

PAOLO VALERIO - PAOLO FAZZARI

ALCUNE NOTE SUL “FENOMENO TRANSESSUALE” OGGI: UN DISTURBO DA DEPATOLOGIZZARE?

Non è facile pensare al di fuori del sistema a due generi
(J. Drescher)

L’acquisizione della nostra identità di genere, è un processo che non ha mai fine, rispetto al quale noi dobbiamo continuamente negoziare e rinegoziarne sia la dimensione intrapsichica che relazionale”

(Argentieri)

1. *Premessa*

Importanti evoluzioni e cambiamenti nella prospettiva storica e culturale sono avvenuti nel campo dei “generi sessuali”. Neo-corpi, ruoli, identità si sono trovati al centro della scena e vengono oggi pubblicizzati sotto la spinta di una certa curiosità mediatica, che ha promosso la discussione sui “generi” e sull’identità di genere¹ recuperando il ruolo di essi quali puntelli fondamentali della società e veri e propri orizzonti simbolici nel quale gli individui si collocano e trovano posto.

Nuove terminologie sono proliferate nel tentativo di individuare nuovi campi di indagine. Si sente, infatti, utilizzare sempre più spesso termini come *transgenderismo*, *neosessualità*, *postmodern sexualities*, *queer theory* (Valerio e Zito, 2006).

1 Come avremo modo di vedere in modo più approfondito, quando parliamo di “sesso” facciamo riferimento al riconoscimento che avviene alla nascita sulla base dei genitali, mentre quando parliamo di “identità di genere” ci riferiamo al sentimento profondo che ciascuno di noi ha di essere uomo o donna. Nella maggior parte delle persone l’identità di genere è congruente con il sesso assegnato alla nascita. Diversamente, in persone *transgender*, l’identità di genere può variare in modo anche molto significativo rispetto al sesso assegnato alla nascita.

Ai fini di questo contributo può essere utile soffermarsi sul termine *transgenderismo*, con il quale viene identificato un ampio gruppo di persone che attraversano o trascendono le categorie culturalmente definite di genere. All'interno di questo gruppo possiamo distinguere le persone transessuali che, avvertendo una profonda incongruenza con il sesso assegnato alla nascita, si sono sottoposte o chiedono di essere sottoposte a terapie ormonali e/o chirurgiche per femminilizzare o mascolinizzare il proprio corpo². All'interno del termine *transgenderismo* sono altresì inclusi i travestiti (*cross dresser*), che sono di solito maschi che indossano abiti femminili; le *drag queen* e i *drag king* che sono persone che mettono in scena l'iperfemminilità o l'ipermascolinità nel corso di spettacoli teatrali; i *bi-gender* o *two spirits* che sentono di appartenere contemporaneamente al genere maschile e femminile ed i *gender questioning*, che sono soggetti giovani che si trovano ad interrogarsi sul genere di appartenenza; infine, ci sono i *gender variant* o *gender queer*, che sfidano secondo modalità molto diverse le norme collegate al genere.

L'utilizzo di queste neo-forme linguistiche traduce, evidentemente, la difficoltà dei ricercatori a trattare questi temi (Vitale, 2010) e lascia intravedere la confusione presente non solo nella popolazione generale, ma anche tra gli esperti che studiano queste aree tematiche.

Come accennato all'interno di tale variegato panorama terminologico e concettuale, trova posto il "fenomeno transessuale" (Benjamin, 1966), di cui vorremmo occuparci più diffusamente.

Sebbene il *transessualismo* sia oggi noto alla maggior parte delle persone, esso continua a giungere alla ribalta della cronaca attraverso una serie di generalizzazioni e, più spesso ancora, di distorsioni che non facilitano la discussione su alcuni pregnanti argomenti.

Inevitabilmente nella più ampia cornice della salute mentale, il discorso sociale ed il discorso clinico-specialistico non sono mai completamente distinguibili ma dovrebbero sempre tenere conto l'uno dell'altro. Nel nostro specifico caso una maggiore attenzione e apertura sul piano clinico e di ricerca deve tradursi in una serie di informazioni, nozioni e conoscenze che abbiano una ricaduta anche sul piano sociale e dell'informazione pubblica,

2 Il fenomeno non è così raro, anche se non abbiamo dati statisticamente certi. Sulla base delle richieste di riattribuzione chirurgica del sesso possiamo ritenere che la prevalenza del transessualismo possa essere valutata intorno ad 1 a 11900 per i maschi che desiderano di essere riconosciuti come appartenenti al genere femminile ed 1 a 30400 per le femmine che richiedono di essere riconosciute come appartenenti al genere maschile (KESTEREN, GOOREN, MEGENS, 1996). È tuttora ignoto il motivo di tale diversa prevalenza (OLSSON & MÖLLER, 2003).

benché tale passaggio non sia mai semplice e possa essere ostacolato da coloro i quali, in virtù di pregiudizi, possano non recepire le nuove conoscenze raggiunte.

Per tale motivo, la comunità scientifica è chiamata a interrogarsi su tale *fenomeno*, provando, per quanto possibile, ad individuare una risposta che risulti utile allo sviluppo del singolo e della più ampia comunità sociale che è chiamata in causa per accogliere ed includere quanto è solo apparentemente diverso dalla norma o difficile da comprendere.

In questo contributo tratteremo, a partire da tale cornice, alcuni aspetti che riguardano l'attuale dibattito attivo nella comunità scientifica intorno alla “diagnosi” di *Disturbo dell'Identità di Genere* (DIG). La denominazione di tale disturbo, come proposto da un pool di esperti del WPATH³, potrebbe essere mutata in quella di *Disforia di Genere – Incongruenza di Genere*. Sono questi, infatti, i nomi delle id-entità diagnostiche mediante le quali il discorso scientifico relativo alla salute mentale tenderebbe oggi ad inquadrare il transessualismo.

In particolar modo, per quanto attiene alla quinta versione del “*Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*”⁴, essendo posto in discussione che la diagnosi di transessualismo vada mantenuta al suo interno, proveremo a recuperare l'attuale dibattito relativo a tale diagnosi, particolarmente per le ricadute ed i significati sociali che ogni “diagnosi” può comportare⁵. A *latere*, proveremo, inoltre, a tracciare alcune linee per una riflessione critica sui rapporti che intercorrono tra il transessualismo, la definizione di identità di genere e l'ordine sociale nel quale i “generi” risultano inseriti e costituiti⁶.

3 WPATH è l'acronimo di *World Professional Association for Transgender Health*. Essa rappresenta la più autorevole associazione internazionale nel campo del transgenderismo. L'attuale sigla WPATH ha sostituito quella di HBGDA: Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association. Per contatti consultare <http://www.wpath.org>.

4 Il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali), noto anche con l'acronimo DSM, è uno dei sistemi nosografici per i disturbi mentali più utilizzato da medici, psichiatri e psicologi sia nella attività clinica che nelle attività di ricerca.

5 Informazioni a tal proposito sono rinvenibili al sito internet <http://www.dsm5.org>.

6 Va tra l'altro ricordato che il transessualismo stesso, se per un verso è stato inserito all'interno di un dispositivo clinico e tecnologico (VALERIO e ZITO, 2006; VITELLI et al., 2006), rappresenta un fenomeno di antica tradizione socio-antropologica (ZITO e VALERIO, 2010, FEINBERG, 1996).

2. Esplorando sesso e genere

Ci accingiamo a trattare alcuni nodi problematici dell'attuale dibattito sul transessualismo, ben sapendo che stiamo ponendo questioni complesse che non potremo esaurire in questa sede.

Come accennato, il termine di "transessualismo" viene utilizzato per individuare quelle persone che vivono l'esperienza di appartenere ad un genere diverso da quello *corrispondente* al sesso assegnato alla nascita e chiedono che ciò venga riconosciuto sul piano sociale attraverso interventi medico-chirurgici volti a modificare i caratteri sessuali e finalizzati anche ad ottenere la riassegnazione anagrafica del genere. Robert Stoller in "*Sex and Gender. The Development of Masculinity and Femininity*" (1968) definì per l'appunto il transessualismo come la condizione caratterizzabile per la discordanza tra i dati anatomici e gli aspetti psicologici: "*Il transessualismo è la convinzione di una persona biologicamente normale di appartenere al sesso opposto: negli adulti tale credenza è oggi accompagnata dalla richiesta di un trattamento chirurgico ed endocrinologico in grado di modificare la loro apparenza anatomica nel senso del sesso opposto*" (in Valerio et al. 2001⁷).

Prima di Stoller sotto il profilo *clinico* tale fenomeno non era stato affrontato dal punto di vista psicoanalitico, benché con la pubblicazione di *The Transsexual Phenomenon* (Harry Benjamin, 1966), fosse stato già riconosciuto come oggetto di studio, separato dal travestitismo maschile.

In tal senso sono poche le tracce scientifiche antecedenti al 1966, benché, ad una più attenta ricostruzione, descrizioni di quello che oggi definiamo transessualismo siano registrabili più indietro nel tempo (Bullough, 1987). Al di là di alcuni riferimenti al fenomeno presenti in uno scritto di Esquirol (1838) è possibile risalire, infatti, ad un lavoro di Frankel del 1853 ed in seguito ad un caso di "*sensibilità sessuale invertita*" studiato da Westphal nel 1869. Il primo testo che tratta questo argomento in modo sistematico resta indubbiamente la *Psychopathia Sexualis* di von Krafft-Ebing, la cui prima edizione risale al 1886. Come emerge da un testo di uno di noi (Valerio et al., 2001) "*in tale opera sono presentati due documenti autobiografici, i cui autori erano affetti da quella che lo psicopatologo tedesco definì come metamorfosi sessuale paranoica. Queste persone non avevano incontrato*

7 A tale testo si rimanda per la ricostruzione storica all'interno del discorso psichiatrico del fenomeno transessuale, del travestitismo e delle perversioni e a diversi saggi dedicati alla trattazione di questo tema sotto il profilo psicoanalitico.

von Krafft-Ebing ma gli avevano inviato in modo spontaneo le loro autobiografie, restando nell'anonimato.

Il primo caso è quello di un uomo di 45 anni, riferito dal testo di von Krafft-Ebing come ‘osservazione 353’ (von Krafft-Ebing, 1931; pp. 659-667), mentre il secondo (‘osservazione 354’) riguarda un medico ungherese di 46 anni, che invia la sua autobiografia a von Krafft-Ebing, accompagnata da una lettera (una seconda lettera la riceverà Moll, assistente di von Krafft-Ebing, poiché questi era morto; von Krafft-Ebing, 1931; pp. 667-685). Sebbene quest’ultima osservazione sia, nel complesso, quella più significativa, è nell’autobiografia precedente che troviamo chiaramente esplicitato il legame tra il cambiamento di sesso e l’esigenza di assumere l’apparenza femminile”.

Sotto il profilo linguistico, invece, è Magnus Hirschfeld (1923), ad introdurre il termine transessualismo. Successivamente tale termine è stato ripreso da Cauldwell (1949) per descrivere il caso di una ragazza che desiderava ossessivamente essere un uomo, benché mutato in *Psychopathia Transsexualis* (Zucker, 1995).

Ma la definizione guadagna definitivamente il suo posto nella storia della scienza solo qualche anno più tardi. Nel 1953, sull’*International Journal of Sexology*, viene pubblicato un lavoro dal titolo “*Tranvestitism and Transsexualism*”, il cui autore è Harry Benjamin, gerontologo e sessuologo, allievo di Steinach. Con il passaggio dall’uso aggettivale a quello sostantivale, al transessualismo viene ora riconosciuta una propria autonoma sostanzialità. Benjamin scrisse quest’articolo “sulla scia della sensazionale pubblicità del caso Jorgensen” (Benjamin, 1966, p. 25).

È stato, infatti, il caso di Christine Jorgensen⁸ che non solo ha assolto alla funzione di costituire il vero e proprio punto di svolta, transessualismo in quanto fenomeno clinico, ma ha anche comportato la “*crystallizzazione di tale nozione*” (Zucker, ibid). Finalmente, esiste una soluzione! Un uomo, nato biologicamente maschio, può chiedere aiuto alla scienza medica che gli consente di mutare il suo corpo, attraverso una serie di interventi medici e chirurgici che lo trasformano in un essere femminile.

8 Nel 1951 in Danimarca il dott. Christian Hamburger pratica al primo intervento di riassegnazione chirurgica del sesso. George Jorgensen diviene Christine Jorgensen. Si tratta di un evento fondamentale tanto sotto il piano clinico, essendo il primo intervento non condotto in clandestinità, quanto sotto il profilo mediatico, accendendo i riflettori su tale “possibilità terapeutica”, contribuendo notevolmente a diffonderne la conoscenza (cfr. VALERIO *et al.*, 2001).

Ancora, quando Stoller pubblica “*Sex and Gender*”⁹, il transessualismo non è ancora trattato isolatamente. Oggetto del volume (Stoller, 1968) sono le similitudini e le differenze intercorrenti tra il travestimento ed i casi di cambiamento di sesso (Green, 2010). Il transessualismo, una volta riconosciute le opportune differenze, è definito come la figura clinica nella quale non è presente una matrice organica all’origine di tale *deviazione*. Pertanto la ricerca scientifica deve occuparsi dello sviluppo e delle origini della “identità di genere” di un soggetto.

In tal senso il transessualismo stimola la ricerca sul campo della “identità di genere”. Nella più ampia letteratura psicoanalitica quest’ultimo concetto è introdotto da Stoller. Non va, però, dimenticato che era stato già precedentemente presentato alla comunità scientifica da John Money (1955) che, sebbene sia passato alla storia in virtù di un tragico “esperimento” di cambiamento di genere¹⁰, ha messo a punto una teoria centrale nel campo della psicologia del genere, proponendo una sua specifica visione sessuologica per rispondere all’interrogativo sulla derivazione “naturale” o culturale” dell’identità (cfr. Diamond, 2009). Money in tal senso, ha ipotizzato che l’identità di genere¹¹ si acquisisce mediante l’interazione e l’educazione a livello familiare e che essa sia, pertanto, mutevole, plasmabile e dipendente dal contesto (cfr. Comitato Nazionale di Bioetica, 2010). Ciò implica sospensione e “rimozione” (Reiche, 2004) del sottostante sesso, a favore del costruito di genere.

9 Per un approfondimento si rimanda a P. VALERIO, M. BOTTONE, R. GALIANI, R. VITELLI, *Il transessualismo, saggi psicoanalitici*, Milano, 2001.

10 Bruce Reimer è un bambino che all’età di 8 mesi subisce, in seguito ad un’operazione chirurgica di routine per la circoncisione, la completa distruzione del pene. I genitori si rivolgono a Money che, sulla base della sua teoria, propone di trasformarlo in donna ed allevarlo come “Brenda”. Brenda, tuttavia, inizia a manifestare comportamenti “maschili” e gradualmente sempre maggiori difficoltà a scuola, nel rapporto con i coetanei: costantemente percepito e definito come “*loser*”, un perdente. La storia ci consegna un esito tragico quando nel 2004, all’età di 38 anni Bruce/Brenda, ormai ribattezzatosi come David, decide di togliersi la vita (cfr. J. COLAPINTO, 2000).

11 Money, seguendo questa strada, si è occupato in seguito di riconoscere la differenza tra il ruolo di genere e l’identità di genere. Con ruolo di genere, più nel dettaglio, MONEY (1955) indica: “*tutto ciò che una persona dice o fa per mostrare che lui o lei è rispettivamente un ragazzo o un uomo, una ragazza o una donna. Esso comprende la sessualità, benché non sia ad essa ristretta, intesa quale erotismo. Il ruolo di genere è valutato in base ai seguenti parametri generali: portamento e comportamento; argomenti spontanei di conversazione non sollecitati e commenti causali; contenuto dei sogni, sogni ad occhi aperti*”.

Con il successivo apporto di Stoller si definisce con più accuratezza lo sviluppo psicosessuale e le varianti nell'espressione dell'identità di genere e del comportamento sessuale. In particolare, ripartendo dalla nozione di sviluppo psicosessuale precedentemente elaborata da S. Freud (1905) vengono introdotti i concetti di “proto-femminilità” e “bisessualità”, rintracciando un costrutto definito come “*nucleo dell'identità di genere*”¹².

Tali concetti costituiscono attualmente i punti cardinali per la comunità scientifica che ha di fatto adottato i costrutti di identità di genere, ruolo di genere ed orientamento sessuale¹³ come base della teoria psicologica dello sviluppo psicosessuale. Essi costituirebbero tre poli, veri e propri mattoni della formazione dell'identità della persona, tre coordinate strettamente connesse tra loro (cfr Zucker, 1995; Di Ceglie, 2003), sebbene, secondo alcuni autori (Vitale, 2010), in discussione nel percorso di transizione da maschio a femmina (MtF) o da femmina a maschio (FtM) sarebbe principalmente il “ruolo di genere” evidenziato da J. Money.

I concetti riportati evidenziano come le ricerche scientifiche abbiano provato a venire a capo della mancata “corrispondenza” tra il dato biologico ed il lato psicologico. Se da un lato la ricerca psicologica ha tentato di affrontare il transessualismo sperimentando nuovi e più complessi modelli di interpretazione, d'altra parte il “fenomeno transessuale” stesso ha finito con l'incidere sul piano sociale, ponendo in discussione la diretta ed immediata corrispondenza tra il dato anatomico e quello dell'identità psicologica. È così indicata un'irriducibile complessità tra sesso e genere. Tali concetti, infatti, se per molto tempo sono stati utilizzati in modo interscambiabile per denotare dimensioni collegate o similari, da un certo momento in poi hanno iniziato a denotare due registri diversi¹⁴. È stato così possibile

12 Quest'ultimo, secondo Stoller, è determinato da tre fattori: 1) l'insieme delle componenti biologico-ormonali; 2) le caratteristiche anatomo-fisiologiche dei genitali esterni, funzionanti, da una parte in quanto segno per il riconoscimento da parte del medico e per l'assegnazione, quindi, da parte dei genitori del sesso alla nascita, e dall'altra, in quanto luogo d'origine di sensazioni somatiche che contribuirebbero alla definizione del primitivo Io corporeo; 3) l'insieme delle componenti relazionali, ovverossia gli atteggiamenti e i comportamenti agiti, in maniera più o meno inconscia, soprattutto dalla madre, in riferimento al ruolo di genere del bambino” (*ibid.*)

13 Con orientamento sessuale si indica l'inclinazione sessuale della persona, l'oggetto della sua scelta sessuale, a seconda che questa sia rivolta per una persona dello stesso sesso, per una persona di sesso opposto, per entrambe o per nessuna di queste. Si può così parlare nell'ordine di: orientamento omosessuale, orientamento eterosessuale, orientamento bisessuale, orientamento asessuale.

14 Come accennato, con sesso si è iniziato ad indicare il livello e “base” biologica della costituzione dell'essere umano, con genere è stato possibile iniziare ad evidenziare la dimensione sociale, astratta e contestuale, identificabile come una tra

porre in discussione quel processo, solo apparentemente scontato, secondo il quale ad un corpo biologicamente maschile dovrebbe corrispondere “un’identità maschile” (uomo) e ad uno biologicamente femminile dovrebbe corrispondere “un’identità femminile” (donna).

Il graduale approfondimento della ricerca all’interno del campo del discorso intorno a sesso e genere ha aperto nuovi filoni di pensiero e, probabilmente, nuove possibilità di determinazione sociale (Butler, 2004). Alla luce del fatto per cui i costrutti relativi al genere rappresentano, tanto una *costruzione* quanto una tra le possibili interpretazioni di un dato biologico (etimologicamente comunque problematico) è stato possibile evidenziare una pluralità di prospettive che hanno dato origine ad un fervente dibattito. Naturalmente non è possibile qui riportare la corposa letteratura specialistica ma accennare ad alcuni punti utili nel proseguire tale discorso.

3. Alcune note sul genere come costruzione sociale

J. Money (1989) ha pure sostenuto che il suo progetto sul “genere” sia stato alla fine travisato e tradito dalla “cultura” stessa di “genere”. Parallelamente all’approfondimento scientifico-psicologico, infatti, notevoli cambiamenti sono avvenuti nell’impostazione culturale dei generi, dando origine ad una vera e propria rivoluzione che ha riguardato la cultura di genere e dei generi (Galeotti, 2009). La presenza di soli due generi all’interno della società, è stata posta in discussione. Un’ampia riflessione sulla costruzione dei generi ad opera del sistema culturale è stato offerto, ad esempio, da alcuni antropologi. Tra questi F. Heritier (1996) ha sostenuto che *“il dato biologico universale, ridotto alle sue componenti essenziali, irriducibili, non può avere una sola e unica traduzione”*, intendendo con

le possibili traduzioni del sesso. Non tutti concordano su tale punto. Laplanche, ad esempio, attribuisce un senso molto diverso alla distinzione tra sesso e genere: *“la distinzione tra sesso e genere è indispensabile in psicoanalisi. Intendo attribuirvi un senso preciso, molto differente dai presupposti, e in definitiva dalla confusione, introdotti da Stoller. In particolare, è insostenibile annoverare uno dei termini dal lato dell’anatomia e l’altro dal lato della psicologia. Conviene indicare con sesso l’insieme delle determinazioni fisiche o psichiche, comportamentali, fantasmi ecc., direttamente collegate alla funzione sessuata e al piacere sessuale. E con genere l’insieme delle determinazioni fisiche o psichiche, comportamentali, fantasmi ecc., collegate alla distinzione maschile-femminile. La distinzione dei generi va dalle differenze somatiche “secondarie” fino al “genere” grammaticale, passando per gli habitus, il costume, il ruolo sociale, ecc.”* (LAPLANCHE, 1980, 33, n. 1).

questo come il passaggio dal sesso, al genere sociale, sia tutt'altro che univoco e scontato (cfr D'Agostino, 2010).

Una voce particolarmente attiva ed interessata ad approfondire tale filone di ricerca è stata la posizione *femminista*, dal momento che "*le femministe reputano la relazione tra genere e sé una questione politica fondamentale*" (Elliott, 2010). È stata S. de Beauvoir (1949) ad aprire tale discorso quando più di mezzo secolo fa, ne *Il secondo sesso*, scriveva che "*donna non si nasce, lo si diventa*". Tali costrutti evidenziano che esiste un rapporto molto stretto tra l'esperienza personale ed i contesti sociali di appartenenza; risulta di fondamentale importanza, infatti, analizzare come a ciascun individuo sia richiesto il compito di sentirsi riconosciuto e comportarsi in funzione di un certo ruolo o appartenenza di genere, e che al contempo i comportamenti assunti dal singolo risultano iscritti all'interno di un sistema sociale che possa definirli. Se, infatti, sul piano soggettivo è offerto al singolo individuo il compito di definire e autodeterminare la propria identità di genere, possiamo pensare che la partecipazione ai contesti sociali risenta del modo in cui l'individuo attivamente rielabora e costruisce la propria identità.

Come risulta da una più attenta analisi, al termine stesso di "identità di genere" è sotteso un intreccio tra dimensioni molteplici. Viene richiamato, infatti, il tema dell'identità personale alla quale viene aggiunta, per così dire, la coloritura propria del genere, che abbiamo identificato come matrice più psicologica e costruttiva.

È di interesse, in tale complesso dibattito, la prospettiva della Chodorow (1978), proposta nel testo *La funzione materna*. Secondo questa autrice il maschio e la femmina, bambino e bambina, seguono due percorsi diversi e differenziati nella società. Tuttavia la differenziazione di tali destini risulta "ereditata" dalla peculiare impostazione psicologica "della madre" che finisce con l'ottenere effetti pragmatici, determinando ed assegnando dei ruoli ben precisi e socialmente istituiti. La bambina, collocata sul piano del "doppio", ha il compito di somigliare alla madre; al bambino, che è, invece, posto sul piano della "diversità", spetta il compito di differenziarsi quanto più nettamente è possibile, sovra-investendo sulla propria virilità. I comportamenti dei bambini maschi, ad esempio, generalmente associati a comportamenti più aggressivi e alla scelta di giochi di azione, sarebbero derivanti da una impostazione relazionale dettata dalla madre e dalla sua posizione-ruolo di genere. Si evidenzia così quanto possa essere complesso l'intreccio tra l'identità ed il ruolo di genere.

Questi sono alcuni spunti che ci permettono di comprendere in che modo sia oggi possibile problematizzare i ruoli e le identità di genere, cioè,

lavorare analiticamente intorno ai discorsi che riguardano il “maschile” e il “femminile”, provando a definire come ed in che modo tali discorsi finiscano per determinare una regola per la collocazione all’interno della società civile (cfr. Nunziante Cesàro, 1996).

Questi quesiti teorici sottendono, infatti, importanti domande sul piano concreto. Quali giochi è più giusto che un bambino o una bambina utilizzi? Come è più giusto denotare, in termini di atteggiamenti, comportamenti, e perfino abbigliamento, la propria appartenenza di genere? Quanto, la società, è in generale pronta ad accettare manifestazioni nell’espressioni di genere non conformi alle aspettative?

Tali interrogativi possono essere intesi quale base concettuale per la successiva discussione sui criteri che sottendono la “patologizzazione” del transessualismo oggi.

4. Tra nuovi criteri e nuove ipotesi

Nel nostro Paese prima dell’avvento della legge n. 164 del 1982 “*Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso*¹⁵” gli unici interventi medici consentiti, volti a modificare l’anatomia sessuale, erano eseguibili

15 *Legge 14 aprile 1982, n. 164 (pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale del 19 aprile 1982 n. 106):*

Art. 1. La rettificazione di cui all’art. 454 del codice civile si fa anche in forza di sentenza del tribunale passata in giudicato che attribuisca ad una persona sesso diverso da quello enunciato nell’atto di nascita a seguito di intervenute modificazioni dei suoi caratteri sessuali.

Art. 2. La domanda di rettificazione di attribuzione di sesso di cui all’art. 1 è proposta con ricorso al tribunale del luogo dove ha residenza l’attore.

Il presidente del tribunale designa il giudice istruttore e fissa con decreto la data per la trattazione del ricorso e il termine per la notificazione al coniuge e ai figli. Al giudizio partecipa il pubblico ministero ai sensi dell’art. 70 del codice di procedura civile.

Quando è necessario, il giudice istruttore dispone con ordinanza l’acquisizione di consulenza intesa ad accertare le condizioni psico-sessuali dell’interessato.

Con la sentenza che accoglie la domanda di rettificazione di attribuzione di sesso il tribunale ordina all’ufficiale di stato civile del comune dove fu compilato l’atto di nascita di effettuare la rettificazione nel relativo registro.

Art. 3. Il tribunale, quando risulta necessario un adeguamento dei caratteri sessuali da realizzare mediante trattamento medico-chirurgico, lo autorizza con sentenza. In tal caso il tribunale, accertata la effettuazione del trattamento autorizzato, dispone la rettificazione in camera di consiglio.

Art. 4. La sentenza di rettificazione di attribuzione di sesso non ha effetto retroattivo.

esclusivamente in presenza di strutture gonadiche di entrambi i sessi, in quelle condizioni che erano inquadrare nell'ambito dell'ermafroditismo¹⁶ (Pezzoli, 2006).

In Italia il percorso di riattribuzione chirurgica e anagrafica del sesso è stato, infatti, regolamentato dalla legge 164 del 1982 che di fatto, superando gli impedimenti dell'articolo 583 del codice penale¹⁷, ha stabilito le modalità da seguire al fine di permettere di accedere ad un percorso per modificare sul piano anatomico e anagrafico la propria identità¹⁸. Tanto le

Essa provoca lo scioglimento del matrimonio o la cessazione degli effetti civili conseguenti alla trascrizione del matrimonio celebrato con rito religioso.

Si applicano le disposizioni del codice civile e della legge 1 dicembre 1970, n. 898 (*), e successive modificazioni.

Art. 5. Le attestazioni di stato civile riferite a persona della quale sia stata giudizialmente rettificata l'attribuzione di sesso sono rilasciate con la sola indicazione del nuovo sesso e nome.

Art. 6. Nel caso che alla data di entrata in vigore della presente legge l'attore si sia già sottoposto a trattamento medico-chirurgico di adeguamento del sesso, il ricorso di cui al primo comma dell'art. 2 deve essere proposto entro il termine di un anno dalla data suddetta.

Si applica la procedura di cui al secondo comma dell'art. 3.

Art. 7. L'accoglimento della domanda di rettificazione di attribuzione di sesso estingue i reati cui abbia eventualmente dato luogo il trattamento medico-chirurgico di cui all'articolo precedente.

- 16 Tali condizioni sono oggi meglio note come: Disturbi della Differenziazione Sessuale (DSD). In passato si è parlato in termini di ambiguità sessuale o di intersessualità per definire queste condizioni nelle quali non è possibile definire, o è molto difficile farlo, il sesso del bambino. Tali condizioni possono essere determinate da componenti genetiche o ormonali (per un approfondimento anche sul piano bioetico si rinvia al documento del Comitato Nazionale per la Bioetica, 2010).

- 17 Art. 583 codice penale - Circostanze aggravanti: La lesione personale è grave e si applica la reclusione da tre a sette anni: se dal fatto deriva una malattia che metta in pericolo la vita della persona offesa, ovvero una malattia o un'incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore ai quaranta giorni; se il fatto produce l'indebolimento permanente di un senso o di un organo. La lesione personale è gravissima, e si applica la reclusione da sei a dodici anni, se dal fatto deriva: una malattia certamente o probabilmente insanabile; la perdita di un senso; la perdita di un arto, o una mutilazione che renda l'arto inservibile ovvero la perdita dell'uso di un organo o della capacità di procreare, ovvero una permanente e grave difficoltà della favella; la deformazione, ovvero lo sfregio permanente del viso (Fonte: CGIL – www.cgil.it).

- 18 La riattribuzione anagrafica deriva dalla stessa legge n. 164/1982 che definisce la “rettificazione di attribuzione di sesso” e dà il via alla modificazione dei dati personali, nome proprio e sesso attribuito alla nascita, nei registri dell'anagrafe. L'ufficiale di stato civile effettua la rettifica in seguito all'ordinanza del Tribunale dopo che quest'ultimo ha verificato, tramite la visione della cartella clinica, l'av-

diverse associazioni di persone transessuali, quanto la più ampia comunità scientifica hanno, tuttavia, ravvisato ben presto come il presupposto principale di questa legge sia stato un carattere “sanatorio”. Essa era, infatti, soprattutto finalizzata a regolamentare la posizione delle numerose persone transessuali che all’epoca si erano recate all’estero per sottoporsi ad interventi di riassegnazione chirurgica dei caratteri sessuali e richiedevano il riconoscimento anagrafico del genere a cui sentivano di appartenere. Tra i molti punti che di tale legge sono oggi fortemente in discussione, non si può non notare l’art. 2 secondo il quale la volontà individuale sia di per sé posta in discussione, necessitandosi, al fine di proseguire l’iter, il giudizio di idoneità dettato dalla presenza di requisiti psico-sessuali da rinvenirsi a cura esclusiva di un “esperto” (art. 2, comma 4).

Ma sono anche altri i nodi problematici sollevati da tale legislazione. L’aspetto che inevitabilmente suscita maggiore perplessità, riguarda l’*equazione* imposta alla relazione tra il trattamento chirurgico irreversibile e la riassegnazione identitaria. I transessuali e le transessuali possono talvolta giudicare non indispensabile il ricorso ad un intervento chirurgico di riattribuzione del sesso, ma vi sono oggi sostanzialmente obbligati, onde accedere allo status giuridicamente riconosciuto¹⁹.

Già in altri Paesi, in particolare in Olanda e Germania, in cui vige una regolamentazione per molti versi analoga a quella italiana, è affiancata la possibilità di un’alternativa chiamata “piccola soluzione” diretta ad ottenere esclusivamente la modifica anagrafica del nome o dei prenomi, con sentenza peraltro non immutabile (è prevista una decadenza soltanto in caso di matrimonio o nascita di figli). In questo caso l’autorità giudiziaria non ha potere discrezionale ma si limita a ratificare una situazione sulla base

venuto adeguamento medico-chirurgico dei caratteri sessuali. Tutti i certificati e i documenti riporteranno i nuovi dati personali, solo l’atto di nascita integrale avrà traccia della variazione (da: OSSERVATORIO NAZIONALE IDENTITÀ DI GENERE – www.onig.it)

- 19 Un significativo passo in avanti nella direzione di scardinare tale equazione, è stato compiuto dalla Prima Sezione del Tribunale di Roma che mediante la sentenza dell’11-03-2011 n. 5896, ha accolto un’istanza di cambiamento anagrafico in assenza di previa modificazione dei caratteri sessuali dell’interessato, adducendo quale motivazione che: “il trattamento medico-chirurgico previsto dalla legge n. 164/82 è necessario nel solo caso in cui occorre assicurare al soggetto transessuale uno stabile equilibrio psicofisico, ossia nel solo caso in cui la discrepanza tra il sesso anatomico e la psicosessualità determini un atteggiamento conflittuale di rifiuto dei propri organi genitali [...] Pertanto deve ritenersi che nei casi in cui non sussista tale conflittualità non sia necessario l’intervento chirurgico per consentire la rettifica dell’atto di nascita” (Fonte: EQUAL JUS DATABASE – EUROPEAN NETWORK FOR THE LEGAL SUPPORT OF LGBT RIGHTS)

della dichiarazione dell'interessato e di perizie rilasciate da due specialisti. La personale volontà è riportata in primo piano, dando un peso maggiore all'iter del “*real life test*” (vivere nel genere desiderato per un periodo più o meno lungo). Sotto questo profilo lo stesso Parlamento Europeo (risoluzione N.1117 del 12 settembre 89) invita gli Stati Membri a valorizzare maggiormente l'autodiagnosi, accordando percorsi psicologici a quanti ne facciano una effettiva e specifica richiesta. Recuperando tale invito, in alcuni paesi europei (Spagna e Gran Bretagna) la legislazione non obbliga più le persone transessuali a sottoporsi ad interventi chirurgici di riassegnazione dei caratteri sessuali perché sia riconosciuto giuridicamente ed anagraficamente il genere a cui la persona sente di appartenere.

Tornando al nostro paese è pur vero che, seppur presentando molti limiti, la legge 164 ha permesso di trovare una soluzione e permettere l'accesso all'intervento chirurgico che avrebbe altrimenti violato alcuni principi “umani” ed il codice penale (il succitato art. 583).

Se tale dibattito è estremamente fiorente sul piano legislativo, altrettanto lo è sotto il profilo dei “criteri” a disposizione degli operatori clinici, chiamati a svolgere il ruolo di “esperti”. Anche sotto questo profilo si manifesta la necessità di affrontare tale questione sotto più punti di vista e sotto plurime angolazioni di pensiero.

La questione che riguarda il “disturbo dell'identità di genere” e se sia esso annoverarsi tra i disturbi mentali continua a essere controversa (Ehrbar, 2010). Molte sono attualmente le proposte e gli argomenti sostenuti, in vista di una nuova configurazione diagnostica del DSM 5. Attualmente è possibile evidenziare due macrocategorie la cui voce risuona all'interno di tale dibattito; da un lato coloro che vorrebbero che la diagnosi fosse completamente *emendata*, giungendo a non parlare più di transessualismo con una connotazione psicopatologica; dall'altra coloro che, invece, sono a favore del *mantenimento* della diagnosi. È inevitabile sottolineare come tale discorso sia sostanziato da un impianto alquanto retorico²⁰.

20 Non si può non tenere in considerazione che, in riferimento alle questioni psicosessuali, possano esserci commistioni tra le posizioni del DSM-IV ed il più vasto atteggiamento sociale dominante. Basti pensare a come nel corso delle varie edizioni del DSM siano cambiate le posizioni anche nei confronti dell'omosessualità: essa appare nel DSM-I del 1952 sotto l'etichetta di “Disturbo Sociopatico della Personalità”; nel DSM-II del 1968 è inclusa fra le “perversioni”; nel DSM-III del 1980 permane fra i Disturbi Sessuali sotto forma di “Omossessualità Egodistonica”; per scomparire infine del tutto come patologia specifica nell'attuale DSM-IV. In altre parole, da un certo momento in poi l'omosessualità non è più considerata, a nessun titolo, una patologia, in trasparente coincidenza con l'evoluzione sociale,

In realtà, come si vedrà, tale dibattito risulta notevolmente più articolato, dal momento che pone in gioco tutta la complessità sottesa al processo “diagnostico” e alla definizione di “disturbo”, coinvolgendo, inoltre, le concezioni dell’attuale società italiana ed internazionale e dovendo tenere conto di adeguati protocolli di cura e presa in carico, psicologica e non, di queste persone.

Come detto, sono in discussione modifiche in vista del futuro manuale DSM 5. Se da un lato tra gli obiettivi principali del DSM ci sono quelli della ricerca nel campo clinico, la facilitazione della comunicazione, il costituirsi quale parametro per l’agire clinico, è pur vero che parlare di disturbo implichi la presenza di un qualche disordine e che pertanto, secondo alcuni autori (Lev, 2005; Winters, 2005), una tale condizione risulterebbe eccessivamente gravosa per questi soggetti. Secondo tale prospettiva la presenza stessa della diagnosi implica la produzione e riproduzione di un forte stigma sociale. Espandendo tale asserzione alle sue estreme conseguenze è possibile addirittura pensare che la mancata accettazione sul piano sociale basti di per sé a comportare difficoltà nel processo di adattamento per la persona transessuale e causare il “disagio” recepito dall’attuale sistema diagnostico. In tal senso non soltanto l’identità *transgender* non andrebbe pensata come una “disfunzione individuale”, ma dovrebbe essere inquadrata in una più ampia impostazione sociale votata ad avere un “problema con la diversità” (Ehrbar, *ibid.*). Come sottolineato da Devor (1997) a proposito della condizione FtM (quella cioè di persone nate biologicamente femminili ma che si riconoscono nel genere maschile), bisogna precisamente chiedersi quanto definire tale condizione come un disturbo non finisca con il trasformare un “fatto sociale” in un problema apparentemente personale (Green, 2007).

La possibilità di “depatologizzare” il DIG avrebbe, quindi, un’importante ricaduta sul piano sociale, consentendo a molte persone di fuoriuscire da uno stato di chiusura e segregazione (Toukers, 2011). Laddove, permanendo la diagnosi, si finirebbe con il confermare un modello di “disabilità” e deficit per inquadrare le persone transessuali, incidendo di conseguenza, sull’apparato clinico e sulla presa in carico psicologica di tali soggetti.

Immaginiamo, di fronte a tutto questo, il ruolo di un clinico, psicologo o psicoterapeuta. L’operatore, che in base alle leggi vigenti nel nostro Paese è investito del compito di fare una diagnosi nell’ambito di una consulenza tecnica di ufficio, corre il rischio di essere unicamente percepito come

culturale, e politica che nel frattempo ha compreso di non poter inquadrare l’omosessuale sotto la cupola di una “malattia”.

un *gate-keeper*, un controllore, finendo con il sostenere implicitamente la posizione secondo cui “bisogna essere malati per poter chiedere aiuto alle istituzioni preposte”. In tal senso i percorsi di “aiuto” alla fine non sarebbero altro che processi preconfezionati, distanti dalle necessità, ma calati dall’alto e resi obbligatori, il cui fine, nell’ottica dell’utente, sarebbe quello di ricevere un certificato e non una più autentica occasione di confronto e sostegno.

Mantenere un atteggiamento e un’impostazione teorica basati sul concetto di malattia può comportare, infine, la perdita di diritti, laddove lo stigma può tradursi nell’impossibilità di adottare o avere in custodia dei bambini.

D’altro canto, la comunità si sta molto interrogando anche sulla possibilità che una categoria diagnostica sia mantenuta, proponendo argomenti interessanti e diversi a supporto di tale tesi. In particolar modo attualmente, nel gruppo di lavoro del WPATH a cui abbiamo fatto precedentemente cenno, i clinici intervenuti a sviluppare una riflessione su tali temi non condannano del tutto la persistenza di una diagnosi in sé, sostenendo che l’ombrello più ampio della diagnosi possa risultare per certi versi *rassicurante*, tenendo, però, ferma la necessità di cambiamenti nella versione del DSM 5.

Nella prospettiva di un tale approccio alla questione, se è sempre vero che la possibilità di fare diagnosi può determinare un impatto sociale sotto forma di stigma, il processo che porta alla diagnosi deve essere valorizzato. La “diagnosi”, in senso ampio, costituisce un importante strumento per guidare l’agire clinico ed un basilare termine di confronto per individuare la soluzione più appropriata e permettere alle persone di prendere atto e riflettere sui propri vissuti di eventuale sofferenza.

In previsione del mantenimento della diagnosi si sottolinea, altresì, il fatto che gli elementi “disforici” riguardanti l’identità di genere concorrono ad un “*disagio reale, e non sono semplicemente la manifestazione di una pressione sociale. È la presenza di questo disagio a giustificare una categoria diagnostica*” (Bockting & Ehrbar, 2005; trad. nostra).

Tale asserzione risulta molto complessa, dal momento che molti sono gli elementi concettuali e teorici che la sottendono. È pur vero che essa rappresenta un crocevia poiché non soltanto la ricerca continuerà a interrogarsi, ma si colgono numerose ulteriori prospettive. È ipotizzabile, infatti, che la diagnosi permetta un più agevole accesso ai trattamenti, medici e psicologici, richiesti in virtù di un soggettivo senso di disagio e sofferenza. Inoltre, la presenza della diagnosi lascia suggerire la possibilità di una più attenta definizione di categorie (diagnostiche) e di conseguenza la più precisa di-

stinzione tra gruppi di individui e ciò potrebbe permettere l'identificazione più precisa e specifica delle diverse condizioni e la comprensione delle loro precipue necessità.

Su un piano eminentemente logico, inoltre, se da un lato la diagnosi rappresenta uno stigma, è pur vero che essa concorre ad abbattere uno stigma: ridurre la vergogna di una condizione che, in assenza di una diagnosi, può apparire come incomprensibile e ingiustificata. La "diagnosi" può condurre a dare un nome alla propria esperienza, facendo sentire meno isolate le persone coinvolte, offrendo loro l'opportunità di essere comprese e riconosciute.

Sullo sfondo di tale discorso è presente anche un intricato registro economico. Accedere ad una diagnosi implica, infatti, la presenza di un'altra questione da affrontare. In particolar modo ciò è vero in una società, come quella nord americana ove, per accedere ai trattamenti medico-chirurgici è necessario essere in possesso di una copertura assicurativa, che dipende strettamente dalle possibilità economiche di ciascuno. In tali contesti la rimozione della diagnosi potrebbe condurre ad un discorso "classista", venendo meno il contributo economico da parte degli enti assicurativi che non coprirebbero le spese mediche e chirurgiche per "sanare" una condizione non ritenuta più patologica. L'accesso alle cure dipenderebbe dalla disponibilità economica a disposizione del singolo e non ad una equidistribuzione delle risorse: si verrebbe curati se si ha denaro a disposizione.

Non ultimo, tra gli elementi a sostegno della permanenza della diagnosi, si può annoverare il fatto che la presenza di un dispositivo diagnostico permette alla comunità scientifica e agli operatori che intervengono, di lavorare insieme su tali questioni e discutere e confrontarsi costantemente su tale argomento.

Tale dibattito interdisciplinare ha portato, come accennato, ad ipotizzare di sostituire il termine Disturbo dell'Identità di Genere, con quello di *Disforia di Genere*²¹.

21 Di seguito i criteri per la Disforia di Genere, proposti dal gruppo di lavoro sui disturbi dell'identità di genere dell'American Psychiatric Association che costituirà la base per la revisione del DSM 5 (<http://www.dsm5.org>):

Una marcata incongruenza tra il genere vissuto/espresso e quello assegnato, per almeno sei mesi, come manifestato da 2 o più dei seguenti indicatori:

1. una marcata incongruenza tra il proprio genere vissuto/espresso e i caratteri sessuali primari e/o secondari (o, in giovani adolescenti, le caratteristiche sessuali secondarie attese/previste)

2. un forte desiderio di liberarsi dei propri caratteri sessuali primari e/o secondari a causa di una marcata incongruenza con il proprio genere vissuto/espresso (o,

È da sottolineare, tuttavia, come durante tale processo di revisione l'American Psychiatric Association abbia dimostrato una grande apertura, proponendo ad esperti del WPATH ed a rappresentanti delle compagnie assicurative di poter partecipare molto attivamente alla revisione dei criteri, permettendo così di allargare gli orizzonti epistemici della discussione.

In generale è comunque notevole che, sebbene il costrutto di *Disforia di Genere* appaia più chiaro e meno stigmatizzante rispetto a quello precedente di Disturbo dell'Identità di Genere (come richiesto dalla stessa American Psychiatric Association), è pur vero che tale revisione finisca col comportare la patologizzazione di tutte quelle persone che manifestino variazione nella espressione di genere, al di là della richiesta di riattribuzione chirurgica del sesso.

5. Conclusioni

Come traspare da tale discussione, il campo di ricerca che abbiamo delineato si configura come un campo di estremo interesse, che solleva molti interrogativi anche sul versante della bioetica, con tutte le implicazioni connesse agli aspetti legati all'attività professionale, di ricerca ed intervento ed al più ampio contesto sociale all'interno del quale tali fenomeni vengono ad inscrivere. Sicuramente pare rilevante evidenziare come l'atto di “patologizzazione” possa essere connesso allo stigmatizzare “identità diverse”. Questa tesi può essere avvalorata anche da alcune recenti ricerche che affrontano il tema del transessualismo inquadrandolo in un “disturbo d'ansia derivante dalla deprivazione dell'espressione di genere” (GEDAD: *Gender Expression Deprivation Anxiety Disorder*) (Vitale, 2001, 2010).

in giovani adolescenti, il desiderio di impedire lo sviluppo dei caratteri sessuali secondari previsti)

3. un forte desiderio verso i caratteri sessuali primari e/o secondari del genere opposto

4. un forte desiderio di appartenere al genere opposto (o qualche genere alternativo diverso dal proprio genere assegnato)

5. un forte desiderio di essere trattato come appartenente all'altro genere (o qualche genere alternativo diverso dal proprio genere assegnato)

6. una forte convinzione di possedere i sentimenti e le reazioni tipici dell'altro genere (o qualche genere alternativo diverso dal proprio genere assegnato)

La condizione è associata clinicamente a significativo disagio o compromissione in aree importanti quali quella sociale, lavorativa, o altre importanti aree di funzionamento o con un significativo incremento del rischio di sofferenza quale disagio o disabilità.

In chiusura ci pare utile far notare come, data la complessità dei temi in oggetto, risulti oggi consistente la mobilitazione non solo di molti organi istituzionali ma anche di associazioni che attentamente si interrogano sulla possibilità di individuare “buone pratiche”. A titolo esemplificativo si riportano due rimandi. Il primo è il documento promosso dalla American Psychological Association dal titolo *Resolution on Transgender, Gender Identity, and Gender Expression Non-Discrimination* (APA, 2008) nel quale sono contemplati una serie di fondamentali punti di ricerca e prospettive sociali. Tra questi, i principali punti programmatici individuati sono: l'area lavorativa, l'impiego nelle attività sociali, il riconoscimento sociale, l'importanza della cura ed il supporto per una corretta presa in carico nei contesti istituzionali delle persone transessuali.

Il secondo punto è rappresentato dagli *Standards of Care* del succitato WPATH che nel corso del convegno svolto ad Atlanta nel settembre 2011, hanno raggiunto la loro settima edizione, a dimostrazione del lungo cammino che è in corso per implementare la ricerca, la conoscenza e la divulgazione di tali complessi temi.

Bibliografia

- APA (2000), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, trad. it., Milano, 2001.
- APA (2008), *Resolution on transgender, gender identity, & gender expression non-discrimination*, Rinvenibile al sito:
<http://www.apa.org/about/governance/council/-55policy/transgender.aspx>
- H. BENJAMIN, *Transvestims and transsexualism*, in *International Journal of Sexology*, 1953, 7:1, 12.
- H. BENJAMIN, *The transsexual phenomenon*, The Julian Press, New York, 1966. Trad it. *Il fenomeno transessuale*, Roma, 1968.
- W.O. BOCKTING, R.D. EHRLICH, *Commentary: gender variance, dissonance, or identity disorder?*, in *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 2005, 17, 125-134.
- V.L. BULLOUGH, *A nineteenth-century transsexual*, in *Archives of Sexual Behavior*, 1987, 16, 81-84.
- J. BUTLER (2004), *La disfatta del genere*, Roma, 2006.
- D.O. CAULDWELL, *Psychopathia transsexualis*, in *Sexology*, Magazine 16, 1949, 274-280.
- J. COLAPINTO, *As nature made him: the boy who was raised as a girl*, New York, 2000.
- COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *I disturbi della differenziazione sessuale nei minori: aspetti bioetici*, Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2010, rinvenibile al sito www.lasanita.it/file/bioetica.pdf

- G. D'AGOSTINO, *Prefazione*, in P. Valerio, E. Zito, *Corpi sull'uscio, identità possibili*, Napoli, 2010.
- S. DE BEAUVOIR (1949), *Il secondo sesso*, Milano, 1961.
- H. DEVOR, *FTM: Female-to-male transsexuals in society*, Bloomington, Indiana University Press, 1997.
- M. DIAMOND, *Clinical implications of the organizational and activational effects of hormones*, in *Hormones and Behaviour*, 2009, 55, 621-632.
- J. DRESCHER, *When politics distort science: what mental health professionals can do*, in *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 2009a, 13:213-226.
- J. DRESCHER, *Queer diagnosis: Parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the diagnostic and statistical manual*, in *Archives of Sexual Behavior*, 2009b, 39, 427-460.
- A. ELLIOTT, *I concetti del sé*, Torino, 2010.
- E. ESQUIROL, *Des maladies mentales considérées sous le rapports médical, hygiénique et medico-legal*, 2 vol., Bruxelles, 1838.
- R. EHRBAR, *Consensus from differences: Lack of professional consensus on the retention of the gender identity disorder*, in *International Journal of Transgenderism*, vol. 12, 2, 2010.
- L. FEINBERG, *Transgender warriors: Making history from Joan of Arc to Dennis Rodman*, Boston, 1996.
- G. GALEOTTI, *Gender. Genere*, Roma, 2009.
- J. GREEN, "Transmen: behind Assimilation, problems exist". In: "21st Century Sexualities: contemporary issues in health, education and rights", in: Herdt, C. Howe (eds.), Routledge, London, New York, 2007, 35-37.
- R. GREEN, *Robert Stoller's sex and gender: 40 years on*, in *Archives of Sexual Behavior*, 2010, 39 (6).
- F. HERITIER, *Maschile e femminile. Il pensiero della differenza*, Bari, 1996.
- M. HIRSCHFELD, *Die transvestiten. Eine Untersuchung über den erotischen Verkleidungstrieb mit umfangreichem casuistischem und historischem Material*, I-II, Berlin, Alfred Pulvermacher, 1910.
- M. HIRSCHFELD, *Die intersexuelle konstitution*, in *Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen*, 1923, 3-27.
- P.J. KESTEREN, L.J. VAN GOOREN, J.A. MEGENS, *An epidemiological and demographic study of transsexuals in the Netherlands*, in *Archives of Sexual Behavior*, 1996, 25, 589-600.
- KRAFFT-EBING VON, *Psychopathia sexualis* (1931), Milano, 1966.
- A.I. LEV, *Disordering gender identity: Gender identity disorder in the DSM-IV-Tr*, in *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 2005, 17, 35-69.
- P. MARCASCIANO, L. ARIETTI, C. BALLARIN, G. CUCCIO, *Elementi di critica trans*, Roma, 2010.
- J. MONEY, *Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: Psychologic findings*, in *Bulletin of Johns Hopkins Hospital*, 1955, 96, 253-264.
- J. MONEY, *Essere uomo essere donna. Uno studio sull'identità di genere*, Milano, 1989.
- A. NUNZIANTE CESARO, *Del genere sessuale. Saggi psicoanalitici sulla identità femminile*, Napoli, 1996.

- A. NUNZIANTE CESÀRO, P. VALERIO, *Dilemmi dell'identità: Chi sono? Saggi psicoanalitici sul genere e dintorni*, Milano, 2006.
- S.E. OLSSON, A.R. MÖLLER, *On the incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden, 1972-2002*, in *Archives of Sexual Behavior*, 2003, 32, 381-386.
- PARLAMENTARY ASSEMBLY OF THE COUNCIL OF EUROPE, *Recommendation 1117 on the condition of transsexuals*, 1989.
- F. PEZZOLI, *Legge 14 aprile 1982 n. 164. Transessualismo. Teoria e prassi*, Livorno, 2006.
- R. REICHE, *Genere senza sesso*, Roma, 2004.
- R. STOLLER, *Sex and gender: On the development of masculinity and femininity*, London, New York, Science House, New York, 1968.
- K. TOUKERS, "Transgendering: challenging the normal". In "Introducing the New Sexuality Studies", S. Seideman, N. Fisher, C. Meeks (eds), Routledge, London and New York, 2011, 134-139.
- P. VALERIO, M. BOTTONI, R. GALIANI, R. VITELLI, *Il transessualismo. Saggi psicoanalitici*, Milano, 2001.
- P. VALERIO, E. ZITO, *Genesi dei transessualismi maschili: crocevia delle identità nella letteratura psicoanalitica*, in A. Nunziante Cesaro, P. Valerio (a cura di), *Dilemmi dell'identità: chi sono?*, Milano, 2006.
- A.M. VITALE, *Implications of being gender dysphoric: A developmental review*, *Gender and Psychoanalysis, An interdisciplinary Journal*, 2001, 6, 121-141.
- A.M. VITALE, *The gendered self. Further commentary on the Transsexual Phenomenon*. Flyfisher Press, Point Reyes Station, 2010.
- K. WINTERS, *Gender dissonance: Diagnostic reform of gender identity disorder for adults*, in *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 2005, 17 (3/4), 71-90.
- K.J. ZUCKER, S.J. BRADLEY, *Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents*, New York, 1995.
- E. ZITO, P. VALERIO, *Corpi sull'uscio identità possibili*, Napoli, 2010.