorie storico/socio/culturali riferite al genere sessuale. Testimonianze di siffatte possibilità esistenziali sono rintracciabili all'interno della letteratura sia antica che moderna, così come delle rappresentazioni mitologiche più antiche: dai soggetti descritti dal poeta latino Marco Manilio (29 a.c. – 14 d.c.) nella letteratura antica, alla protagonista del romanzo di Julie Anne Peters², *Luna*, in quella moderna giusto per fare qualche esempio; dall'Androgino platonico, ad Ermafrodito, descritto ne *'Le metamorfosi'* di Ovidio, dal mito di Attis e Cibele, alla figura di Venere Castina³, per quel che concerne l'ambito

-
- 1 H.F.L. MEYER-BAHLBURG, *From mental disorder to iatrogenic hypogonadism: dilemmas in conceptualizing gender identity variants as psychiatric conditions*. Archives of Sexual Behavior, 39, 2010, 461-476.
 - 2 J. A. PETERS, *Luna*. tr. it., Milano, 2009.
 - 3 G. HERDT (a cura di) *Third sex, third gender: beyond sexual dimorphism in culture and history*. New York, 1996.

mitologico antico⁴. Allo stesso modo, tradizioni culturali diverse hanno contemplato, ed in alcuni casi contemplano ancora oggi, all'interno del proprio contesto sociale ed al di fuori di qualsivoglia qualificazione patologica, la presenza di soggetti caratterizzati da una siffatta condizione: giusto per fare qualche esempio, i *Femminielli* presenti nel contesto sociale napoletano⁵, i *Kathoeys*, presenti nel contesto indonesiano, i "Two-Spirits" degli indiani Mohave del Nord-America, i *Travesti* o *Pasivo* brasiliani, gli *Hijras*, del sub-continente indiano^{6,7}. Cionondimeno, oggi, in Occidente, tali possibilità esistenziali appaiono *ritrascritte*, *attraversate* e, in un certo qual modo, *prodotte* da regimi discorsivi diversi, in primo luogo quello medico/psichiatrico⁸: in tal modo, la loro possibilità d'essere, la loro posizione all'interno legame sociale, la loro funzione e il loro ruolo all'interno di questo, vengono ad essere *risignificate* alla luce di tali *nuovi* regimi discorsivi. È in particolare a partire dalla fine del XIX secolo che le varianze di genere hanno cominciato ad essere oggetto di attenzione da parte della Scienza Medica, venendo ad essere incluse entro il registro dei Disturbi Mentali: come indicato da Michel Foucault nel primo volume della sua *Storia della Sessualità*, era questa un'epoca di «incitazione ai discorsi» sul sesso, di riarticolazione dell'area tematica della sessualità quale correlato della *scientia sexualis*⁹. Come nella più tradizionale operazione di ritaglio e sistematizzazione entro i sistemi nosografici che la psichiatra andava allestendo, soprattutto dopo la lezione kraepeliniana, le varianze di genere vennero, in tal modo, ad essere progressivamente differenziate da condizioni apparentemente simili, in primis l'omosessualità, e riconosciute nella loro specifica modalità di presentazione: sebbene alcuni riferimenti alle condizioni in oggetto siano presenti

-
- 4 Riferimenti a tale ambito è possibile trovarli anche all'interno di differenti ambiti culturali. Si pensi, ad esempio, alla leggenda del re trasformato in donna presente nel Mahābhārata, uno dei più grandi poemi epici indiani, oltre che importantissimo testo sacro della religione induista. Cfr.: G. HERDT (a cura di) *Third sex, third gender: beyond sexual dimorphism in culture and history*. New York, 1996.
 - 5 E. ZITO & P. VALERIO (a cura di). *Genere: Femminielli – esplorazioni antropologiche e psicologiche*. Napoli, 2013.
 - 6 G. HERDT (a cura di) *Sex, third gender*, New York, 1996, *op. cit.*
 - 7 S. NANDA, *Cross-Cultural Issues*. In D. L. ROWLAND & L. INCROCCI (a cura di). *Handbook of Sexual and Gender Identity Disorders* (pp.457-485). Hoboken, New Jersey, 2008.
 - 8 D. B. BILLINGS & T. URBAN, *The socio-medical construction of transsexualism: an interpretation and critique*. Originally published in: *Social Problems*, 1982, 29, 266-282. Ripubblicato in R. EKINS & D. KING (a cura di), *Blending genders: social aspects of cross-dressing and sex-changing*. London: 1996.
 - 9 M. FOUCAULT, *La volontà di sapere*, 1976 Tr. it., Milano 1978.

nelle opere di Rudolf Arndt, Wilhelm Griesinger e Jean-Étienne Dominique Esquirol, è nello studio sulla sensibilità sessuale invertita (*könträre Sexualempfindung*) di Carl Friedrich Otto Westphal¹⁰ che è possibile rintracciare una loro prima effettiva descrizione. A partire dal lavoro dello psichiatra e neurologo tedesco, numerosi, quindi, sono gli autori, alcuni dei quali a buon ragione possono essere considerati veri e propri *padri fondatori* della Scienza Psichiatrica, che vennero ad occuparsi dell'argomento, proponendo differenti modalità di etichettamento nosografico e più o meno sottili differenziazioni delle modalità di presentazione fenomenica: da Richard von Krafft-Ebing¹¹, a Magnus Hirschfeld^{12, 13, 14}, ed Harry Benjamin¹⁵. È in particolare proprio attraverso l'opera di quest'ultimo^{16, 17} che il significato «transessuale», nella sua forma sostantivale e non aggettivale¹⁸, viene a

10 C. WESTPHAL, C., *Die konträre Sexualempfindung*. *Archiv für Psychiatrie*, 2, 1870, 73-108.

11 R. VON KRAFFT-EBING, *Psychopathia sexualis*. 1931, Tr. it. Milano, 1966.

12 M. HIRSCHFELD, *Die Transvestiten, eine Untersuchung über den erotischen Verkleidungstrieb mit umfangreichem casuistischem und historischem Material*. Berlin, 1910.

13 M. HIRSCHFELD, *Sexualpathologie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Studierende*. Bonn, 1922.

14 M. HIRSCHFELD, *Die intersexuelle Konstitution. Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen*, 23, 1923, 3 – 27.

15 Per una dettagliata ricostruzione delle tappe e degli spostamenti concettuali che si verificarono, in particolare nella prima metà del secolo passato, cfr. R. VITELLI, *Gender Dysphoria in adults and adolescents as a mental disorder... But, what is a mental disorder? A Phenomenological/Existential analysis of a puzzling condition*. In: B. L. MILLER (a cura di), *Gender Identity: Disorders, Developmental Perspectives and Social Implications* (pp. 55-90). New York, 2014.

16 H. BENJAMIN, *Transvestism and transsexualism*. *International Journal of Sexology*, 7, 1953, 12-14

17 H. BENJAMIN, *Il fenomeno transessuale*, 1966. Tr. it., Roma 1968.

18 L'introduzione, nel gergo psichiatrico, della forma sostantivale costituisce, senza ombra di dubbio, uno spostamento importante: d'ora in poi, infatti, *transessuale* non indicherà più una semplice predicazione di una "qualità" del soggetto, la specificazione di un suo tratto comportamentale, ma il soggetto *tout court*, in altri termini una nuova possibilità esistenziale in qualche modo prodotta dallo stesso regime discorsivo psichiatrico. Tale termine, inoltre, è quello che principalmente si è imposto nell'immaginario collettivo. Ancora l'ultima edizione del DSM, la quinta, pubblicata di recente, e su cui ci soffermeremo più avanti, ne riporta la seguente definizione: «Transessuale indica un individuo che desidera attuare o ha attuato una transizione sociale da maschio a femmina o da femmina a maschio, che, in molti casi, anche se non in tutti, comporta una transizione somatica per mezzo di un trattamento con ormoni del sesso opposto e chirurgia degli organi genitali (chirurgia della riassegnazione sessuale)». Cfr.: AMERICAN PSYCHIATRIC

guadagnarsi il suo posto nella storia della Scienza, come anche nel più complessivo immaginario collettivo. In ogni caso, nonostante la pubblicazione nel 1966, in particolare, del testo di Benjamin «*Il fenomeno Transessuale*» e l'ormai acquisita iscrizione dei soggetti con varianza di genere all'interno del dispositivo medico-psichiatrico, tale condizione resta per diversi anni a margine dei sistemi di classificazione ufficiali prodotti dall'APA, l'*Associazione Psichiatrica Americana*. Vi entra soltanto nel 1980, a partire, cioè, dalla terza edizione del *DSM*, il celebre *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, edizione che vede allo stesso tempo l'eliminazione della categoria diagnostica dell'omosessualità, almeno nella sua variante *egosintonica*. La decisione di includere le *varianze di genere* all'interno del Manuale giunse, infatti, solo a seguito dei lavori di altri autorevoli ricercatori dell'epoca: oltre a Benjamin, anche John Money, Robert J. Stoller, e Richard Green avevano, infatti, trattato ampiamente l'argomento, contribuendo a definirne la modalità di presentazione e a delinearne alcune ipotesi *etiopatogenetiche*. L'atto di inclusione di tali condizioni nel manuale statunitense costituisce, senza ombra di dubbio, un evento capitale nello sviluppo del dispositivo che viene a definirsi intorno a tale nuova forma di soggettività, quella *transessuale*, come anche nella definitiva legittimazione delle pratiche medico-chirurgiche allestite intorno ed in funzione di essa. È bene ricordare, infatti, come proprio a partire da tale terza edizione, il manuale statunitense verrà a definirsi come una vera e propria *Bibbia* del sapere psichiatrico, orientando in tutto il mondo le modalità diagnostiche e, indirettamente, quelle di cura dei disturbi mentali¹⁹. Parallelamente alle successive periodiche revisioni del testo, le modalità di denominazione e la definizione dei criteri atti a definire la categoria diagnostica relativa alle varianze di genere muteranno nel tempo. Questo è il modo con cui Zucker e Spitzer riassumono tali spostamenti sino alla IV edizione rivisitata: «nella terza edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali²⁰, per la prima volta vengono incluse due diagnosi psichiatriche concernenti la disforia di genere nei bambini, negli adolescenti e negli adulti: Il Disturbo dell'Identità di Genere dell'Infanzia (*Gender Identity Disorder of Childhood- GIDC*) e il Transessualismo (quale categoria valida per gli adolescenti

ASSOCIATION (APA), *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, 2013. Tr. it., Milano, 2014.

19 S. KIRK & H. KUTCHINS, *The selling of DSM: The rhetoric of science in psychiatry*. New York 1992.

20 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), *DSM III. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. 1980. Tr. it., Milano, 1983.

e gli adulti). Nel DSM-III-R²¹ fu aggiunta una nuova categoria diagnostica: il Disturbo dell'Identità di Genere dell'Adolescenza e dell'Età Adulta, tipo non-transessuale²². Nel DSM-IV^{23, 24}, quest'ultima diagnosi fu eliminata e le categorie *GIDC* e Transessualismo furono riunite all'interno di un'unica categoria denominata Disturbo dell'Identità di Genere (*Gender Identity Disorder – GID*), comprendente un set differenziato di criteri diagnostici, rispettivamente per l'età infantile e per l'età adolescenziale ed adulta²⁵. L'edizione rivisitata del Manuale, pubblicata nel 2000 (*DSM IV-TR*), non presentò particolari novità, fatta eccezione per la definizione di alcuni sottotipi stabiliti sulla scorta degli studi di Ray Blanchard^{26, 27, 28, 29, 30} sulla *autoginephilia*, ovverosia sulla possibile occorrenza, tra alcuni soggetti biologicamente maschi (*MtF*), di fenomeni di eccitamento erotico derivato dal pensiero o dall'immagine mentale di sé come soggetti di sesso femminile.

2. Giusto recentemente l'APA³¹ ha pubblicato una nuova edizione del Manuale Diagnostico, il *DSM-5*, che ha suscitato numerose polemiche sia all'interno che all'esterno della comunità scientifica sin dalle fasi della sua

-
- 21 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), *DSM-III R. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, 1987. Tr. it., Milano, 1988.
 - 22 Tale categoria diagnostica intendeva identificare coloro che, pur presentando un quadro disforico di genere, non richiedevano alcun intervento chirurgico volto all'adeguamento delle sembianze del corpo sessuato al vissuto soggettivo di appartenenza al genere sessuale opposto a quello attribuito alla nascita.
 - 23 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), *DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, 1994. Tr. it., Milano, 1988.
 - 24 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), *DSM IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, 2000. Tr. it., Milano, 1995.
 - 25 K. J. ZUCKER & R. L. SPITZER R.L., *Was the Gender Identity Disorder of childhood diagnosis introduced into DSM-III as a backdoor maneuver to replace homosexuality? A historical note*. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31, 2005, 31-42, 32.
 - 26 R. BLANCHARD, *The classification and labeling of non-homosexual gender dysphorias*. *Archives of Sexual Behavior*, 18, 1989a, 315-334.
 - 27 R. BLANCHARD, *The concept of autogynephilia and the typology of male gender dysphoria*. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 1989b, 616-623.
 - 28 R. BLANCHARD, *Clinical observations and systematic studies of autogynephilia*. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 17, 1991, 235-251.
 - 29 R. BLANCHARD, *The she-male phenomenon and the concept of partial autogynephilia*. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 19, 1993a, 69-76.
 - 30 R. BLANCHARD, *Varieties of autogynephilia and their relationship to gender dysphoria*. *Archives of Sexual Behavior*, 22, 1993b, 241-251.
 - 31 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), 2013, *op. cit.*

preparazione^{32, 33}. Relativamente all'argomento qui trattato oggetto del dibattito sono stati l'effettiva liceità del processo di inclusione delle condizioni di varianza di genere entro il novero dei disturbi mentali e le conseguenze sul piano psicologico e sociale di tale operazione. In particolare da parte di molti rappresentanti dell'attivismo *LGBT*, veniva affermato (viene affermato) che il loro mantenimento all'interno del manuale nosografico avrebbe contribuito (contribuirebbe) alla ulteriore stigmatizzazione dei soggetti *gender variant*, in ragione della qualificazione della loro condizione come *patologica*, ed in particolare dell'associazione di essa con il campo della malattia mentale, da sempre oggetto di stigma e marginalizzazione sociale. D'altra parte, altri membri della medesima comunità e diversi rappresentanti di quella scientifica ribattevano (ribattono) a tale obiezione, sottolineando le possibili conseguenze pratiche dell'operazione di esclusione, in particolare il possibile conseguente mancato accesso a quelle forme di assistenza sanitaria gratuita ad oggi assicurate da numerosi paesi, proprio in virtù del riconoscimento della condizione come patologica, dunque necessitante, per il suo trattamento, di specifici interventi psicologici, ma soprattutto endocrinologici e chirurgici: quali sarebbero state, ci si chiedeva (ci si chiede), infatti, a quel punto, in caso, cioè, di eliminazione della condizione dal manuale, le ragioni per l'addebito alla più ampia comunità delle spese necessarie alla effettuazione di tali interventi? Perché uno Stato si sarebbe dovuto accollare tali spese, se gli interventi richiesti fossero stati intesi non come un *atto curativo*?

È proprio quest'ultima posizione che alla fine ha finito per prevalere. La sottocommissione dell'APA incaricata di rivedere l'intera sezione del manuale dedicata ai Disturbi della Sessualità e dell'Identità di Genere, infatti, ha deciso di mantenere la condizione, mutando, tuttavia, la sua collocazione, la denominazione e le caratteristiche descrittive: separato dalle condizioni parafiletiche³⁴ e posto in un capitolo a se stante, la modalità di denominazione delle varianti di genere è divenuta *Disforia di Genere*. I criteri diagnostici adottati, per l'età adolescenziale ed adulta, sono, così, divenuti i seguenti:

-
- 32 A. FRANCES, *Primo, non curare chi è normale. Contro l'invenzione delle malattie*, 2013. Tr. it., Torino, 2013.
- 33 A. FRANCES, *La diagnosi in psichiatria. Ripensare il DSM-5*, 2014. Tr. it., Milano, 2014.
- 34 Parafiletiche sono quelle condizioni già in passato denominate perversioni sessuali: ad esempio, il disturbo voyeristico, quello esibizionistico, il disturbo da masochismo sessuale, e così via.

A) Una marcata incongruenza tra il genere esperito/espresso da un individuo e il genere sessuale assegnato, della durata di almeno 6 mesi, che si manifesta attraverso almeno due dei seguenti criteri:

- 1) Una marcata incongruenza tra il genere sessuale esperito/espresso da un individuo e le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie (oppure, in giovani adolescenti, le caratteristiche sessuali secondarie attese);
- 2) Un forte desiderio di liberarsi delle proprie caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie a causa di una marcata incongruenza con il genere sessuale esperito/espresso di un individuo (oppure, nei giovani adolescenti, un desiderio di impedire lo sviluppo delle caratteristiche sessuali secondarie attese);
- 3) Un forte desiderio per le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie del genere opposto;
- 4) Un forte desiderio di appartenere al genere opposto (o un genere alternativo diverso dal genere assegnato);
- 5) Un forte desiderio di essere trattato come appartenente al genere opposto (o un genere alternativo diverso dal genere assegnato);
- 6) Una forte convinzione di avere i sentimenti e le reazioni tipici del genere opposto (o di un genere alternativo diverso dal genere assegnato)

B) La condizione è associata a sofferenza clinicamente significativa o a compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Sottotipi:

Con un disturbo dello sviluppo sessuale [...].

Specificare se:

Post-transizione: L'individuo è passato a vivere a tempo pieno il genere desiderato (con o senza riconoscimento legale del cambiamento di genere) e si è sottoposto (oppure si sta preparando a sottoporsi) ad almeno una procedura medica di riassegnazione sessuale o a un protocollo di trattamento, vale a dire un regolare trattamento con ormoni del sesso opposto o un intervento chirurgico di riassegnazione del genere in accordo al genere desiderato (per es., penectomia, vaginoplastica in un individuo nato maschio; mastectomia o falloplastica in un individuo nato femmina).³⁵

35 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), 2013, *op. cit.*, 528-529.

Ora, se confrontata con la condizione descritta nell'edizione precedente del manuale³⁶, appare evidente che le novità apportate sono di un certo rilievo, risultando esse, in buona parte, una sorta di compromesso tra le diverse rivendicazioni e posizioni espresse nel dibattito a cui prima si faceva riferimento. Tra i principali cambiamenti, oltre alla rimozione della condizione dal capitolo dei *Disturbi Sessuali*, in altre parole la sua più chiara separazione dalle *condizioni parafiliche* e dalle *Disfunzioni Sessuali* (utile ad una riduzione dello stigma), è sicuramente degno di nota, ma non privo di una profonda contraddizione interna, il cambiamento di denomi-

36 Nella edizione precedente del DSM (APA) (2000), i criteri diagnostici di quello che veniva denominato *Disturbo dell'Identità di Genere*, erano i seguenti:

A. Una forte e persistente identificazione col sesso opposto (non solo un desiderio di qualche presunto vantaggio culturale derivante dall'appartenenza al sesso opposto). Nei bambini il disturbo si manifesta con quattro (o più) dei seguenti sintomi:

1) desiderio ripetutamente affermato di essere, o insistenza sul fatto di essere, dell'altro sesso;

2) nei maschi, preferenza per il travestimento o per l'imitazione dell'abbigliamento femminile; nelle femmine, insistenza nell'indossare solo tipici indumenti maschili;

3) forti e persistenti preferenze per i ruoli del sesso opposto nei giochi di simulazione, oppure persistenti fantasie di appartenere al sesso opposto;

4) intenso desiderio di partecipare ai tipici giochi e passatempi del sesso opposto;

5) forte preferenza per i compagni di gioco del sesso opposto.

Negli adolescenti e negli adulti, l'anomalia si manifesta con sintomi come desiderio dichiarato di essere dell'altro sesso, farsi passare spesso per un membro dell'altro sesso, desiderio di vivere o essere trattato come un membro dell'altro sesso, oppure la convinzione di avere sentimenti e reazioni tipici dell'altro sesso.

B. Persistente malessere riguardo al proprio sesso o senso di estraneità riguardo al ruolo sessuale del proprio sesso.

Nei bambini, l'anomalia si manifesta con uno dei seguenti sintomi: nei maschi, affermazione che il proprio pene o i testicoli li disgustano, o che scompariranno, o affermazione che sarebbe meglio non avere il pene, o avversione verso i giochi di baruffa e rifiuto dei tipici giocattoli, giochi e attività maschili; nelle femmine, rifiuto di urinare in posizione seduta, affermazione di avere o che crescerà loro il pene, o affermazione di non volere che crescano le mammelle o che vengano le mestruazioni, o marcata avversione verso l'abbigliamento femminile tradizionale.

Negli adolescenti e negli adulti, l'anomalia si manifesta con sintomi come preoccupazione di sbarazzarsi delle proprie caratteristiche sessuali primarie o secondarie (per es. richiesta di ormoni, di interventi chirurgici o altre procedure per alterare fisicamente le proprie caratteristiche sessuali, in modo da assumere l'aspetto di un membro dell'altro sesso) o convinzione di essere nati nel sesso sbagliato.

C. L'anomalia non è concomitante con una condizione fisica intersessuale.

D. L'anomalia causa disagio clinicamente significativo o compromissione della area sociale, lavorativa o di altre importanti aree del funzionamento.

nazione della condizione da *Disturbo dell'Identità di Genere* a *Disforia di Genere*. Il senso di tale cambiamento, infatti, come indicato dalla stessa Associazione Americana³⁷ è da rintracciarsi nel tentativo di alleggerimento dello stigma connesso alla malattia mentale: «in parte la rimozione dello stigma può derivare dalla scelta delle parole giuste. Sostituire, all'interno dell'etichetta diagnostica, la parola “disturbo” con la parola “disforia” non solo è più appropriato e maggiormente congruente (*consistent*) con la più consueta terminologia sessuologica, ma in più rimuove l'idea che il paziente (“*the patient*”) sia “disturbato” (“*disordered*”)». Senza ombra di dubbio è evidente la contraddizione insita nel fatto di continuare a considerare la condizione espressione di un disturbo mentale, per poi eliminare la parola *Disturbo* e sostituirla con quella, maggiormente ‘neutrale’ e *politically correct*, di *Disforia*³⁸, ma almeno l'intenzione è apprezzabile. Le novità, della nuova edizione del manuale, comunque, non finiscono qui: tra le più interessanti, vi è quella relativa al riconoscimento della possibilità di esistenza, di forme di soggettivazione poste al di là del binarismo di genere, attraverso il riferimento alla possibilità di identificazione da parte del soggetto con un genere *alternativo* a quello assegnato alla nascita, fatto, questo, che rinvia alla pluralizzazione delle declinazioni identitarie al di là del binarismo di genere, e la rimozione della sottotipizzazione basata sull'orientamento sessuale, da tempo da più parti contestata. L'aggiunta della necessità di indicazione della «fase» rispetto al processo di «transizione», utile ad indicare quei soggetti che, avendo da tempo assunto un

37 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), *Gender Dysphoria*, 2013, <http://www.dsm5.org/documents/gender%20dysphoria%20fact%20sheet.pdf>. Consultato nel mese di settembre 2014.

38 L'espressione *Disforia di Genere* costituisce una delle molteplici modalità di denominazione adottate in passato per indicare la condizione in oggetto. In particolare essa fu proposta per la prima volta nel 1973 da Norman Fisk per enfatizzare il disagio derivato al soggetto dal genere sessuale assegnatogli/le alla nascita e le caratteristiche anatomiche del proprio sesso. Tale denominazione rimuove ogni riferimento a questioni inerenti l'«identità personale», riferimento che, invece, poteva ancora rintracciarsi nella precedente denominazione di *Disturbo dell'Identità di Genere* (Cfr.: N. Fisk, *Gender Dysphoria Syndrome (The How, What, and Why of a Disease)*. In D. Laub, & P. Gandy (a cura di) *Proceedings of the second interdisciplinary symposium on gender dysphoria syndrome*. Stanford, CA, 1973). Tale questione appare particolarmente interessante, rinviando all'articolazione del genere sessuale con l'identità personale. Questioni di spazio ci impediscono di approfondire tale tema. Per quanti siano interessati, comunque, ci permettiamo di rinviare al nostro “Adult Male-to-Female Transsexualism: A Clinical Existential-Phenomenological Inquiry”, *Journal of Phenomenological Psychology*, 2015, 46, 33-68.

*ruolo di genere*³⁹ opposto al sesso riconosciuto alla nascita, sottopostisi o in procinto di sottoporsi ad interventi medico-chirurgici di Affermazione del Genere (interventi anche detti di *Riattribuzione Chirurgica del Sesso*), continuano comunque a necessitare di trattamenti ormonali, consulenze psicologiche, e così via, invece, più chiaramente rinvia a necessità, ancora una volta, di carattere eminentemente *pragmatico*: più precisamente, alla questione del rimborso delle spese da parte dello Stato, alla gratuità di tali interventi: se l'intervento chirurgico ha una funzione *curativa*, ci si sarebbe infatti potuti chiedere, come si giustificerebbero eventuali altri interventi, principalmente di tipo endocrinologico? Il Manuale taglia la testa al toro ed afferma che, semplicemente, il soggetto, presentando ancora una condizione di Disforia di Genere, è in fase di *post-transizione*⁴⁰.

In definitiva, l'*American Psychiatric Association*, nella stesura della nuova edizione del manuale diagnostico, come detto, sembra aver cercato una sorta di compromesso tra le diverse posizioni espresse durante le sue fasi di preparazione; in particolare, essa ha tenuto conto delle osservazioni delle associazioni volte alla difesa dei diritti delle persone *gender variant*. Certamente resta il fatto che, alla fine, essa ha ribadito che tali soggetti sono affetti da un *disturbo mentale*.

Le cose, comunque, sembra che andranno in maniera diversa per quel concerne l'*ICD*, il sistema di classificazione delle malattie redatto dall'*Organizzazione Mondiale della Sanità*, la cui nuova edizione è prevista per il 2017.

39 Quest'ultimo concetto era stato introdotto da John Money nel 1955 a proposito del ruolo sociale *maschile* o *femminile* (*gender role*), e dell'identità che a tale ruolo è legata (Cfr.: J. MONEY, *Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: Psychologic findings*. Bulletin of the Johns Hopkins Hospital, 96, 1955, 253-264).

40 È una questione complessa: la gran parte delle persone che si sottopongono agli interventi chirurgici, infatti, successivamente a questi, si identificano pienamente e si dicono '*donne*' o '*uomini*' in senso pieno, rigettando completamente eventuali altre modalità di definizione di sé, in particolare etichette quali *transessuale* o *disforia di genere*. Quest'ultima, infatti, dovrebbe essere risolta attraverso le procedure chirurgiche. Almeno, così viene affermato. La questione è che, più verosimilmente, tali interventi *riducono* la componente disforica di genere, che, viceversa, continua a necessitare di un continuo controllo, per via ormonale, del funzionamento biologico del corpo.

3. Anche l'*Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)* è, infatti, attualmente impegnata nel processo di revisione dell'*International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems (ICD)*, la cui XI Edizione, come detto, dovrebbe essere ultimata per il 2017. La *Council of Europe Commissioner for Human Rights*⁴¹ ed il *Parlamento Europeo*⁴² hanno in questi ultimi anni, invitato l'OMS a rimuovere, all'interno di tale prossima edizione del testo, le condizioni caratterizzate da una discordanza tra il genere ed il sesso dalla sezione del Manuale relativa ai Disturbi Mentali. Ad esempio, con la risoluzione del 28 settembre 2011, il Parlamento Europeo ha affermato che esso «condanna fermamente il fatto che l'omosessualità, la bisessualità e la transessualità siano ancora considerati espressione di un disturbo mentale da molti paesi, compresi alcuni dei paesi membri. Viceversa il Parlamento fa appello agli Stati affinché si impegnino a combattere tale posizione (*and calls on states to combat this*); in particolare, auspica la depsiichiatriizzazione dell'esperienza transessuale/transgender, la libera scelta delle modalità di cura da parte degli individui interessati, la semplificazione delle procedure per il cambio dell'identità anagrafica, l'addebito delle spese necessarie». Il documento, inoltre, in maniera ancora più precisa, afferma: «si richiama la Commissione e l'Organizzazione Mondiale della Sanità affinché si provveda ad eliminare i Disturbi dell'Identità di Genere dalla lista dei Disturbi Mentali e del Comportamento, e ad operare una riclassificazione non patologizzante di tali condizioni (*and to ensure a non-pathologizing reclassification*) all'interno della prossima 11a edizione dell'*International Classification of Diseases (ICD-11)*».

Oltre che dalla Commissione del Consiglio d'Europa per i Diritti Umani e dal Parlamento Europeo, il gruppo di lavoro attualmente impegnato nella revisione della sezione del manuale relativa al capitolo dei Disturbi Sessuali e della Salute Sessuale (*ICD Working Group on Sexual Disorders and Sexual Health*) ha ricevuto analoghe sollecitazioni da numerose associazioni ed organizzazioni professionali. Tra queste è possibile ricordare: la *Agnodice Foundation* (Svizzera), l'*Aktion Transsexualität und Menschenrecht* (Germania), la *Global Action for Trans Equality (GATE)*, la

41 COUNCIL OF EUROPE. COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS. *Issue Paper: Human Rights and Gender Identity*. 2009. Consultato nel mese di Settembre 2014 dal sito <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1476365>.

42 EUROPEAN PARLIAMENT: *28 September 2011 on human rights, sexual orientation and gender identity at the United Nations*. 2011. Consultato nel mese di settembre 2014 dal sito www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2011-0427+0+DOC+XML+V0//EN

LGBT Denmark, la *Société Française d'Etudes et de prise en Charge du Transsexualisme (SoFECT)*, Francia), e la *World Professional Association for Transgender Health – WPATH*⁴³. Anche in virtù delle pressioni sociali e politiche ricevute, dunque, tale Gruppo di Lavoro, oltre a proporre un cambiamento di denominazione della condizione con l'adozione dell'espressione *Gender Incongruence*, *Incongruenza di Genere*, sembra effettivamente intenzionato a rimuovere tale condizione dalla sezione relativa ai *mental and behavioral disorders*, ed a collocarla all'interno di un nuovo capitolo, eventualmente denominato «*Sexual Health and Sexual Disorders*». In un loro recente contributo Jack Drescher, Peggy Cohen-Kettenis e Sam Winter, membri di tale gruppo di lavoro, hanno esposto le ragioni poste a giustificazione dei cambiamenti che, almeno per il momento così sembra, sembrano intenzionati a proporre⁴⁴. Per quanto la citazione sia abbastanza estesa, vale la pena riportarla per intero.

La stigmatizzazione della condizione *transgender* e l'essere essa considerata un disturbo mentale crea una situazione doppiamente gravosa per i soggetti interessati, con gravi ripercussioni sul loro stato di salute, ed un'evidente violazione dei diritti umani. Ad esempio, alle persone *transgender* è molto facile che possa venir negato l'accesso ad eventuali cure mediche o ai differenti servizi sociali, essendo inteso lo specialista in psichiatria come l'unico competente anche per condizioni cliniche o sociali che nulla hanno a che fare con la condizione *transgender*. Per molte persone *transgender*, la difficoltà di accesso ai servizi dedicati al processo di transizione si traduce spesso in un aumentato rischio per la salute, ad esempio in un aumento dell'esposizione al rischio di infezione da HIV a seguito della autosomministrazione per via iniettiva di ormoni acquistati, per disperazione, al mercato nero. Ciò, con ovvie conseguenze anche per la più generale salute pubblica. In aggiunta, sul piano giuridico, la presenza di una diagnosi psichiatrica potrebbe, in taluni casi, poter portare a dubitare della capacità della persona di intendere e di volere. Molti paesi hanno palesato un evidente pregiudizio rispetto alla libera possibilità di un individuo di veder modificati i propri dati anagrafici sui documenti, ad esempio sul passaporto o la patente di guida. Un giudice potrebbe esprimersi in senso avverso nei confronti di una persona *transgender* su argomenti quali l'affidamento dei figli quando la questione della diagnosi psichiatrica venisse ad essere utilizzata per porre in dubbio le capacità genitoriali del soggetto. Queste sono alcune

43 G. KNUDSON, G. DE CUYPERE & W. BOCKTING, *Second Response of the World Professional Association for Transgender Health to the Proposed Revision of the Diagnosis of Transvestic Disorder for DSM 5*. *International Journal of Transgenderism*, 13, 2011, 9-12.

44 J. DRESCHER, P. COHEN-KETTENIS & S. WINTER, *Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11*. *International Review of Psychiatry*, 24(6), 2012, 568-577.

delle ragioni che ci spingono oggi a considerare sempre più l'ipotesi di una derubricazione delle condizioni *transgender* dalla sezione del manuale relativa ai Disturbi Mentali.

Considerato il fatto che la missione primaria dell'OMS è quella della promozione di una condizione di salute per il più ampio numero di persone, tale Organizzazione deve ben valutare, infatti, se una politica (*policy*) che si riveli avere conseguenze negative per la salute (o sul godimento dei diritti umani fondamentali) di un determinato gruppo di persone non venga ad essere in contraddizione con i propri stessi principi ispiratori.⁴⁵

Ora, per quanto molte delle considerazioni riportate dagli autori appaiano decisamente condivisibili, una questione inevitabilmente viene comunque a porsi: ma che genere di Disciplina Scientifica è la Psichiatria se essa giunge a definire il proprio campo sulla base di argomentazioni di tal fatta? Più specificamente, le domande che si pongono sono due: ma cos'è effettivamente un disturbo mentale? Come è possibile definirlo sul piano, per così dire, ontologico ed epistemologico?

4. È stato fatto notare come il dibattito animatosi negli ultimi anni intorno al tema della legittimità dell'operazione di inclusione delle condizioni di varianza di genere entro il novero dei disturbi mentali richiami gli eventi che, nel secolo scorso, precedettero ed accompagnarono la rimozione dell'omosessualità, in un primo momento dal *DSM*, e, quindi, successivamente dall'*ICD*^{46,47}. Le tappe principali che portarono a tale cancellazione furono le seguenti: dopo le rivolte di Stonewall del 1969 a New York City, alcuni attivisti gay e lesbiche, ritenendo che le teorie psichiatriche contribuissero enormemente a determinare lo stigma sociale esistente intorno all'omosessualità, nel 1970 e nel 1971, interruppero alcune delle sessioni degli incontri annuali dell'*APA*, al fine di richiamare l'attenzione sugli effetti negativi della *psichiatrizzazione* dell'omosessualità per le persone interessate. Nel corso dell'incontro annuale del 1972 alcuni attivisti gay e John Fryer, un medico che si presentò come il *Dr. H Anonymous*, uno 'psichiatra omosessuale', spiegò agli astanti, molti dei quali si trovarono ad ascoltare queste cose per la prima volta, quali fossero gli effetti delle

45 J. DRESCHER, P. COHEN-KETTENIS & S. WINTER, cit., p. 573.

46 J. DRESCHER, *Queer diagnoses: parallels and contrast in the history of homosexuality, gender variance, and the diagnostic and statistical manual*. Archives of Sexual Behaviour, 39, 2010, 427-460.

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

loro teorie, e in particolare lo stigma che veniva a cadere sulle persone omosessuali in ragione del fatto di essere considerate affette da un disturbo mentale^{48, 49, 50}. Fu proprio dopo questi eventi che l'APA avviò una discussione interna volta a chiarire l'effettiva natura patologica o meno dell'omosessualità. Quando Robert Spitzer, ebbe a concludere che in assenza di *disagio soggettivo* o di una *compromissione generalizzata del funzionamento*, i due criteri da egli identificati come caratterizzanti in senso generale i disturbi mentali⁵¹, si dovesse procedere all'eliminazione dell'omosessualità dal DSM III, dopo una serie di passaggi tra diverse commissioni interne all'Associazione, fu infine deliberato di procedere a tale eliminazione. A fronte di tale decisione, Irving Bieber⁵² e Charles Socarides⁵³, due rinomati psichiatri appartenenti alla tradizione psicoanalitica nordamericana, contestarono quanto deliberato e chiesero che venisse indetto un referendum tra i membri dell'Associazione per confermare o invalidare la deliberazione del *Board of Trustees*. Il referendum fu effettivamente bandito ed al termine dello scrutinio delle schede risultò che il 58% degli votanti si era espresso a favore della rimozione dell'omosessualità dall'elenco dei disturbi mentali, sia pure solo per quel che concerneva la variante egosintonica⁵⁴.

48 B. GITTINGS, *Show and tell*. Journal of Gay and Lesbian Mental Health, 12(3), 2008, 289–294.

49 F. KAMENY, *How it all started*. Journal of Gay & Lesbian Mental Health, 13(2), 2009, 76–81.

50 C. SILVERSTEIN, *The implications of removing homosexuality from the DSM as a mental disorder* (Letter to the editor). Archives of Sexual Behavior, 38, 2009, 161–163.

51 R. L. SPITZER, *The diagnostic status of homosexuality in DSM III: Are formulation of the issues*. American Journal of Psychiatry, 138, 1981, 210–215.

52 I. BIEBER, *On arriving at the American Psychiatric Association decision on homosexuality*. In H. T. ENGELHARDT & A. L. CAPLAN (a cura di), *Scientific controversies: Case studies in the resolution and closure of disputes in science and technology* (pp. 417–436). New York, 1987.

53 G. SOCARIDES, *Homosexuality: A freedom too far*. Phoenix, AZ, 1995.

54 Almeno in un primo tempo, contestualmente all'eliminazione della categoria omosessualità, fu inserita una nuova categoria – il cosiddetto *Disturbo dell'Orientamento Sessuale* – la quale sostanzialmente andava a comprendere le condizioni di omosessualità egodistoniche, ovverossia quei casi in cui la condizione omosessuale veniva ad essere vissuta con disagio dal soggetto. Questa categoria sarebbe stata successivamente rimossa e, dunque, l'omosessualità definitivamente bandita dal manuale solo a partire dalla terza edizione rivisitata. Relativamente agli eventi che stiamo richiamando, è giusto far notare, come attentamente ricostruito qualche anno fa da Jack Drescher (Cfr.: J. DRESCHER, 2010, *op. cit.*), che il processo di depatologizzazione dell'omosessualità fu, in realtà, storicamente reso possibile dalla convergenza di numerosi fattori, e non solo dalla azione dell'atti-

Ora, se i due criteri individuati da Spitzer fossero ancora oggi considerati adeguati da soli a definire l'essenza dei disturbi mentali, appare ovvio che la questione della natura patologica delle varianti di genere non dovrebbe proprio porsi: moltissime persone presentanti tale condizione, infatti, la vivono senza problemi e non hanno alcun problema in ambito sociale, lavorativo, affettivo, e così via; se pure la loro condizione è accompagnata da disagio o da difficoltà di vario genere, è molto probabile che ciò non derivi dalla condizione in sé, bensì dalle reazioni del contesto ambientale al loro stesso essere. La questione, però, è che, per quanto strano possa sembrare, i due criteri identificati da Spitzer si sono rivelati col tempo non pienamente adeguati a descrivere l'intera classe dei disturbi mentali: molti di questi, infatti, non sono affatto accompagnati da un disagio soggettivo, né da specifiche e marcate difficoltà sul piano del funzionamento⁵⁵. La stessa nuova edizione del manuale statunitense afferma:

vismo omosessuale: in primo luogo, dal diffondersi delle teorie antipsichiatriche che nella questione omosessuale vedevano la conferma dell'idea della psichiatria come istituzione sociale deputata al controllo ed alla marginalizzazione di specifici gruppi di individui; in secondo luogo, dal numero crescente di studi scientifici che dimostravano, da una parte la diffusione di un orientamento omosessuale in popolazioni non-cliniche di soggetti (Cfr.: A. KINSEY, W. POMEROY & C. MARTIN, *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia, 1948; A. KINSEY, W. POMEROY, C. MARTIN & P. GEBHARD, *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia, 1953), e dall'altra l'assenza di sintomi psicopatologici di rilievo in campioni di soggetti omosessuali (Cfr.: E. A. HOOKER, *The adjustment of the male overt homosexual*. *Journal of Projective Techniques*, 21, 1957, 18–31). Per un'analisi più dettagliata degli eventi che portarono alla eliminazione dell'omosessualità dal DSM, cfr. S. KIRK & H. KUTCHINS, 1992, *op. cit.*; H.F.L MEYER-BAHLBURG, 2010, *op. cit.*; D. BOLTON, *What is mental disorder? An essay in philosophy, science, and value*. Oxford, UK, 2008/2009; D. BOLTON, *What is Mental Illness?* In K. W. M. FULFORD, M. DAVIES, R. G. T. GIPPS, G. GRAHAM, J. Z. SADLER, G. STANGHELLINI, & T. THORNTON (a cura di), *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry* (pp. 434-450). Oxford (UK), 2013.

- 55 Lo stesso Spitzer, del resto, ricorda così il lavoro da egli svolto per la definizione dei criteri atti a definire un disturbo mentale: «giunsi alla conclusione che, con l'eccezione dell'omosessualità e forse di alcune altre "deviazioni sessuali", tutti i disturbi mentali determinano sempre un disagio soggettivo o una compromissione generalizzata del funzionamento sociale» (Cfr.: R. L. SPITZER, 1981, *op. cit.*, 211, enfasi mia). Oltre ad alcune condotte parafiliche che, effettivamente, non sono sempre accompagnate da disagio soggettivo e/o da compromissione del funzionamento sociale e lavorativo, vi sono altre condizioni la cui natura pone in discussione i criteri di Spitzer: basti pensare, giusto a titolo di esempio, all'alcolismo, ad alcune forme di Anoressia Nervosa o al cosiddetto Disturbo Fittizio, un disturbo caratterizzato dalla falsificazione di segni o sintomi fisici o patologici o da un'autoinduzione di un infortunio o di una malattia, associato a un inganno accertato. Va, tuttavia, detto che, i criteri del «disagio clinica-

Benché nessuna definizione possa cogliere tutti gli aspetti della gamma di disturbi contenuta nel DSM-5, sono richiesti i seguenti elementi:

Un disturbo mentale è una sindrome caratterizzata da un'alterazione clinicamente significativa della sfera cognitiva, della regolazione delle emozioni o del comportamento di un individuo, che riflette una disfunzione nei processi psicologici, biologici o evolutivi che sottendono il funzionamento mentale. *I disturbi mentali sono solitamente associati a un livello significativo di disagio o disabilità in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.* Una reazione prevedibile o culturalmente appropriata a un fattore stressante o a una perdita comuni, come la morte di una persona cara, non è un disturbo mentale. Comportamenti socialmente devianti (per es., politici, religiosi o sessuali) e conflitti che insorgono primariamente tra l'individuo e la società non sono disturbi mentali, a meno che la devianza o il conflitto non sia il risultato di una disfunzione a carico dell'individuo, come descritto precedentemente⁵⁶.

Ancora oggi, dunque, non esiste una chiara e definitiva definizione operativa dei confini dei disturbi mentali e, per certi versi, la *questione omosessualità* continua a porsi come una vera *spina nel fianco* del sapere psichiatrico. Tant'è vero che, ancora nel 2008, Kenneth S. Kendler e Peter Zachar, scrivevano:

*mente significativo o della compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti del funzionamento», fu inserito, all'interno della terza edizione rivisitata del DSM, in riferimento ai quadri di fobia sociale, di fobia semplice e del disturbo ossessivo-compulsivo. Ciò perché forme attenuate dei sintomi che caratterizzano le tre condizioni sono comunemente riscontrabili nella popolazione generale, senza che essi abbiano una specifica valenza psicopatologica. A partire dalla IV Edizione del Manuale, tale criterio è stato aggiunto a circa la metà dei Disturbi inclusi nel manuale, come risposta alle critiche che erano state formulate di iperinclusività delle categorie proposte (D.F. KLEIN, *A proposed definition of mental disorder*. In D.F. KLEIN, E R.L. SPITZER (a cura di). *Critical Issues in Psychiatric Diagnosis* (pp 41–72). New York: 1978; R.L. SPITZER & J.B.W. WILLIAMS. *The definition and diagnosis of mental disorder*, in W.R. GOVE (a cura di), *Deviance and Mental Illness: Sage Annual Reviews of Studies in Deviance*, vol 6 (pp 15–31). Beverly Hills, California: 1992; J. C. WAKEFIELD, *The concept of mental disorder – on the boundary between biological facts and social value*. *American Psychologist*, 47, 1992, 373–88), e, dunque, al fine di minimizzare il rischio di falsi positivi nei processi diagnostici (Cfr.: R. L. SPITZER & J. C. WAKEFIELD, *DSM-IV Diagnostic Criterion for Clinical Significance: Does It Help Solve the False Positives Problem?* *American Journal of Psychiatry*, 156, 1999, 1856–1864).*

56 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), *Gender Dysphoria*, 2013, <http://www.dsm5.org/documents/gender%20dysphoria%20fact%20sheet.pdf>. Consultato nel mese di settembre 2014, enfasi mia.

Gli psichiatri hanno dovuto fronteggiare le aspre critiche che sono state mosse alla loro disciplina per il fatto di aver derubricato l'omosessualità dal novero dei Disturbi Mentali a seguito di un referendum realizzato all'interno della propria comunità. La nosografia psichiatrica, infatti ci si è chiesto, costituisce uno sforzo fatto all'interno del campo scientifico o piuttosto l'espressione di cangianti venti politici? I problemi della psichiatria non sono limitati alla sola questione dell'orientamento sessuale. Il *cross-dressing* va considerato un Disturbo Mentale? E gli adolescenti che manifestano comportamenti oppositivi e provocatori sono da considerare mentalmente disturbati? Le condizioni sottosoglia vanno trattate farmacologicamente? È d'aiuto per la causa degli psichiatri il fatto che gli astronomi abbiano posto a votazione se continuare a considerare Plutone un pianeta, ma la decisione degli astronomi di riscrivere la definizione di 'pianeta' non ha rimosso i persistenti dubbi sulla legittimità scientifica della nosologia psichiatrica^{57, 58}.

Non è una faccenda di poco conto. Come affermato qualche anno fa da Somogy Varga, infatti,

Il concetto di malattia mentale costituisce il fondamento della scienza psichiatrica (*the concept of mental disorder is at the foundation of psychiatry*). Sebbene la questione della definizione adeguata dei disturbi mentali sia alquanto spinosa, per le sue ricadute sul piano della ricerca psichiatrica, della diagnosi e degli interventi socio-politici, almeno a partire dalla terza edizione del DSM si è stabilito un ampio consenso sulla necessità di una delucidazione convincente del concetto ad essi relativo. In più, per molti, la credibilità della psichiatria come disciplina medica in una certa misura dipende proprio da una siffatta definizione convincente.⁵⁹

57 K.S. KENDLER & P. ZACHAR, *The incredible insecurity of psychiatric nosology*. In: K. KENDLER, & J. PARNAS (a cura di). *Philosophical issues in psychiatry: explanation, phenomenology, and nosology* (pp. 368-383). Baltimore, 2008, p. 368.

58 Su tale argomento gli autori sono tornati anche di recente, nuovamente operando un raffronto tra gli eventi connessi all'eliminazione dell'omosessualità dal DSM e quanto accaduto qualche anno fa in campo astronomico con l'eliminazione di Plutone dal novero dei pianeti (Cfr. K.S. KENDLER & P. ZACHAR, *The incredible insecurity of psychiatric nosology*. In: K. KENDLER & J. PARNAS (a cura di). *Philosophical issues in psychiatry: explanation, phenomenology, and nosology* (pp. 368-383). Baltimore, 2008; P. ZACHAR & K.S. KENDLER, *The removal of Pluto from the class of planets and homosexuality from the class of psychiatric disorders: a comparison*. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 7, 4, 2012.)

59 S. VARGA, *Defining mental disorder. Exploring the "natural function" approach*. *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine*, 21(6), 2011, 1. Consultato nel mese di settembre 2014 dal sito <http://www.peh-med.com/content/pdf/1747-5341-6-1.pdf>, p. 1.

Non è solo una questione, dunque, per così dire, *ontologica*, bensì anche *epistemologica*, *etica*, *giuridica* e, certamente, *pragmatica*. Come afferma da Robert Evan Kendell:

La questione fondamentale, ma anche quella più controversa, è se le malattie (*diseases*) mentali e le differenti forme di disagio psichico (*illness*) debbano più correttamente essere intese quali concetti normativi fondati su giudizi di valore, o se essi siano termini scientifici, privi di qualunque riferimento a criteri normativi (*valuefree*); in altre parole se essi siano termini biomedici o termini biopolitici⁶⁰

Non v'è alcun dubbio, come affermato da Kirk & Kutchins⁶¹, che giusto la problematica omosessuale abbia contribuito a quel capovolgimento radicale del modo di intendere il campo psichiatrico che ha avuto il suo battesimo proprio con la pubblicazione della terza edizione del manuale diagnostico statunitense. In qualche modo, infatti, è stato proprio il riconoscimento della possibile *interferenza* di giudizi di valore nella qualificazione patologica di specifici tratti psicologici o comportamentali, che ha posto all'Associazione degli psichiatri americani l'imperativo di una ricerca di criteri operazionali diagnostici il più possibile obiettivi, *valuefree*, di un approccio rigorosamente descrittivo, a-teorico, di tipo *neo-krepeliniano*. Il problema è che tale impostazione si mostra chiaramente problematica: come anche noi abbiamo già in passato avuto modo di specificare richiamandoci alle riflessioni di Giovanni Stanghellini^{62, 63, 64}, i Disturbi Mentali sono *enti di cultura* e non *enti di natura*. Se in medicina, la condizione di malattia è definita dalla conoscenza degli specifici processi fisiopatologici sottostanti il quadro sintomatico, se non addirittura dell'etiologia dello stesso, in psichiatria ciò non accade: qui ci si muove solo ed esclusivamente, come riconosce lo stesso manuale, ad un *livello sindromico*, dunque in assenza di conoscenze precise e di prove incontrovertibili sulle basi somatiche delle condizioni descritte. D'altro canto, ciò che definisce i disturbi sono pur sempre elementi quali i pensieri, gli affetti, i

60 R. E. KENDELL, *What are mental disorders?* In A.M. FREEDMAN, R. BROTMAN, I. SILVERMAN, E D. HUTSON (a cura di). *Issues in psychiatric classification: science, practice and social policy* (pp 23-45). New York, 1986, p. 25.

61 S. KIRK & H. KUTCHINS, 1992, *op. cit.*

62 G. STANGHELLINI, *Psicopatologia del senso comune*, Milano, 2006.

63 R. VITELLI, *Spettri di Witmer: la domanda di psicologia clinica tra continuità e cambiamento*, Rivista di Psicologia Clinica, 3, 2007, 284-292.

64 R. VITELLI, P. FAZZARI, P. VALERIO, *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 (a cura di), *Comunità omosessuali: Le scienze sociali sulla popolazione LGBT*, Milano, 2013.

comportamenti, le credenze, i desideri, le motivazioni: elementi impalpabili, riferibili all'esperienza vissuta del soggetto e, soprattutto, all'insieme di quei fattori contestuali storico-sociali, rispetto ai quali soltanto, di volta in volta, è possibile stabilire una linea di demarcazione tra la 'norma' e la 'patologia'. La questione, allora, diviene quella di stabilire dei criteri che possano effettivamente reggere all'accusa di arbitrarietà, di azione violenta volta alla marginalizzazione di soggetti che, semplicemente, vengano a caratterizzarsi per un modo altro di funzionamento della mente. Jerome C. Wakefield, Professore di Scienze Sociali, e dei Fondamenti Concettuali Psichiatrici presso la Scuola di Medicina della *New York University*, uno degli autori maggiormente influenti all'interno dell'attuale dibattito sulla più corretta modalità di definizione del costrutto di malattia mentale, proprio nel tentativo di fronteggiare tale obiezione, ha proposto, già da molti anni, una propria teoria che da molti continua ad essere considerata la più adeguata a definire l'esatta natura di un disturbo mentale⁶⁵. Egli definisce quest'ultimo come una '*disfunzione dannosa*' (*harmful dysfunction*). Più precisamente, scrive:

Una condizione costituisce un disturbo se, e solo se (a) la condizione determina alla persona interessata qualche danno o svantaggio (*some harm or deprivation of benefit*) in riferimento agli standard propri alla cultura del soggetto (*il criterio di valore*) (*the value criterion*), e (b) la condizione deriva dal deficit di funzionamento di qualche meccanismo interno rispetto alla sua funzione naturale, laddove quest'ultima va intesa in riferimento alla spiegazione evolutivista dell'esistenza e della modalità di funzionamento della struttura (*il criterio esplicativo*) (*the explanatory criterion*)⁶⁶.

In questo modo, l'autore considera un modello complessivo nel quale due sono le variabili in gioco per la qualificazione di una condizione psicologica come patologica: da una parte le norme socioculturali, e, dall'altra, una più sfuggente anomalia delle funzioni dell'apparato psichico, cioè, della struttura cerebrale (l'*hardware*), o delle funzioni e delle disposizioni mentali, ad esempio, dei meccanismi motivazionali, cognitivi, affettivi e percettivi (il *software*), selezionatisi nel corso dell'evoluzione della specie in ragione dei vantaggi da essi apportati per la sopravvivenza degli indi-

65 Come ricordava Rachel Cooper (Cfr.: R. COOPER, *Psychiatry and philosophy of science*. Stocksfield, 2007), l'approccio di Wakefield in qualche modo avrebbe influenzato lo stesso approccio dell'APA nella definizione concettuale dei disturbi mentali.

66 J. C. WAKEFIELD, *The concept of mental disorder – on the boundary between biological facts and social value*. *American Psychologist*, 47, 1992, 373–88, p. 384.

vidui e per la trasmissione del materiale genetico alla progenie^{67, 68, 69}. Ora,

- 67 Il ragionamento di Wakefield si colloca entro una linea di pensiero di tipo *neo-darwiniano*. La componente *disfunzionale*, infatti, viene da egli intesa come un termine scientifico *fattuale* basato sulla biologia evuzionistica (Cfr.: J. C. WAKEFIELD, *The concept of mental disorder: diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis*. World Psychiatry, 6(3), 2007 149-156). Tale linea di pensiero ha avuto una notevole influenza anche nell'opera di altri importanti autori: lo stesso Krafft-Ebing, uno dei padri fondatori della moderna scienza sessuologica che tanta parte ha avuto nel processo di psichiatrizzazione delle varianze di genere, procedette alla sistematizzazione nosografica delle differenti condotte sessuali non convenzionali, proprio a partire dalle teorie darwiniane del XIX secolo: in tal modo, tutti comportamenti sessuali non aventi una chiara finalità procreativa vennero ad essere da lui considerati espressione di quadri psicopatologici. Più di recente autori importanti quali Robert Kendell e Christopher Boorse (Cfr.: C. BOORSE, Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science*, 44(4), 1977, 542-573, e C. BOORSE, A Rebuttal on health. In J. F. HUMBER, & R. F. ALMEDER (a cura di). *What is Disease?* (pp. 1- 134). Totowa: New Jersey, 1997) si sono mossi sostanzialmente sulla stessa linea di pensiero. Relativamente a Kendell, occorre ricordare, infatti, come, già negli anni sessanta, rifacendosi alle coeve riflessioni di Scadding (Cfr.: J. G. SCADDING, *Diagnosis: the clinician and the computer*, Lancet, 2, 1967, 877-882), si riferì alla malattia mentale come a qualcosa in grado di conferire all'individuo uno svantaggio biologico in termini di aumentata mortalità e ridotta fertilità (Cfr. R. E. KENDELL, *The Role of Diagnosis in Psychiatry*. Joboken, New Jersey, 1975). Per quel che concerne il pensiero di Boorse, cfr.: R. VITELLI, P. FAZZARI, P. VALERIO, Milano, 2013, *op. cit.*
- 68 WAKEFIELD, J.C., *Realtà e valori nel concetto di salute mentale: il disturbo come disfunzione dannosa*. Psicoterapia e Scienze Umane, 38(4), 2004, 439-464.
- 69 Qualche anno più tardi, Wakefield avrebbe riassunto la sua concezione nel seguente modo: «un disturbo mentale può essere definito come una “disfunzione dannosa”, dove “dannoso” è un termine valoriale (*a value term*), da riferirsi a condizioni giudicate negativamente sulla base degli standard socioculturali di riferimento e “disfunzione” è un termine scientifico fattuale (*a scientific factual term*)». (2007, 149) Proprio sulla base di tali assunti, in un articolo scritto con Michael B. First (Cfr.: J. C. WAKEFIELD & M. B. FIRST, *Classifying the distinction between disorder and nondisorder: Confronting the overdiagnosis (false positive) problem in DSM-V*. In K. A. PHILIPS, M. B. FIRST, & H. A. PINCUS, (a cura di). *Advancing DSM: Dilemmas in psychiatric diagnosis* (pp. 23-56). Arlington, WA, 2003; J. C. WAKEFIELD, *DSM-5: An overview of changes and controversies*, Clinical Social Work Journal, 41(2), 2013, 139-154, l'autore giunge ad affermare che, a rigore, il Disturbo dell'Identità di Genere non può essere considerato un disturbo mentale, mancando una delle due condizioni necessarie alla definizione di quest'ultimo, ovverossia il disagio soggettivo (in altre parole quella che nella sua teoria viene detta la componente di “danno”). Le varianze di genere dunque, dovrebbero essere considerate, afferma l'autore, una *semplice disfunzione*, ma non un Disturbo Mentale. Ora la questione è che, come affermato da Heino Meyer-Bahlburg (Cfr.: H.F.L MEYER-BAHLBURG, 2010, *op. cit.*), il riferirsi alla varianza di genere in termi-

la proposta di Wakefield di definire i disturbi mentali come una *harmful dysfunction* appare alquanto problematica, non solo per la complessità del processo di determinazione degli specifici meccanismi del funzionamento mentale selezionatisi nel corso dell'evoluzione, in altre parole dell'*explanatory criterion*⁷⁰, ma anche per l'altro criterio da egli individuato: se, infatti, è certamente necessario considerare la rilevanza degli elementi contestuali, storici e culturali, la questione, però, che a quel punto si pone è la seguente: ma quali standard socioculturali occorre considerare, volendo identificare condizioni che siano riconosciute nella loro abnormità a prescindere dal contesto geografico? Agli standard propri dei paesi occidentali? È ovvio, infatti, che culture diverse, come del resto abbiamo prima visto anche il DSM-5 riconosce, producono sistemi valoriali diversi, e, quindi,

ni di *disfunzione* non è meno problematico che il riferirsi ad essa come un disturbo mentale. Più di recente, sempre Wakefield ha osservato come le novità introdotte nel DSM-5 relativamente alla Disforia di Genere chiaramente richiamino le vicissitudini dell'omosessualità, prevedendo una prossima definitiva fuoriuscita della condizione dal manuale: «la categoria “Disturbo dell'Identità di Genere” è stata eliminata dal capito relativo ai “Disturbi Sessuali e dell'Identità di Genere” e sostituita con quella di “Disforia di Genere”. Entrambi questi cambiamenti hanno il senso di prendere le distanze dall'etichettamento della condizione come disturbo (*are ways of distancing this condition from the “disorder” label*). D'altra parte, non è stato ritenuto prudente procedere alla completa eliminazione della condizione dal Manuale in ragione della necessità, per talune di queste persone, di una diagnosi che possa giustificare il rimborso delle spese necessarie per gli interventi tipo medico e chirurgico volti alla riassegnazione del sesso. La nuova modalità di denominazione, da una parte riduce lo stigma, dall'altra mantiene in vita la possibilità di accesso gratuito ai trattamenti medici. Essa, inoltre, è stata ritenuta in grado di enfatizzare l'“incongruenza di genere” e non l'identificazione cross-gender, in ogni caso, i criteri diagnostici non sono variati gran che. La questione della riduzione dello stigma è principalmente da ricondurre al cambiamento semantico. In ogni caso, l'omosessualità è stata dapprima convertita in omosessualità ego-distonica, e poi, successivamente, è stata eliminata definitivamente dal manuale, in quanto, logicamente, il fatto che uno possa essere “disforico” relativamente a qualcosa che di per sé non costituisce un disturbo, non costituisce espressione di un disturbo mentale, a meno che la disforia non raggiunga livelli di severità della depressione maggiore particolarmente elevati (*logically the fact that one feels dysphoric about something that in itself is not disordered does not constitute a mental disorder unless it reaches major depression levels of severity*). Lo stesso processo, con due passaggi progressivi verso la depatologizzazione si verificherà probabilmente anche nel caso del Disturbo dell'Identità di genere (*The same two-step process of depathologization may be occurring to gender identity disorder*)» (Cfr.: J. C. WAKEFIELD, *The concept of mental disorder: diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis*. World Psychiatry, 6(3), 2007 149-156), p. 146.

70 D. BOLTON, 2008/2009, *op. cit.*

norme di condotta, di pensiero, e così via, profondamente diversificate. Come Derek Bolton ha detto qualche anno fa:

Se si formula il giudizio di abnormità di una condizione in termini comparativi, considerando un gruppo medio di riferimento, diviene poco chiaro a quale gruppo medio di riferimento ci si debba riferire, e perché una deviazione da tale gruppo debba essere considerata una disfunzione e non soltanto una differenza.⁷¹

In altre parole, quella che sembra essere sottesa alla posizione di Wakefield è una visione estremamente ideologica esprimibile, rifacendoci a quanto affermato alcuni anni fa da Massimo Grasso e Pietro Stampa⁷² attraverso la seguente equazione: conformismo ai valori prevalenti nel mondo occidentale = normalità = salute.

Ma allora, se neanche la proposta di Wakefield è adeguata, a cosa esattamente ci riferiamo quando parliamo di disturbi mentali?

Phillips et al.⁷³, nel loro «discorso a più voci», hanno identificato, a tal riguardo, cinque differenti posizioni. La recente edizione del DSM sembra muoversi tra di esse, a volte non senza una certa qual contraddizione interna. È interessante, dunque, vederle un po' da vicino, osservando al contempo come esse siano state articolate all'interno del manuale statunitense:

La prima è una posizione che gli autori definiscono di tipo «realistico». Secondo tale punto di vista i disturbi mentali sono qualcosa di «reale», esistente, per così dire 'là fuori' indipendentemente dall'osservatore/valutatore, in qualche modo radicato/determinato in/dalle specifiche anomalie della struttura cerebrale o nelle/dalle modalità di processamento cognitivo/affettivo delle informazioni interne e/o esterne; essi sono intersoggettivamente apprezzabili ed in futuro potranno essere riconosciuti nella loro vera natura, attraverso il riconoscimento dei loro fondamenti biologici, al di là dei meri aspetti fenomenici. Tale posizione è ben espressa dagli estensori del Manuale statunitense, i quali, come abbiamo appena visto, ci tengono a ribadire che «un disturbo mentale è una sindrome caratterizzata da un'al-

71 D. BOLTON, 2008/2009, *op. cit.*, p. 9.

72 M. GRASSO & P. STAMPA, *Chi ha slegato Roger Rabbit? Diagnosi psichiatrica e modelli di salute mentale: Osservazioni su alcune criticità metodologiche per la ricerca in psicoterapia*. Rivista di Psicologia Clinica. Teoria e metodi dell'intervento, 1, 2006, 102-117.

73 J. PHILLIPS ET AL., *The six most essential questions in psychiatric diagnosis: a pluarologue part 1: conceptual and definitional issues in psychiatric diagnosis*. Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine, 7:3, 2012. Consultato nel mese di settembre 2014 dal sito <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3305603/>

terazione clinicamente significativa della sfera cognitiva, della regolazione delle emozioni o del comportamento di un individuo, che riflette una disfunzione nei processi psicologici, biologici o evolutivi che sottendono il funzionamento mentale»⁷⁴. Secondo questa prospettiva, dunque, nella definizione di un disturbo mentale sono completamente fuori gioco giudizi di valore, e più in particolare il riferimento a fattori storico/culturali. Poco più avanti, infatti, il testo, *repetita iuvant*, recita: «Una reazione prevedibile o culturalmente appropriata a un fattore stressante o a una perdita comuni, come la morte di una persona cara, non è un disturbo mentale. Comportamenti socialmente devianti (per es., politici, religiosi o sessuali) e conflitti che insorgono primariamente tra l'individuo e la società non sono disturbi mentali, *a meno che la devianza o il conflitto non sia il risultato di una disfunzione a carico dell'individuo* [...] Approcci per validare i criteri diagnostici relativi a disturbi mentali categoriali discreti hanno incluso i seguenti tipi di evidenza: validatori antecedenti (marker genetici simili, caratteristiche familiari, temperamento ed esposizione ambientale), validatori concorrenti (substrati neurali, marker biologici, processi cognitivi ed emotivi e affinità di sintomi) e validatori predittivi (decorso clinico simile e risposta al trattamento)».⁷⁵

Dunque, secondo i sostenitori di tale punto di vista, un disturbo mentale è qualcosa di *reale* ed *obiettivo*, che concerne il singolo, e più precisamente il suo funzionamento biologico, essendo quello psicologico nient'altro che un epifenomeno del primo.

2) Una seconda posizione viene definita da Philips et al., come “nominalista”. Per quanto non sia semplicissimo stabilire in maniera precisa cosa contraddistingua per gli autori tale punto di vista, in linea generale esso sembrerebbe rimandare all'impossibilità di identificazione di un concetto univoco ed universale di 'disturbo mentale'. Come nella più classica argomentazione filosofica degli autori di scuola nominalistica sulla natura dei concetti universali, tale concetto generale, per così dire, non esisterebbe; i disturbi mentali non sarebbero che *puri nomi*, segni astratti che possono essere esclusivamente predicati dei soggetti concreti, ovverossia dei soggetti sofferenti sul piano psichico, segni, cioè, che denotano individui, i soli che possono esistere nella realtà; detto ancora in altre parole, i disturbi mentali non sarebbero altro che convenzioni verbali associate agli oggetti specifici, ovverossia appunto ai soggetti sofferenti sul piano psichico, secondo specifici schemi interpretativi. Sposando tale posizione, sostengono

74 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), *DSM-5. op. cit.*, p. 22.

75 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), *DSM-5. op. cit.*, pp. 22-23.

gli autori, esisterebbero, «effettivamente, lì fuori, specifiche condizioni psicopatologiche (*real psychopathology out there*), ma non abbiamo alcuna garanzia che i costrutti diagnostici siano poi effettivamente in grado di risolverle (*but we have no guarantee that their diagnostic constructs sort it out correctly*)»⁷⁶. Ed in effetti, proprio la natura elusiva delle categorie impiegate, porta alcuni autori che sposano la posizione nominalista a riconoscere l'arbitrarietà dei criteri di inclusione di alcune condizioni tra le fila dei disturbi mentali⁷⁷.

3) Punto di vista «costruzionista». Per certi versi vicino a quello precedente, ma con un riconoscimento nettamente più deciso delle componenti storiche, culturali e sociali implicate nella definizione dei disturbi mentali, gli autori che si riconoscono in tale punto di vista considerano questi ultimi nient'altro che *costruzioni sociali*. Ora tale posizione, almeno dal nostro punto di vista, appare meglio cogliere l'effettiva natura dei disturbi mentali. Appare evidente, infatti, come detto poc'anzi, che i disturbi mentali sono *enti di cultura*. Basti pensare a come determinati comportamenti, oggi considerati espressione sintomatica di specifici disturbi mentali, siano stati interpretati in passato, e possono ancora oggi essere intesi entro specifici contesti culturali, in maniera profondamente diversa, ad esempio, come effetto di possessione diabolica, dell'azione o dello speciale rapporto con forze o entità sovrannaturali o, ancor meglio, come abbiamo precedentemente detto giusto al riguardo delle varianti di genere, come semplice, possibile, "normale" declinazione dell'esistente umano.

Lo stesso DSM-5, in qualche modo abbracciando *anche una posizione costruzionista*, ed in parte contraddicendo sé stesso con la contemporanea adozione di una posizione *realista*, afferma:

I disturbi mentali sono definiti in relazione alle norme e ai valori culturali, sociali e familiari. La cultura di appartenenza fornisce dei contesti interpretativi che modellano l'esperienza e la manifestazione dei sintomi, segni e comportamenti che costituiscono i criteri per la diagnosi [...] I confini fra normalità e patologia variano da una cultura all'altra per specifiche tipologie di comportamento. Le soglie di tolleranza per specifici sintomi o comportamenti differiscono tra culture, contesti sociali e famiglie. Di conseguenza, il livello al quale un'esperienza assume tratti patologici sarà differente. La decisione relativa all'attribuzione di anormalità a un comportamento e alla necessità di

76 J. PHILLIPS ET AL., *op. cit.*, p. 6.

77 A tal riguardo, si veda, ad esempio, all'interno dell'articolo che stiamo commentando di Phillips, et al., la posizione espressa da P. ZACHAR & S. G. LOBELLO, *Commentary: A Game for Every Kind of Umpire (Almost)*. In J. PHILLIPS ET AL., *op. cit.*, 2012, p. 5.

attenzione clinica dipende da norme culturali interiorizzate dall'individuo e applicate dagli altri, inclusi i membri della famiglia e i clinici.⁷⁸

Ora, però, se è vero, come abbiamo detto, che tale posizione costruzionista sembra quella più adeguata a spiegare l' 'essenza' dei disturbi mentali, la questione è che la mancanza di un' universale e ben definita linea di confine tra normalità e patologia mentale, il relativismo culturale che ne deriva, rischia di far vacillare l'intero edificio psichiatrico. Come Allen Frances ha affermato qualche anno fa:

il concetto di disturbo mentale è così amorfo, proteiforme ed eterogeneo che intrinsecamente manca di una definizione univoca. Ciò costituisce un buco al centro della classificazione psichiatrica (*This is a hole at the center of psychiatric classification*).⁷⁹

Già, un buco al centro della classificazione psichiatrica! Il punto è che il riconoscimento di una sostanziale arbitrarietà dei criteri di inclusione pone non pochi problemi: la prospettiva, cosiddetta negazionista, di cui diremo più avanti, a quel punto, infatti, ha gioco facile nell'affermare la mancanza di scientificità della disciplina, se non la possibile azione violenta di controllo e marginalizzazione di specifiche categorie di individui che attraverso di essa potrebbe venire ad essere esercitata.

4) La prospettiva «pragmatica». Gli autori che sposano tale punto di vista tendono a considerare, nel processo di valutazione di una data condizione psicologica come espressione di un disturbo mentale, in altre parole nella definizione della linea di confine tra salute e malattia mentale, le 'esigenze' dei differenti soggetti interessati (pazienti, ricercatori, compagnie di assicurazione, etc.) e le potenziali conseguenze di una determinata decisione in merito, non solo per quel che riguarda i processi di cura, ma anche per quel che concerne i procedimenti amministrativi, assicurativi e legali. Anche di tale punto di vista il manuale statunitense tiene conto nel definire il concetto di Disturbo Mentale: infatti, sempre nelle note introduttive, nella esplicitazione del concetto di disturbo mentale, viene affermato:

78 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), *DSM-5. op. cit.*, p. 16.

79 A. FRANCES, *DSM in Philosophyland: Curiouser and Curiouser*. Bulletin of the Association for the Advancement of Philosophy and Psychiatry, 17(2), 2010 3-7. Consultato nel mese di settembre 2014 dal sito http://alien.dowling.edu/~cpering/aapp/bulletin_v_17_2/ Vol17N2.pdf, p. 5.

la diagnosi di un disturbo mentale dovrebbe avere utilità clinica: dovrebbe aiutare i clinici a stabilire la prognosi, i piani terapeutici e i risultati potenzialmente attesi dal trattamento per i propri pazienti⁸⁰.

In qualche modo, inoltre, come abbiamo visto, è proprio sulla base di un siffatto approccio «utilitaristico» che gli estensori di tale edizione del DSM sembra abbiano deciso di conservare la categoria relativa alle variazioni di genere, cercando allo stesso tempo di bilanciare la necessità di riduzione della stigmatizzazione della condizione derivata dall'associazione con l'area della malattia mentale e la necessità di assicurare il più possibile l'accesso gratuito alle 'cure'.

5) La posizione «nichilista» («*nihilist*»). Tale punto di vista, a cui prima già abbiamo fatto cenno, trova espressione all'interno della variegata costellazione *anti-psichiatrica*, ed ha goduto di numerosi favori soprattutto tra gli anni sessanta e settanta del secolo passato. Sebbene le motivazioni e le argomentazioni fossero diverse, tutti gli autori che si riconoscevano nel movimento tendevano a rigettare, in maniera più o meno radicale, la visione tradizionale della scienza psichiatrica^{81, 82, 83}. Thomas Szasz, probabilmente l'autore più noto a livello internazionale, affermava, ad esempio, che i disturbi mentali sono solo un *mito* della medicina, e che la psichiatria è una istituzione sociale esercitante un'azione di controllo e marginalizzazione di specifiche minoranze, camuffata da disciplina medica⁸⁴.

80 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), *DSM-5. op. cit.*, p. 22.

81 D. ROSENHAN, *On being sane in insane places*. Sciences, 179, 1973, 250-258.

82 R. D. LAING E A. ESTERSON, *Sanity, madness and the family*. Harmondsworth, 1964-1970.

83 F. BASAGLIA, *Scritti*. Torino, 1953-1980.

84 Anche nel lavoro di J. PHILLIPS ET AL., *The six most essential questions in psychiatric diagnosis: a pluralogue part 1: conceptual and definitional issues in psychiatric diagnosis*. Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine, 7:3, 2012, che stiamo qui prendendo in considerazione, Szasz mantiene in maniera decisa la sua posizione critica verso la psichiatria ufficiale. Allo stesso tempo è degno di nota come l'autore americano abbia espresso notevoli perplessità, in maniera a tratti un po' paradossale, relativamente alla questione della completa demedicalizzazione della condizione transessuale, sia nella sua positiva recensione (1979) al celebre volume di Janice Raymond *'The transsexual empire'* (1979), sia, un anno dopo, nel suo *'Sex by prescription'* (Cfr: T. S. SZASZ, *The myth of mental illness*. American Psychologist, 15, 1960, 113-118; T. S. SZASZ, *Male and Female He Created Them: review of The Transsexual Empire: The Making Of The She-Male by Janice G. Raymond*. New York Times Book Review, June 10, 1979: 11, 39. Successivamente ristampato in: T. S. SZASZ, *The Therapeutic State*. Buffalo, 1984; T. S. SZASZ, *Sex by Prescription*. New York, 1980).

Ma allora, tenendo conto delle varie possibili posizioni descritte da Phillips et al., quale è quella più adeguata a render conto della natura dei disturbi mentali? Probabilmente, ad eccezione di quella “nichilista”, che pure in alcuni casi sembra avere le sue ragioni – e l’area delle disforie di genere ne è una dimostrazione – ognuna di esse, a nostro parere, sembra cogliere ed affermare qualcosa di effettivo, di condivisibile. Lo stesso DSM, come abbiamo visto, probabilmente giustamente, le ‘attraversa’. Che i disturbi mentali esistano sembra, infatti, fuori discussione. La follia, per dirla con Ludwig Binswanger⁸⁵, è sempre una forma di *esistenza mancata*⁸⁶, ma sembra quasi che, come abbiamo visto diceva Allen Frances e lo stesso DSM ribadisce, una definizione univoca ed universalmente valida, sembra sfuggire. Evidentemente, come affermato da Scott Lilienfeld e Lori Marino⁸⁷ in un loro celebre contributo, è per principio impossibile definire un insieme di condizioni necessarie e sufficienti perché una data condizione mentale possa essere considerata come ‘patologica’. Nelle loro parole il concetto

85 L. BINSWANGER, *Tre forme di esistenza mancata*. 1956, Tr. it. Milano, 1992.

86 In un nostro recente contributo (Cfr.: R. VITELLI, *Il Transessualismo Maschile e la Maschera: Una Lettura Daseinsanalitica*. In: R. VITELLI e P. VALERIO (a cura di). *Sesso e Genere: uno sguardo tra storia e nuove prospettive*. Naples: 2012), seguendo le preziose indicazioni forniteci al riguardo da Federico Leoni, facevano notare come, sebbene sia invalso nell’uso corrente tradurre la denominazione del testo binswangeriano del 1956, «*drei Formen missglückten Daseins*», con l’espressione «*tre forme di esistenza mancata*», il termine *missglückten* che compare nel titolo originale dell’opera ha in sé la radice *glück*, che, in realtà, significa felicità, ma non nel senso di una forma di gioia e allegria quasi conviviale, significato questo che invece in tedesco è reso dalla parola *froelichkeit*, quanto piuttosto nel senso di una felicità incontrata quasi per caso o per avventura, di una felicità che accade al soggetto come ‘*piovuta dal cielo*’. Ciò che si realizza, nelle “tre forme” descritte dallo psichiatra di Kreutzlingen, dunque, è il realizzarsi di un’esistenza che si pone come mancante, non in senso generico, ma come un’esistenza in cui ciò che viene a mancare è la possibilità d’incontro con la felicità, o a cui è mancata la felicità di un incontro. È, in fin dei conti, proprio questo il punto essenziale. «*Mancato*» qui significa un’esistenza a cui è mancata l’esperienza dell’incontro, della *transpassibilità* e della *transpossibilità* nel senso di Maldiney (Cfr.: H. MALDINEY, *Della transpassibilità*, 1991, Trad. it. Milano: 2007): un’esistenza mancata è chiusa, ed è mancata proprio perché ha mancato quel momento istitutivo della *eksistentia* che è data dalla particella *ek*, cioè quell’esser sempre rilanciati al di là di sé, nell’incontro con l’altro o col mondo. Non a caso, del resto, proprio Maldiney intravede nell’impiego binswangeriano del termine *missglückten* «un’allusione, in negativo, alla formula hegeliana della coscienza infelice» (Cfr.: H. MALDINEY, *Pensare l’uomo e la follia*. 1973, Trad. it. Torino, 2007).

87 S. LILIENFELD & L. MARINO, Mental disorder as a Roschian concept: A critique of Wakenfield’s ‘Harmful Dysfunction’ analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 1995 411-20.

di disturbo mentale è un «*Concetto Roschiano*» («*a Roschian concept*»), qualcosa di molto vicino a quelle che Wittgenstein definiva «*somiglianze di famiglia*»⁸⁸. A parere del filosofo viennese nei paragrafi 66 e 67 delle sue *Ricerche Filosofiche*⁸⁹, per alcune categorie concettuali semplicemente è impossibile definire delle condizioni necessarie e sufficienti che possano essere considerate valide per tutti i membri della classe. Nell'esempio da egli portato, i giochi come quelli da scacchiera, di palla, i solitari, i girotondi, ecc., pur essendo tutti giochi, sono tra loro abbastanza diversi: la maggior parte di questi, infatti, ha delle regole, ma non tutti ne hanno; analogamente, la maggior parte è fonte di divertimento, ma non tutti lo sono, e così via. Invece di avere un unico tratto, comune a tutti i tipi di gioco, tra di essi sussistono piuttosto delle «*somiglianze*» che richiamano quelle che è possibile osservare tra i membri di una stessa famiglia. In una famiglia, infatti, non è possibile individuare un tratto che sia effettivamente a tutti comune; ciascuna coppia, piuttosto, in qualche modo, avrà qualcosa che

88 La denominazione "roschiano" deriva dall'opera di Eleanor Rosch, Professoressa di Psicologia presso la *University of California*, Berkeley, la quale, in una serie di lavori (Cfr.: E. ROSCH, *Principles of categorization*. In: E. ROSCH & B. LLOYD (a cura di), *Cognition and Categorization*, Hillsdale, NJ, 1975; E. ROSCH, *Prototype classification and logical classification: The two systems*. In E. F. SCHOLNICK (a cura di), *New trends in conceptual representation: Challenges to Piaget's theory?*. Hillsdale, NJ: 1988) ha provveduto a rivedere l'interpretazione classica aristotelica delle categorie come definite da una serie di attributi, tutti necessari e sufficienti per definire l'appartenenza di un elemento alla categoria. Secondo la ricercatrice statunitense questo assunto può essere valido per i concetti artificiali, ma non lo è per la maggior parte delle categorie naturali: gli individui, infatti, affermano, utilizzano due fondamentali principi di categorizzazione quando hanno a che fare con i concetti naturali: il principio dell'economia cognitiva e quello della struttura del mondo percepito (Cfr.: E. ROSCH, *Prototype classification and logical classification: The two systems*. In E. F. SCHOLNICK (a cura di), *New trends in conceptual representation: Challenges to Piaget's theory?*. Hillsdale, NJ: 1988). Ai fini del nostro discorso è particolarmente importante il primo dei due, richiamandosi proprio alle considerazioni wittgensteniane: esso si riferisce alla tendenza ad ottenere, attraverso l'impiego delle categorie, il maggior numero di informazioni con il minimo dispendio di risorse cognitive. Certamente la massimizzazione della quantità di informazioni verrebbe ad essere raggiunta utilizzando quante più categorie possibili, fino all'estremo di un numero di concetti pari agli eventi del mondo. Ciò, tuttavia, produrrebbe un notevole dispendio cognitivo, ed in più le categorie perderebbero in tal modo completamente la loro utilità. Risulta quindi chiaro che, mentre da un lato è conveniente discriminare eventi diversi, è altresì opportuno unire gli stimoli sulla base delle loro *somiglianze*, nonostante le diversità che li contraddistinguono, in modo da poterli considerare come esemplari di una stessa classe.

89 L. WITTGENSTEIN, L., *Ricerche filosofiche*, 1953. Tr. it. Torino: 1967, 1995, 1999.

renderà simili due suoi membri; ciascuno, in altri termini, possiederà quella certa aria di famiglia, senza che però, appunto, sia possibile individuare un tratto comune a tutti i componenti di quest'ultima. Analoga situazione, affermano Scott Lilienfeld e Lori Marino, è quella riferibile al campo della patologia mentale. Perché una condizione possa contare come un disturbo mentale dipenderà dal grado di somiglianza con alcune condizioni considerate prototipiche, ad esempio la schizofrenia o la depressione psicotica. Condizioni psicologiche, espressive e comportamentali, che siano sufficientemente vicine a tali casi paradigmatici potranno essere considerate disturbi mentali, ma in generale, affermano gli autori, non esiste una regola precisa per stabilire la natura patologica di una data condizione.

Certamente le varianze di genere appaiono abbastanza distanti da tali casi paradigmatici, ma molte altre condizioni mentali chiaramente riconoscibili come 'patologiche' appaiono tali⁹⁰. Ed allora si torna al punto di partenza: ma come fare a stabilire se sia lecito includerle nei manuali nosografici psichiatrici? Non c'è niente da fare, la definizione del concetto di disturbo mentale sembra proprio inafferrabile, ineffabile, o, forse, per meglio dire, dicibile in molti modi. Ed allora, almeno per questo caso specifico del funzionamento e dell'espressività psichica, il criterio pragmatico, in fin dei conti adottato da Jack Drescher, Peggy Cohen-Kettenis e Sam Winter nell'articolo prima citato, sembra proprio dover avere ragione sugli altri. Del resto come fare a non essere d'accordo – ripetiamo facendo riferimento allo specifico campo delle varianze di genere – con quanto detto alcuni anni fa da Stein e coll.⁹¹:

Nel decidere di aggiungere una nuova condizione psichiatrica o la rimozione di una precedentemente inclusa, occorre considerare i possibili benefici derivanti da tale operazione (ad esempio, una migliore possibilità di cura del paziente o l'incentivazione di nuova ricerca), stando attenti a che questi siano superiori ai danni potenzialmente prodotti (ad es., il dolore inflitto a particolari individui, o l'impiego improprio di tali categorie)⁹².

90 La proposta di Lilienfeld & Marino, è bene ricordarlo, è stata da più parti criticata, non ultimo per la vaghezza che la verrebbe a caratterizzare: su tale argomento, cfr.: J. WAKEFIELD, *Evolutionary versus Prototype Analyses of the concept of disorder*. Journal of Abnormal Psychology, 108, 1999, 374-99; R. COOPER, *Psychiatry and philosophy of science*. Stocksfield, 2007.

91 D.J. STEIN, K. A. PHILLIPS, D. BOLTON, K.W.M. FULFORD, J. Z. SADLER & K.S. KENDLER, What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V. *Psychological Medicine*, 40, 11, 2010 1759-1765.

92 *Ibidem*, p. 1761.

Il mantenimento delle varianze di genere all'interno dell'ICD in un capitolo diverso da quello dei disturbi mentali potrà sicuramente assicurare la gratuità delle 'cure'; le consulenze psichiatriche potranno essere utili per *escludere* la presenza di disturbi mentali ma non per diagnosticarne uno, quelle psicologico-cliniche potranno assicurare a quanti dovessero decidere di sottoporsi ad interventi medico-chirurgici di avvalersi di un percorso di accompagnamento lungo un percorso che, effettivamente, non sempre è semplice.

5. Come affermato da Meyer-Bahlburg «senza ombra di dubbio, resta sempre aperta la questione se lo stigma sociale [associato alle varianze di genere] sia effettivamente associato all'etichetta psichiatrica e non piuttosto alla atipicità di genere osservabile»⁹³. Tale osservazione ci sembra decisamente pertinente: siamo proprio certi – viene infatti da chiedersi – che la società contemporanea sia davvero pronta per (ri)accogliere i soggetti con varianza di genere come una possibilità declinativa dell'esistente umano al di fuori del discorso psichiatrico? È davvero sufficiente una derubricazione di tali condizioni dai manuali?

D'altra parte una sia pur breve analisi del dispositivo psichiatrico porta con sé anche un'altra serie di considerazioni. La questione, infatti, non è solo quella della linea di confine tra normalità e patologia da esso arbitrariamente tracciata, ma anche quella di una sua assunzione per lo più inconsapevole da parte del singolo: in altre parole, ciò che in questi casi, in realtà come in molti altri casi, viene a manifestarsi è la molteplice capacità performativa dello stesso gesto psichiatrico. Se, come ricordava Jean Paul Sartre «il possibile più individuale è solo l'interiorizzazione e l'arricchimento di un possibile sociale»⁹⁴, i dispositivi discorsivi psichiatrici si pongono quale luogo di produzione primaria di un siffatto *possibile*. Come scriveva Pier Aldo Rovatti: «è l'individuo stesso che trova, nella cultura terapeutica che lo interpella, tutti gli elementi discorsivi (con i loro effetti pratici e sociali) per costruire la propria identità di soggetto»⁹⁵. Nello specifico, la messa in circolo entro lo spazio simbolico del significante transessuale ha sicuramente prodotto, e produce ancor'oggi, effetti su quei processi attraverso cui alcuni soggetti vengono a mettere in forma i propri stessi vissuti interiori, a renderli comprensibili a sé ed agli altri⁹⁶. Se l'iden-

93 H.F.L. MEYER-BAHLBURG, 2010, *op. cit.*, p. 8.

94 J. P. SARTRE, *Critica della Ragione dialettica*, 1960, Tr. it. Milano, 1963, p. 80.

95 P. A. ROVATTI, *La filosofia può curare? La consulenza filosofica in questione*. Milano, 2006, pp. 26-27.

96 La stessa comunità transessuale sembra funzionare, sia pure inconsapevolmente, come importante cinghia di trasmissione per la diffusione del sapere psichiatrico,

tà soggettiva è, in fin dei conti, al crocevia di dimensione ante-predicative e predicative della coscienza, l'effetto del racconto che ciascuno fa a sé di sé, un'identità narrativa appunto^{97, 98, 99}, i soggetti con varianza di genere, lungi dal potersi risolvere in una originaria, ingenua e, a dire il vero, piuttosto misteriosa, 'naturalità' della condizione, sembrano, dunque, piuttosto esistere anche in forza di quel sapere psichiatrico che pure avversano: è da quest'ultimo, infatti, che essi hanno prelevato e prelevano canoni, stili e registri narrativi. Parafrasando Daniel Dennett, essi costruiscono oggi, sia pure inconsapevolmente, il proprio '*centro di gravità narrativa*'¹⁰⁰ intorno

valorizzando, in coloro che vengono ad entrarvi in contatto ravvisando entro di sé la presenza di vissuti di incertezza rispetto alla propria identità di genere, quei punti del loro racconto maggiormente congruenti con le descrizioni delle condizioni di varianza di genere allestiti in seno a tale sapere (Cfr.: D. MASON-SCHROCK, *Transsexuals' Narrative Construction of the "True Self"*. *Social Psychology Quarterly*, 59(3), 1996, 176-192; D. P. SCHROCK, e L. L. REID, *Transsexuals' Sexual Stories*. *Archives of Sexual Behavior*, 35(1), 2006, 75-86). Ancor più rilevante, tuttavia, sembra essere l'azione dei mass media: Colette Chiland, a tale ultimo proposito, riallacciandosi ad analoghe considerazioni già precedentemente formulate da Janice Raymond (Cfr.: J. G. RAYMOND, *The transsexual Empire*. Boston, 1979), parla di '*effetti mediagenetici*' (Cfr.: C. CHILAND, *Transsexualism: illusion and reality* (English Trans. by P. Slotkin.). Middletown – CT, 1997), proprio per spiegare la sempre maggiore incidenza della condizione transessuale osservata negli ultimi anni. Al di là dei cambiamenti di denominazione, il significante *transessuale*, è certamente quello che principalmente sembra essersi imposto. Sulla base di esso moltissime persone, oggi, risignificano i propri vissuti, chiedendo alla Scienza di Medica di intervenire per riallineare le sembianze del corpo sessuato ai propri vissuti di appartenenza di genere. È verosimilmente, dunque, a proprio in ragione della sempre più ampia disseminazione di tale significante che quelle modalità che per secoli hanno consentito ai soggetti di trovare un proprio posto entro il discorso sociale, *femminielli*, *Hijras*, giusto per fare qualche esempio, sembrano oggi scomparire: la Scienza impone il proprio sapere, producendo nuove soggettività, nuovi modi di dire di sé.

97 P. RICOEUR, *Tempo e racconto*, III, 1983. Tr. it. di G. Grampa, Milano, 1986.

98 P. RICOEUR, *Sé come un altro*, 1990, Tr. It di D. Iannotta, Milano, 1993.

99 D. DENNETT, *Coscienza: che cosa è?*, 1991, Tr. it. Milano, 1993.

100 Scrive Dennett: «Noi [...] siamo quasi costantemente impegnati a presentare noi stessi agli altri, e a noi stessi, e quindi a *rappresentare* noi stessi – tramite il linguaggio e i gesti, internamente ed esternamente. [...] Il nostro ambiente umano non contiene solo cibo e rifugi, nemici da combattere o evitare, cospecifici con cui accoppiarsi, ma parole, parole, parole. Queste parole sono elementi potenti del nostro ambiente che noi prontamente incorporiamo, ingeriamo, secerniamo, e che intrecciamo come ragnatele in sequenze *narrative* auto-protettive [...]. La nostra tattica fondamentale di auto-protezione, di auto-controllo e di auto-definizione non è quella di tessere ragnatele o costruire dighe, ma quella di raccontare storie, e più in particolare di architettare e controllare la storia che raccontiamo agli altri

ed in forza di tale sapere. Ora, se da una parte v'è da dire che la centrat-
tura esclusiva intorno a tale 'centro di gravità' può sicuramente, almeno
in alcuni casi, coartare le varietà dell'esperienza di vita¹⁰¹, dall'altra, in
qualche modo, con tale assunzione acritica ed inconsapevole, finisce per
giungere ad essi, come un'eco mortifera, anche l'idea dell'esistenza entro
di sé di qualcosa di sbagliato, di deviante, di patologico. Insomma l'om-
bra dello stigma e del pregiudizio connessi alla malattia mentale finisce
per calare su di essi: sarà, infatti, mica un caso che, come testimoniato
da numerose ricerche, i tassi di prevalenza di ideazione parasuicidaria e

– e a noi stessi – su chi siamo. E proprio come i ragni non devono pensare, con-
sciamente e deliberatamente, su come tessono le loro ragnatele; e come i castori,
a differenza degli esseri umani ingegneri di professione, non pianificano conscia-
mente e deliberatamente le strutture che costruiscono, noi (a differenza dei nar-
ratori umani *di professione*) non immaginiamo consciamente e deliberatamente
quali narrazioni raccontare e come raccontarle. I nostri racconti vengono tessuti,
ma per lo più noi non li tessiamo; essi ci tessono. La nostra coscienza umana – e
la nostra individualità narrativa – è un loro prodotto, non la loro fonte. È *come se*
queste sequenze o flussi narrativi provenissero da un'unica fonte – non soltanto
nell'ovvio senso fisico di fluire da una sola bocca, o da una sola penna o matita,
ma in un senso più sottile: hanno l'effetto di incoraggiare qualunque pubblico a
(tentare di) postulare un agente unitario a cui appartengono le parole, a cui esse si
riferiscono; in breve a postulare un centro di gravità narrativa» (*Ibidem*, p. 464).
Qualche pagina più avanti, il filosofo statunitense aggiunge: «[...] i sé non sono
anime-perle che esistono indipendentemente, ma risultati dei processi sociali che
si creano e, come altri prodotti del genere, soggetti a improvvisi cambiamenti di
status. L'unico "momento" che ottimizza la traiettoria di un sé [...] è la stabilità
conferitagli dalla rete di credenze che lo costituisce». (D. DENNETT, *Coscienza:
che cosa è?* 1991, Tr. it. Milano, 1993, p. 471) Relativamente alla sua nozione di
centro di gravità narrativa, ancora poche pagine più avanti, infine, egli scrive:
«Secondo la mia teoria, un sé non è un punto matematico, ma un'astrazione defi-
nita dalle miriadi di attribuzioni e interpretazioni (incluse le auto attribuzioni e le
auto-interpretazioni) che hanno composto la biografia del corpo vivente di cui è
il Centro di Gravità Narrativa.» (D. DENNETT, *Coscienza: che cosa è?* 1991, Tr. it.
Milano, 1993, p. 474)

101 R. VITELLI, 2015, *op. cit.*

condotte suicide^{102, 103, 104, 105}, così come di disturbi dello spettro ansioso e depressivo^{106, 107, 108, 109} siano oggi particolarmente elevati tra quanti vengano a vivere tali condizioni?

Come abbiamo cercato di mostrare nel presente contributo, la strada per la depsiichiatriizzazione della condizione sembra ormai ampiamente tracciata, ma, almeno a nostro avviso, resta incerto se tale operazione sarà effettivamente in grado di eliminare lo stigma che grava su di essa. In fondo il rigetto, la marginalizzazione se non addirittura l'odio manifestato a livello sociale nei confronti dei soggetti con varianza di genere non è se non una delle molte modalità con cui la società contemporanea sembra voler espungere, rigettare le differenti forme di diversità. Ciò che oggi c'è, dunque, da auspicare è un vero e proprio rivolgimento spirituale, ciò verso cui occorre puntare è una società diversa, o per meglio dire una società che faccia della diversità qualcosa di prezioso; del suo riconoscimento ed accoglimento, un dovere di ciascuno.

-
- 102 G. P. KENAGY, *Transgender Health: Findings from Two Needs Assessment Studies in Philadelphia*. Health & Social Work, 30(1), 2005 19–26.
- 103 K. CLEMENTS-NOLLE, R. MARX, R. GUZMAN & M. KATZ, *HIV prevalence, risk behaviors, health care use, and mental health status of transgender persons: implications for public health intervention*. American Journal of Public Health, 91(6), 2001, 915–921.
- 104 C. DHEJNE, P. LICHTENSTEIN, M. BOMAN, A. JOHANSSON, N. LÄNGSTRÖM, *Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden*. PLoS ONE, 6(2), 2011.
- 105 H. ASSCHEMAN, E. J. GILTAY, J. A. J. MEGENS, W. DE RONDE, M. A. A. VAN TROTSENBURG & L. J. G. GOOREN, *A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones*. European Journal of Endocrinology, 164(4), 2011, 635–642.
- 106 U. HEPP, U. KRAEMER, N. SCHNYDER, N. MILLER & A. DELSIGNORE, *Psychiatric comorbidity in Gender Identity Disorder*. Journal of Psychosomatic Research, 58, 2005, 259–261.
- 107 W. O. BOCKTING, M. H. MINER, R. E. SWINBURNE ROMINE, A. HAMILTON & E. COLEMAN, *Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population*. American Journal of Public Health, 103(5), 2013, 943–951.
- 108 K. CLEMENTS-NOLLE, R. MARX, R. GUZMAN & M. KATZ, 2001, *op. cit.*
- 109 G. HEYLENS, E. ELAUT, P. B. C. KREUKELS, M.C.S. PAAP, S. CERWENKA, H. RICHTER-APPELT & al., *Psychiatric characteristics in transsexual individuals multicentre study in four European countries*. British Journal of Psychiatry, 204, 2013, 151–156.