

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO - BICOCCA



Facoltà di Psicologia

Corso di Laurea Triennale in Scienze e Tecniche Psicologiche

***Transessualismo e DSM:
vicissitudini di una controversa categoria diagnostica***

Relatore: Dott. Antonio Prunas

Numero di caratteri: 71.991

Tesi di Laurea di: Federica Ferrari

Matricola n. 736889

Anno accademico 2012/2013

*All'associazione Ala Milano Onlus,
in particolare a Luca, Eugenia, Sara ed Antonia,
che mi hanno fatto capire l'importanza di «non ragionare in codice binario»,
ed infine a Fernanda e a tutte le persone transessuali che, come lei, riescono a
sopportare il peso della propria condizione con il sorriso sulle labbra
e con la consapevolezza di «non essere malate, forse un po' pazze,
quanto basta per esprimere se stesse senza ipocrisia».*

Indice

INTRODUZIONE

CAP 1. TRANSESSUALISMO E DINTORNI

1. Precisazioni terminologiche
2. Identità di genere

CAP 2. IN OR OUT? DIBATTITO INTORNO ALL'INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO

1. In – Transessualismo come disturbo mentale
2. Out – Transessualismo come normale variante di genere
3. In/Out: pareri della comunità transessuale

CAP 3. STORIA DELLA DIAGNOSI

1. Il transessualismo pre-categorizzazione diagnostica
2. Evoluzione della diagnosi: dal DSM-III al DSM-V
3. Disforia di genere: pro e contro dell'attuale diagnosi secondo la WPATH

CONCLUSIONE

BIBLIOGRAFIA

INTRODUZIONE

L'inquadramento diagnostico del transessualismo all'interno del DSM è stato (e continua ad essere), fin dalla sua prima inclusione nel 1980, una fonte inesauribile di discussioni e polemiche. La domanda che costituisce il nucleo della controversia è: la Disforia di Genere (definizione stabilita dall'ultima versione del Manuale) può essere considerata un disturbo mentale propriamente detto, oppure il disagio e la sofferenza che caratterizzano questa condizione derivano unicamente dai limitati e restrittivi stereotipi culturali relativi al genere, accolti dai soggetti transgender in modo repressivo e stigmatizzante? Scopo del presente elaborato è quello di, in primo luogo, illustrare alcune rilevanti precisazioni terminologiche e di chiarire alcuni importanti concetti inerenti al tema, quali le diverse concezioni di identità di genere; si delinea poi il fervente dibattito intorno alla sua categorizzazione diagnostica attraverso la presentazione delle principali posizioni - tanto di studiosi e ricercatori del settore, quanto di persone direttamente coinvolte - sia di coloro che, reputando tale condizione una patologia psichiatrica, si schierano a favore del mantenimento della diagnosi, sia di sostenitori della sua rimozione dal Manuale. Verrà in seguito ripercorsa, nel terzo capitolo, l'evoluzione della diagnosi DSM dal 1980 ad oggi, preceduta da un rapido sguardo anche a come veniva considerato il fenomeno transessuale prima del suo inserimento all'interno del Manuale. Infine, esposto il parere della *World Professional Association for Transgender Health* in merito all'ultima versione della diagnosi (DSM-5, 2013), saranno messi in rilievo alcuni interessanti spunti di riflessione, quali il possibile parallelismo tra quanto è avvenuto per la diagnosi di Omosessualità e la questione transessuale, l'utilità di considerare una diagnosi anche da un punto di vista pragmatico e l'esempio dato da alcune culture orientali.

CAPITOLO 1. TRANSESSUALISMO E DINTORNI

1. Precisazioni terminologiche

Il termine “transessualismo” comparve per la prima volta nel 1923 per mano di Hirschfeld (Dèttore, 2005), che lo introdusse però in maniera non sistematica; esso verrà ripreso più approfonditamente una ventina di anni dopo, nel 1949, quando Caudwell in *Sexology Magazine* descrisse il caso di una ragazza che desiderava ossessivamente essere un uomo. Egli denominò tale condizione Psychopathia transsexualis, quadro clinico caratterizzato da uno stato d’animo di angoscia relativa al rifiuto del proprio sesso anatomico. Al transessualismo venne però riconosciuto un proprio valore solo grazie a Harry Benjamin, endocrinologo e sessuologo la cui opera di studio e di ricerca sull’argomento contribuì, più dei precedenti, ad approfondire la conoscenza del fenomeno e a sviluppare nuove importanti riflessioni, aprendo un importante dibattito destinato a non esaurirsi. Con questo termine Benjamin indicava una sindrome ancora praticamente sconosciuta, distinta da altri disturbi dell’orientamento sessuale, che egli definì chiaramente nella sua opera *Il Fenomeno Transessuale* (1966), scrivendo «I veri transessuali sentono di appartenere all’altro sesso, desiderano essere e operare come membri del sesso opposto, non solo di apparire come tali. Per costoro, i loro caratteri sessuali primari e secondari sono deformità disgustose che devono essere trasformate dal bisturi del chirurgo» (Benjamin, 1966, p. 23). Pertanto, secondo l’autore, sono definibili “transessuali” solamente quelle persone che intraprendono un percorso di adattamento del proprio fisico alla percezione che esse hanno di sé, attraverso interventi di tipo chirurgico, ormonale, ed estetico. Vengono utilizzati gli acronimi inglesi MtF (*Male to Female*) e FtM (*Female to Male*) per indicare rispettivamente gli individui maschi che desiderano un corpo femminile, e viceversa i soggetti biologicamente femminili che vogliono effettuare una transizione in senso maschile.

Tuttavia, l’accezione di “transessuale” indicata da Benjamin è piuttosto restrittiva, in quanto non considera il fatto che non tutte le persone che sentono il proprio sesso psicologico come incongruente a quello anatomico desiderano una modificazione chirurgica del sesso. Questi soggetti, e più in generale tutti quelli varianti rispetto al genere, sono compresi dal sostantivo “transgender”, termine “ombrello” coniato all’interno del movimento LGBT (acronimo riferito a Lesbiche, Gay, Bisessuali, Transgender) intorno ai primi anni Ottanta, sotto al quale si possono identificare tutti coloro che non si sentono compresi dentro i normali stereotipi di genere maschile e femminile. Di conseguenza, il termine “transessuale” è incluso dal più generale “transgender” e ne rappresenta una sorta di sottocategoria, dal momento che, come li definisce Shapiro (1991), i transessuali sono coloro

che «stanno cercando di ‘passare’ come membri del sesso opposto, [...] che hanno avuto un intervento chirurgico di riattribuzione di sesso o si stanno sottoponendo ad un trattamento medico con la prospettiva di mutare anatomicamente il proprio sesso». La situazione tuttavia non può essere definita sempre così chiaramente: infatti non tutti i soggetti, pur volendola, si sottopongono ad una riattribuzione chirurgica del sesso (RCS) per varie motivazioni, che siano esse finanziarie, di salute, legali o altre. Esiste inoltre un gran numero di persone che non sentono la necessità di una modificazione chirurgica e desiderano la sola riattribuzione legale di sesso, limitandosi al trattamento ormonale. Per di più, molti transessuali dopo la RCS non vogliono più essere definiti tali, ritenendo che il termine debba riferirsi solo al periodo precedente il processo di transizione e non alla loro attuale identità di “uomo” o “donna”, ottenuta attraverso l’operazione chirurgica; pertanto, effettuato l’intervento, considerano finita la loro esperienza transessuale e vogliono essere considerati ed accettati come uomini o donne a tutti gli effetti dalla società. Data l’esistenza di così numerose e diverse sfumature del fenomeno transessuale, risulta evidente quanto sia più agevole adoperare un termine di ampio respiro quale transgender, in cui possono identificarsi:

- la persona transessuale operata (che ha raggiunto a tutti gli effetti il genere sentito proprio) o che comunque ne ha ferma intenzione;
- la persona transessuale non completamente operata, sottoposta a terapia ormonale o che ha effettuato trattamenti meramente estetici;
- la persona genderqueer, che non si riconosce nel binarismo uomo/donna e rifiuta così lo stereotipo di genere che la società impone ai due sessi, considerando la propria identità di genere come qualcosa di "altro";
- la persona cross-dresser, termine spesso usato come sinonimo di "travestito" ma differente, perché associato, quest'ultimo, alla parafilia. In questo senso il cross-dresser è una persona che si traveste, in privato e/o pubblicamente, senza implicazioni di eccitazione sessuale, ma impersona l’altro sesso per piacere o per rilassarsi.

Per queste ragioni, nel testo utilizzerò in maniera intercambiabile i termini “transgender” e “transessuale”, anche quest’ultimo da intendersi nel suo senso più generale ed inclusivo (dove non altrimenti indicato).

2. Identità di genere

L’identità di genere è un costrutto di fondamentale rilevanza nella comprensione del transessualismo. È necessario innanzitutto sottolineare la differenza tra sesso e genere, troppo spesso usati come sinonimi: il termine “sesso” si colloca nel campo della biologia e genetica, esso serve a categorizzare gli individui come maschi, femmine o intersessuali a seconda dei correlati anatomici e genetici. Il termine “genere” possiede invece

connotazioni sociali e culturali; si tratta di una sorta di etichetta applicata in base agli attributi sessuali ad ogni nascituro, il quale, a seconda del genere assegnatogli, viene sollecitato ad adottare un modello di comportamento e un ruolo di genere maschile o femminile, conformandosi così alla struttura rigidamente dicotomica propria della cultura occidentale. In altre parole, il genere è definito dalla società in base al sesso del soggetto ed implica l'adozione di una specifica condotta (ruolo di genere), che una particolare cultura ritiene appropriata ed imprescindibile per individui che vivono in un determinato corpo - maschile o femminile - e in un dato momento storico. Accentuare l'aspetto culturale del concetto di genere, con lo scopo di rendere più flessibili i tratti comportamentali e sociali legati allo stereotipo maschile e femminile, è ciò che si propone Foucault (1961), secondo cui il genere dovrebbe essere considerato una variabile fluida che cambia e si modifica in contesti ed epoche diverse. I bambini vengono dunque incanalati fin dalla nascita verso la mascolinità o femminilità, e nella maggior parte della popolazione questo orientamento avviene in modo lineare, così che gli individui siano in grado di vivere serenamente secondo il ruolo di genere da loro atteso. In alcuni soggetti, invece, il genere ed il ruolo non vengono vissuti in modo armonico rispetto al proprio sesso biologico: l'identità di genere è incongruente con il sesso cromosomico/fenotipico e con le aspettative sociali ad esso associate. Per identità di genere si intende quindi l'esperienza personale, quella consapevolezza interiore della propria individualità maschile o femminile, vissuta come coerente e persistente. Nel primo caso dunque, esiste una concordanza tra l'identità di genere e il comportamento o ruolo considerato appropriato per il proprio sesso e si parla di individui cisgender; ad esempio, una donna cisgender presenta attributi femminili (sesso), si sente donna (identità), viene percepita dagli altri come donna e si comporta naturalmente come tale (ruolo). Nel secondo caso, l'incongruenza tra queste caratteristiche e la derivante condizione di forte disagio possono portare a esiti diversi, tra cui il transessualismo o varie manifestazioni transgender. In principio, il costrutto di identità di genere era concepito in maniera esclusivamente dicotomica, come appare evidente dalle parole di Money (1975), che la definisce «un continuo e intenso senso di sé come maschio o come femmina». Questo perché, seguendo il modello rigidamente binario vigente nella cultura occidentale, possono esistere solamente due generi, corrispondenti ai due sessi biologici, che formano un bivio precostituito ritenuto l'unico possibile e soprattutto il solo considerato nella norma. Come sottolinea Newman (2002), la congruenza tra l'anatomia sessuale e l'identità di genere è considerata normalità, mentre avere un'identità di genere non corrispondente al sesso biologico è considerato un disturbo. Gradualmente però, la comunità scientifica si è sempre più aperta all'evenienza che esistano molteplici vie, numerosi percorsi che non portano unicamente e necessariamente a una svolta in direzione maschile o femminile, e che siano

possibili diversi modi di esprimere il proprio genere, pur partendo da un sesso biologico abbastanza rigidamente dicotomico. Ettner (1999), ad esempio, propose un modello dell'identità di genere come non bipolare, ma al contrario essa sarebbe collocata lungo un continuum che contempla diverse variabili intermedie. Allo stesso modo Doorn (1994) ipotizzò la presenza di due sottosistemi di identità di genere (M e F), dalla cui interazione (in termini di forza o dominanza di uno di essi) dipenderebbe l'espressione della propria identità: da un estremo caratterizzato da una forte e spontanea espressione del sottosistema omologo al proprio sesso cromosomico (maschio o femmina "normale"), a una sua debole e condizionata espressione nel centro, all'altro estremo, dove si ha una forte e non condizionata espressione del sottosistema non omologo al sesso cromosomico (transessuale MtF o FtM). Attualmente comunque, molti degli studiosi che si sono accorti dell'ampia e sfumata gamma delle espressioni di genere, parlano e pensano in termini di gender blending e gender fluidity: con il primo termine si intende una mescolanza o combinazione di generi che armonizza fra loro il maschile ed il femminile; con "fluidità di genere" si indica la «capacità di diventare liberamente e consapevolmente uno o più di un numero infinito di generi per un tempo qualsiasi e per qualsivoglia numero di cambiamenti» (Bornstein, 1994).

Infine, un contributo importante al filone delle teorie sull'identità di genere è quello fornito da Arlene Istar Lev (2004), la cui concezione di "varianza di genere" verrà trattata nel prossimo capitolo, dal momento che rappresenta una delle principali argomentazioni contro la patologizzazione del transessualismo.

CAPITOLO 2: IN OR OUT? DIBATTITO INTORNO ALL'INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO

1. In – Transessualismo come disturbo mentale

L'ingresso nel DSM di una categoria diagnostica che comprendesse individui transgender, decretò la trasformazione del transessualismo, fenomeno osservato con crescente interesse sia dai clinici che dal grande pubblico, in patologia psichiatrica. L'elevato numero di ricerche e di casi osservati durante gli anni Sessanta-Settanta procurò un numero di dati sufficiente a identificare tale fenomeno come realtà clinica a sé stante, permettendo così di annoverare nel 1980 (APA, DSM-III) il Transessualismo tra i disturbi mentali. Tale iniziativa fu resa possibile dall'aver riscontrato nei soggetti coinvolti le caratteristiche necessarie a tale categorizzazione, ovvero la presenza di forte disagio e compromissione in importanti aree del funzionamento, diventati nella terza edizione del Manuale gli elementi fondamentali per la classificazione di una condizione in termini di "disturbo mentale". L'introduzione del DSM-III è chiara in questo senso: «Nel DSM-III ogni disturbo mentale è concepito come una sindrome comportamentale o psicologica clinicamente significativa [...] tipicamente associata con una sintomatologia di malessere (distress) o compromissione in una o più aree importanti del funzionamento (disabilità). In aggiunta, è implicato il fatto che sia presente una disfunzione comportamentale, psicologica o biologica e che tale disturbo non sia dovuto solo al rapporto tra individuo e società. (Quando il disturbo è limitato al conflitto tra un individuo e la società, questo caso rappresenterebbe devianza sociale, che [...] non costituisce di per sé un disturbo mentale)» (APA, 1980). È su questo ultimo aspetto della definizione di "disturbo mentale" che si scatena il dibattito sulla legittimità o meno della diagnosi: coloro che reputano il Transessualismo un disturbo mentale, ridimensionano il ruolo dello stigma sociale nel disagio individuale, riconducendo quest'ultimo alla condizione Transessuale, in sé patologica. Sono numerosi gli studiosi del settore che abbracciano questa concezione, tra i quali si distinguono Zucker, Bradley, e Spitzer. Kenneth Zucker, psicologo americano famoso nel settore del Disturbo dell'Identità di Genere dell'Infanzia, e la sua collaboratrice Susan Bradley, psichiatra infantile, hanno più volte presentato le ragioni secondo cui tale condizione costituirebbe un disturbo mentale vero e proprio, argomentando la questione in diverse pubblicazioni (per es., Zucker, Bradley. *Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents*, 1995; Bradley, Zucker. *Reply to Menvielle [Letter to the editor]*, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1998; Zucker. *Debating DSM*, 2003). Secondo i due studiosi, esistono numerose e convincenti ragioni per cui il DIG dovrebbe essere considerato un disturbo psichiatrico così come è concettualizzato nel DSM, e indicano come motivazione

principale il fatto che casi clinici di bambini con DIG manifestano disagio significativo e profonda infelicità a riguardo del loro essere maschi o femmine. Viene inoltre riportato che la maggioranza di questi bambini esprime questo malessere in modo diretto, affermando frequentemente il desiderio di cambiare sesso e ripetendo che non si piacciono come maschi o femmine (Zucker et al., 1993); una simile situazione viene riscontrata anche in casi clinici di adolescenti, dove permane la convinzione che tale sentimento di disforia possa essere alleviato solo tramite la terapia ormonale e la chirurgia di riattribuzione del sesso (Zucker e Bradley, 1995). A coloro che sostengono la centralità della stigmatizzazione sociale come fonte del disagio individuale, Zucker e Bradley rispondono: «Sebbene alcune delle difficoltà comportamentali ed emotive nei bambini con DIG sono probabilmente connesse allo stigma associato a questo disturbo [...], molti dei problemi coesistenti alla patologia, evidenti in questi bambini, non sono meramente reattivi. In molte famiglie, i genitori non hanno reagito in nessun modo al comportamento cross-gender del bambino e questo ha ricevuto solo una minima disapprovazione sociale dagli altri. Nonostante ciò, i bambini con DIG manifestano comunque una varietà di problemi in comorbilità, quali ansia da separazione, depressione, e problemi comportamentali» (Zucker e Bradley, 1995). Anche Robert Spitzer, che fu a capo della task force responsabile della terza edizione del DSM, ritiene che tale diagnosi psichiatrica abbia ragione di esistere all'interno del Manuale, e sostiene la sua posizione facendo ricorso anche ad argomenti di stampo evoluzionista. Considerando il fatto che il corpo umano è stato modellato dall'evoluzione attraverso la selezione naturale e che ogni parte del corpo ha una sua funzione, se questa non viene assolta allora significa che qualche meccanismo non sta funzionando correttamente. Questo è ciò che Spitzer intende per "disturbo medico": «una qualche attesa funzione biologica, caratteristica dell'essere umano, che non viene svolta» (Spitzer, 2006). Secondo lo psichiatra, tale definizione può essere estesa anche al comportamento umano, come appunto nel caso della varianza di genere. Egli afferma «In tutte le culture, i bambini vogliono giocare con i maschi. Le bambine vogliono giocare con le femmine. Questo non avviene perché gli viene insegnato o sono incoraggiati a farlo. [...] Se sei interessato alla psicologia evoluzionista ti chiederai, questo [comportamento] ha qualche valore per la sopravvivenza? La risposta è sì. Migliaia di anni fa, quando era più probabile che gli uomini si dessero alla caccia e le donne a ruoli di allevamento, se tu fossi stato un giovane ragazzo, sarebbe stato meglio se avessi passato il tuo tempo con altri maschi, con i quali saresti andato a caccia una volta cresciuto. [...] I bambini sviluppano normalmente il proprio senso di identità di genere. Non gli viene insegnato - accade e basta. Intendo dire che, di per sé, il fallimento nello sviluppare un'identità di genere congruente al genere biologico è una disfunzione» (Spitzer, 2006).

Vi sono infine anche alcuni specialisti che, sempre considerandolo una patologia mentale, concettualizzano il Transessualismo secondo modelli alternativi a quello presentato dal DSM. Rappresentativo di questa categoria è senz'altro il contributo fornito da Ray Blanchard, sessuologo che elaborò il concetto di "autoginefilia" (dal greco: "amore di se stesso come donna"), ripreso e sviluppato in seguito dalla Lawrence. Sotto questo termine, Blanchard fa convogliare tutti quei soggetti maschi, non omosessuali, con disforia di genere, che hanno fantasia di possedere un corpo femminile e che si eccitano eroticamente al pensiero o all'esecuzione di attività tipicamente femminili. Egli distingue tre sottogruppi di autoginefilia: fisiologica, dove il fantasticare ha come contenuto funzioni fisiologiche femminili (per es., allattamento e mestruazioni); comportamentale, con fantasie riguardanti lo svolgimento di ruoli o atti femminili; anatomica, in cui si ha la fantasia di possedere parti del corpo femminile. La nozione di autoginefilia si fonda quindi più su elementi parafilici e di orientamento sessuale e non su quelli relativi all'identità di genere. Secondo Anne Lawrence (come riportato da Dèttore, 2005), la formulazione del disturbo in questi termini permetterebbe di comprendere come mai alcuni transessuali MtF divengano tali solo in età matura, la progressione dal travestitismo al transessualismo e lo sviluppo ritardato di interesse sessuale verso partner di sesso maschile. La rilevanza degli psichiatri che si schierano a favore della diagnosi, appare evidente da un aneddoto riportato da Kamens (2011): quando l'APA annunciò quali membri avrebbero composto la Task Force responsabile dell'aggiornamento del Manuale alla sua quinta edizione per la sezione Disturbi Sessuali e dell'Identità di Genere, gli attivisti della comunità LGBT si allarmarono particolarmente per la presenza di Zucker e Blanchard all'interno di tale gruppo di lavoro. Nel maggio 2008 venne fatta circolare un'apposita petizione online per l'allontanamento da tale gruppo dei due psichiatri, percepiti come «evidentemente non al passo con il cambiamento che si sta verificando nella concezione di dottori ed altri professionisti sanitari circa le persone transgender e la varianza di genere» (National Gay & Lesbian Task Force, 2008). La petizione raggiunse ben 9.500 firme ma, ciò nonostante, non ebbe il risultato sperato. Questo episodio testimonia come, sebbene ci si stia aprendo ad una concezione sempre meno patologizzante del Transessualismo, la portata delle concezioni conservative mantiene tuttora un impatto significativo e, per la comunità transgender, preoccupante.

2. Out – Transessualismo come normale variante di genere

Numerosi sono gli Autori che non nutrono alcun dubbio in merito allo status non patologico del transessualismo, sostenendo come esso non possa essere considerato né una "malattia" né un "disturbo" in sé: sono gli stereotipi di genere presenti nella società e le conseguenti discriminazioni verso chi non vi si conforma a creare la condizione di disforia che tormenta le persone

transessuali. Tra le diverse voci che sostengono questa posizione, si distingue chiaramente quella di Arlene Istar Lev, terapeuta che ha osservato il fenomeno transessuale sotto una lente non-patologizzante, che rispetta la diversità umana e si focalizza sul ruolo dell'oppressione sociale nel processo di sviluppo dell'identità di genere. Lev (2004) espone e argomenta la convinzione che fonda il suo impianto teorico: «il transgenderismo costituisce una variante normale e potenzialmente sana dell'espressione umana [...] nulla è in modo intrinseco “malato mentalmente” nelle persone transgender, ma piuttosto esse stanno tentando di adattarsi e di far fronte ad una cultura insostenibile.» (p. XIX). Utilizzando l'espressione “varianza di genere” l'autrice intende riferirsi a coloro i cui comportamenti divergono da ciò che sono i modi di fare più comuni, usuali e conformi alle aspettative per un determinato genere, senza però considerare la condotta convenzionale come necessariamente più sana, più funzionale o più ragguardevole. L'autrice sottolinea inoltre che non esistono in natura standard fissi di riferimento che definiscano cosa sia normativamente “maschile” o “femminile”, rispetto ai quali tutto il resto è “variante”, ma che si tratti in realtà di una classificazione puramente arbitraria, oltretutto soggetta a relativismo storico e culturale. La terapeuta afferma quindi che l'angoscia e la sofferenza provate da quanti presentano variabilità di genere sono dovute al vivere in un contesto culturale che attribuisce rigidamente un certo aspetto e determinati comportamenti a prestabilite categorie di genere, patologizzando ciò che non è categorizzabile in questi statici schemi e provocando così l'intenso disagio che viene poi etichettato come malattia mentale. Insomma, il “potere della diagnosi” – nel caso del transessualismo – sarebbe non semplicemente quello di individuare e classificare, ma bensì quello di creare la patologia, di per sé inesistente. Un'altra critica alla diagnosi, particolarmente interessante e ricca di spunti, è quella mossa da Ault e Brzuzy nel loro articolo *Removing Gender Identity Disorder from the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: A Call for Action* (2008), redatto con l'obiettivo di dissuadere l'APA dal mantenere la diagnosi di GID all'interno del DSM V, a quel tempo in fase di produzione. Il testo evidenzia il paradosso sottostante al trattamento chirurgico quale “soluzione” alla presunta patologia mentale: secondo le autrici, la diagnosi in sé sarebbe pervasa da ideologie omofobe ed eterosessiste ed avrebbe lo scopo di evitare lo sviluppo e l'espressione della sessualità omosessuale attraverso il cambio di sesso o altre terapie destinate a produrre la conformità di genere. Trovano infatti ironica e paradossale la dinamica secondo cui una persona che ha intenzione di sottoporsi ad una RCS debba imprescindibilmente aver ricevuto la diagnosi di DIG per avere diritto all'intervento chirurgico, in quanto la modificazione del corpo attraverso la chirurgia genitale non dovrebbe essere eletta a “cura” per la non conformità di genere, che è, in ultima analisi, un'infrazione alla normativa dicotomizzazione sociale di mascolinità e femminilità. Inoltre,

sottolineano le due studiose, in questo modo vengono celatamente ribaditi i concetti di genere e sessualità normativi, in un periodo in cui tali nozioni vengono sempre più contestate. Di un'opinione simile è anche Dettore, il quale, in riferimento al DIG, fa notare come tale condizione, che potrebbe costituire una delle migliori prove della variabilità di genere e delle sue possibili manifestazioni, diviene in realtà l'ennesima conferma della dicotomia fra i due generi, gli unici ammissibili: «la persona con DIG, infatti, considerando solo la polarità maschio/femmina, percependo la propria identità di genere come totalmente contraria al proprio sesso biologico, desidera transitare al polo opposto, acquisendo il più possibile le caratteristiche dell'altro sesso/genere, attenendosi quindi a una concezione rigidamente dualista della definizione sessuale» (Dettore, 2005). Altre critiche all'inclusione di una diagnosi per il transessualismo nel DSM si rifanno alle ben note accuse mosse verso il sistema diagnostico: esse evidenziano, in generale, i limiti dell'approccio categoriale (sacrificare validità nel perseguire una maggiore affidabilità, presenza di gravi vizi culturali); più in particolare mirano dritto al cuore del Manuale, rilevando come la definizione fornita di "disturbo mentale" non sia sempre applicabile alla condizione transessuale e segnalando inoltre l'inadeguatezza del rappresentare la normalità attraverso criteri statistici.

3. In/Out: pareri della comunità transessuale

All'interno della comunità transessuale si riscontrano pareri discordanti riguardo alla legittimità della diagnosi. Molti si dichiarano contrari alla patologizzazione di identità di genere atipiche e al conseguente etichettamento diagnostico, condannando la società come fobica e stigmatizzante; altri invece sono favorevoli alla diagnosi e ne sostengono l'indispensabilità al fine di ottenere un rimborso delle spese mediche necessarie ai trattamenti, che siano chirurgici, ormonali, o di psicoterapia. Un resoconto delle diverse opinioni è fornito dal lavoro di Narrow e Cohen-Kettenis (2008-09), una ricerca condotta a livello internazionale che ha coinvolto, tramite somministrazione di questionari, 201 organizzazioni interessate al benessere delle persone transgender (di cui però solo il 21% ha fornito risposte complete ed utilizzabili). Il questionario utilizzato si basava sulla diagnosi di DIG (DSM-IV-TR). La domanda principale posta ai soggetti riguardava il loro parere sul mantenimento o meno di tale diagnosi all'interno del Manuale; venivano poi indagate le loro argomentazioni – a favore o contro – e le conseguenze derivanti dalla categorizzazione diagnostica a livello sociale, sanitario e legale nei diversi Paesi di provenienza (Nord America, Europa, Africa, Asia, Oceania, America Latina). Veniva inoltre chiesto, dato il caso in cui essa dovesse obbligatoriamente rimanere nel DSM, che nome avrebbe dovuto avere esattamente tale diagnosi. Dall'analisi dei risultati è emerso che la maggior parte dei rispondenti auspicava l'eliminazione della diagnosi; coloro che

l'avrebbero mantenuta sostenevano di essere spinti da scopi pratici e, esclusa la possibilità di eliminazione, veniva suggerito un cambio di denominazione rispetto a quella di DIG. Nel dettaglio, il 55,8% desiderava la rimozione del DIG dalla futura edizione del DSM, una minoranza (20,9%) riteneva che dovesse essere mantenuta e infine il 23,3% dei soggetti si dichiarava incerto a riguardo. Considerando le spiegazioni fornite ai vari responsi, coloro che si sono espressi contro l'etichettamento diagnostico argomentavano che tale diagnosi patologizzava in maniera inappropriata un aspetto come un altro dell'identità personale, facilitando la discriminazione sociale; opinioni più estreme asserivano che l'uso potenziale della diagnosi come arma discriminatoria potrebbe risultare, ad esempio, nell'esclusione dal servizio militare. Molte organizzazioni hanno espresso la convinzione che sia l'azione stigmatizzante della diagnosi a costituire la causa principale di disagio significativo nelle persone transessuali, e non la peculiare identità di genere; inoltre è emerso che alcuni soggetti considerano questa condizione come prettamente neurologica, affermando che il DIG non sia un disturbo mentale, ma piuttosto un fenomeno cerebrale, da non annoverare quindi in un sistema di classificazione psichiatrica. La ragione maggiormente riportata a favore della permanenza della diagnosi riguarda il risarcimento assicurativo per le cure sanitarie (riassegnazione chirurgica del sesso, terapia ormonale, psicoterapia); un'altra motivazione largamente riscontrata fa riferimento a fini legali (sostegno, tutela dei diritti, leggi antidiscriminatorie, accesso legittimato ai trattamenti). Altri gruppi sostengono l'importanza dell'inclusione nel DSM per facilitare una corretta diagnosi di altri disturbi mentali in individui transgender, per rendere più semplice a familiari e datori di lavoro l'accettazione dell'identità di genere della persona, per legittimare tale condizione, per guidare la ricerca nel settore e infine per aiutare lo sviluppo di servizi destinati ai transessuali. La maggioranza delle risposte fornite alla domanda riguardante la denominazione della diagnosi, sosteneva la necessità di un cambiamento al fine di ridurre al minimo la stigmatizzazione delle persone transgender. I suggerimenti più frequentemente riportati si dividevano tra due alternative: "Transessualismo" e "Disforia di genere", quest'ultima poi effettivamente adottata nell'ultima versione del Manuale, il DSM-V (APA, 2013). Ricapitolando, come rilevato anche dalla World Professional Association for Transgender Health (Fraser, Karasic, Meyer III & Wylie, 2010), la maggioranza di coloro che affrontano la questione conviene che avere un'identità transgender non significa avere una patologia: gli individui con varianza di genere non sono intrinsecamente disturbati, ma piuttosto il problema psicologico risiede spesso nel profondo disagio della disforia, amplificata (se non creata) dalla percezione della propria incongruenza alle aspettative della società. Ci si trova così di fronte ad un dilemma: se da una parte in molti condannano la presenza di una diagnosi psichiatrica come stigmatizzante e quindi dannosa per le persone transgender, dall'altra essa

permette e facilita l'accesso a specifici trattamenti sanitari, dal momento che in molte parti del mondo la "transgender-specific care" è coperta da assicurazioni sanitarie che forniscono agevolazioni economiche, ma che richiedono necessariamente una diagnosi. La sua eliminazione potrebbe rivoluzionare questo sistema in modo tale che queste terapie o interventi non siano più considerati come medicalmente necessari ma piuttosto arbitrari e meramente estetici, comportando la potenziale perdita di facilitazioni economiche. La situazione viene efficacemente illustrata dalle parole del Dr. Drescher (Fraser, Karasic, Meyer III, Wylie; 2010), membro del Work Group on Sexual and Gender Identity Disorders (WGSGID) dell'APA: «Il principio guida in medicina è innanzitutto, non arrecare danni... Il danno del mantenere la diagnosi è lo stigma, e il danno della sua rimozione è la potenziale perdita dell'accesso alle cure. Quindi questo è il dilemma, come creare una situazione dove l'accesso possa essere non solo disponibile ma incrementato, e la discriminazione possa essere ridotta. Come lo risolveremo, questo resta da vedere». Per questo motivo, la WPATH giunse alla conclusione che la diagnosi dovesse essere mantenuta all'interno del Manuale, suggerendo una previa revisione di nome e criteri in modo da renderla il meno discriminatoria possibile. Molte di queste raccomandazioni, come vedremo, sono state accolte ed assecondate dall'APA, che le ha concretizzate nella quinta edizione del Manuale attraverso la trasformazione del "Disturbo dell'Identità di Genere" in "Disforia di Genere".

CAPITOLO 3: STORIA DELLA DIAGNOSI

1. Il transessualismo pre-categorizzazione diagnostica

Comportamenti varianti rispetto al genere sono da sempre stati presenti nella storia dell'umanità. Diversi esempi sono facilmente reperibili in letteratura, tanto dal mondo occidentale quanto orientale: nell'antica Grecia, senza considerarne l'ampia mitologia (secondo la quale il travestitismo era molto frequentemente attribuito a eroi e divinità), durante numerose cerimonie veniva praticato il cross-dressing; nel mondo romano diversi episodi di travestitismo da uomo a donna possono essere osservati all'interno della famiglia imperiale, di cui il più significativo fu il caso di Eliogabalo, che richiese di essere castrato e dotato di genitali femminili; riferimenti alla varianza di genere provengono anche dall'ambiente musulmano attraverso le parole di Al-Bukhari, famoso commentatore del Corano vissuto nel IX secolo, che dedicò una parte dei suoi scritti a uomini che bramano sembianze femminili e viceversa a donne che desiderano somigliare agli uomini. E' possibile inoltre elencare numerosi esempi di travestiti vissuti in tempi antecedenti all'avvento della diagnosi, di cui mi limiterò a presentare solo i due casi secondo me più rappresentativi, uno maschile ed uno femminile: Charles-Auguste cavaliere d'Eon de Beaumont (1727-1810) e Elvira Virginia Mugarrieta (1869-1901), nota ai più nella sua identità maschile, Jack Bee Garland. Il primo, aristocratico francese famoso per aver sfruttato con abilità la sua propensione a vestire panni femminili per eseguire missioni di spionaggio a favore della corte di Francia, terminata la rivoluzione francese si trasferì in Gran Bretagna, dove visse gli ultimi anni della sua vita travestito da donna e creduto tale da tutti i conoscenti; questi scoprirono solo post mortem il suo vero sesso, nello stupore generale. Jack Bee Garland lavorò principalmente per quotidiani californiani, a Stockton e San Francisco, dove divenne famoso giornalista ed ebbe qualche problema con la giustizia a causa dei suoi travestimenti da uomo, venendo addirittura arrestato; comunque, solo in pochi sapevano della sua vera identità femminile e, anche in questo caso, solo all'autopsia venne scoperta una volta per tutte la verità sul suo sesso originale. Studi medici veri e propri sul transessualismo iniziarono solo nel diciannovesimo secolo. L'interesse intorno all'argomento aumentò intorno agli anni Venti in Europa, dove si iniziò a sperimentare la chirurgia di riassegnazione del sesso (RCS), per poi crescere a dismisura negli anni Cinquanta con il celebre caso di George William Jorgensen, recatosi in Danimarca come uomo per sottoporsi a trattamenti ormonali e chirurgici, e ritornato a casa, negli Stati Uniti, come Christine Jorgensen (nome scelto in onore del dottor Christian Hamburger, il chirurgo danese che eseguì l'operazione e che supervisionò la sua terapia ormonale). Egli in realtà non fu il primo uomo che si sottopose all'operazione di trasformazione genitale, ma la sua fu la prima modifica chirurgica del sesso abbondantemente pubblicizzata: il caso

mediatico scoppiò il 1° dicembre 1952, quando il New York Daily News pubblicò la sua storia in prima pagina sotto il titolo "Ex-GI becomes blond beauty" ("Ex soldato diventa una bella bionda"). La divulgazione del caso Jorgensen permise ai professionisti del settore medico di iniziare a educare il grande pubblico sulle differenze tra omosessualità, travestitismo e transessualità attraverso scritti e dibattiti pubblici; Christine stessa girò in vari campus universitari e altri luoghi per parlare della sua esperienza, diventando volonterosa portavoce di transgender e transessuali. Tutto ciò portò a una maggiore consapevolezza, a livello scientifico, medico e psichiatrico, di quel costrutto che sarebbe poi diventato noto come "identità di genere" e, da questo momento, un numero in continua crescita di persone decise di intraprendere questo percorso di transizione: l'espressione della varianza di genere, una volta considerata estremamente rara, sarebbe gradualmente diventata sempre più comune. A quei tempi tuttavia, come segnala J. Drescher (2010), molti psichiatri e specialisti del settore ancora confondevano l'orientamento sessuale con l'identità di genere e la maggior parte di essi criticava duramente l'utilizzo di trattamenti ormonali o chirurgici nei confronti di quegli individui che secondo loro soffrivano unicamente di disturbo delirante, che necessitava essere curato risanando il compromesso esame di realtà attraverso la psicoterapia. Il pensiero dominante all'epoca riguardo all'argomento è stato efficacemente rilevato da un sondaggio compiuto negli anni Sessanta che ha coinvolto 400 medici tra psichiatri, urologi, ginecologi e professionisti di medicina generale: i risultati mostrano che «la maggioranza dei medici era contraria alla richiesta di riassegnazione sessuale anche quando il paziente veniva giudicato non-psicotico da uno psichiatra, si era sottoposto a due anni di psicoterapia e [...] avrebbe probabilmente commesso suicidio se negata la RCS» (Green, 1969). Nonostante questo severo conservatorismo sulle procedure di riattribuzione del sesso, dai dati emerge un paradossale liberismo manifestato dai medici nei confronti dei pazienti che invece si erano già sottoposti all'operazione altrove: ad esempio, il 75% dei rispondenti avrebbe permesso agli individui operati di cambiare i documenti e di sposarsi nel nuovo genere. Da queste opinioni incoerenti si evince come la questione fosse per i più ancora vaga ed indefinita. E' in questo contesto che vennero pubblicate le prime 2 edizioni del Manuale Diagnostico (APA, 1952; 1968), in cui non appariva per il momento nessuna diagnosi relativa al transessualismo. La crescente mole di studi sul fenomeno transessuale, tra cui si distinguono i contributi di J. Money, H. Benjamin, R. Green e R. Stoller, e il sufficiente numero di casi osservati, portarono numerosi clinici e ricercatori a trattare il transessualismo nei loro scritti, così che, verso la metà degli anni Settanta, vi furono sufficienti dati clinici disponibili per descrivere il fenomeno, proporre criteri diagnostici e così via, sia per quanto riguarda i soggetti adulti, sia per ciò che concerne quei bambini che manifestavano il desiderio di appartenere al sesso opposto. Così, gli esperti

del settore conclusero che erano disponibili sufficienti indicazioni di utilità clinica tali da permettere la collocazione di tre nuove diagnosi all'interno della futura terza edizione del DSM, che avrebbe descritto la varianza di genere come un disturbo mentale in adulti, adolescenti e bambini.

2. Evoluzione della diagnosi: dal DSM-III al DSM-V

Dalla sua prima apparizione all'interno della nosologia psichiatrica, la categoria diagnostica rappresentativa di quella varianza di genere considerata patologica andò incontro a continue revisioni nel corso delle diverse edizioni del DSM, suscitando una serie infinita di dibattiti e polemiche. Come precedentemente detto, DSM-I (APA, 1952) e DSM-II (APA, 1968) non comprendevano diagnosi specifiche per individui transessuali; tali soggetti venivano tacitamente classificati sotto la categoria Deviazioni Sessuali (dove figuravano Omosessualità e Travestitismo): ad esempio, Christine Jorgensen venne soprannominata “un autentico travestito” (Hamburger et al., 1953).

La “questione transessuale” fece il suo ingresso nel Manuale con l'avvento del DSM-III (APA, 1980), edizione che rivoluzionò il sistema classificatorio delle precedenti versioni: abbandonata l'astrattezza della prospettiva psicodinamica, la terza edizione del Manuale abbracciava un approccio descrittivo e ateorico, con diagnosi strutturate in base ai sintomi e fondate sui risultati di ricerche scientifiche. Oltre a questo fondamentale cambiamento, l'abbondante numero di studi clinici compiuti portò alla creazione di una nuova sezione all'interno del DSM-III, quella dei Disturbi Psicosessuali, suddivisa in quattro sottosezioni: Disturbi di Identità di Genere, Parafilie, Disfunzioni Psicosessuali e Altri Disturbi Psicosessuali. E' nel sottoinsieme dei Disturbi di Identità di Genere che trovò il proprio posto il fenomeno transessuale, ramificandosi in tre diagnosi (Schema 1): Disturbo di Identità di Genere dell'Infanzia (GIDC, acronimo inglese), Transessualismo (relativo ad adolescenti ed adulti) e Disturbo dell'Identità di Genere Atipico, diagnosi che intendeva comprendere individui con DIG meno chiaramente determinabile. Per le prime due categorie venivano presentati diversi criteri, e solo nel caso del Transessualismo veniva richiesto di specificare anche l'orientamento sessuale del soggetto, potendo scegliere tra asessualità, omosessualità, eterosessualità o non specificato. Nella versione rivisitata della terza edizione del manuale (APA, 1987), le diagnosi in questione vennero collocate in un'altra sezione, chiamata “Disturbi Solitamente Diagnosticati per la Prima Volta nell'Infanzia, nella Fanciullezza e nell'Adolescenza”. Nel DSM-III-R fecero inoltre la loro comparsa due nuove diagnosi (Schema 2): il Disturbo dell'Identità di Genere dell'Adolescenza e dell'Età Adulta, Tipo Non Transessuale (GIDAANT, acronimo inglese), che si differenzia per l'assenza della

volontà di adottare la “soluzione chirurgica”, e il Disturbo dell’Identità di Genere Non Altrimenti Specificato (DIG NAS), categoria che integra e sostituisce il precedente Disturbo dell’Identità di Genere Atipico, pensata per coloro che non avrebbero soddisfatto i criteri per lo specifico disturbo. Nel successivo DSM IV (APA, 1994) venne effettuato un nuovo cambio di posizione: le diagnosi vennero spostate in un’altra sezione, chiamata Disturbi Sessuali e dell’Identità di Genere. Le precedenti categorie di GIDC e Transessualismo vennero unite sotto un’unica etichetta diagnostica, quella di Disturbo dell’Identità di Genere, che prevedeva distinti criteri a seconda che si trattasse di bambini o di adolescenti ed adulti (Schema 3); nei criteri diagnostici del DIG per adolescenti ed adulti erano incorporati anche elementi della precedente diagnosi di GIDAANT. Oltre al DIG, era ancora presente la diagnosi di DIG NAS. Un’ulteriore modifica consisteva nella richiesta, riservata a soggetti sessualmente maturi, di specificare verso quali persone (di qual sesso) provassero attrazione sessuale, offrendo quattro alternative: maschi, femmine, sia maschi che femmine, né maschi né femmine.

Il DSM-IV-R (APA, 2000) non presentò ulteriori cambiamenti in questa categoria, né strutturali né contenutistici, mantenendo organizzazione e criteri della sua versione precedente (Schema 3). Nell’ultima edizione del Manuale, il DSM-V (APA, maggio 2013), si assiste ad un radicale cambio di denominazione del disturbo, che viene rinominato Disforia di Genere (Schema 4). Questa modifica segna un passaggio importante nell’evoluzione della diagnosi in quanto sottolinea il ruolo fondamentale e necessario del distress, senza il quale non si può parlare di disturbo psichiatrico; le innovazioni effettuate riflettono il riconoscimento del fatto che l’incongruenza tra sesso di nascita e identità di genere non sarebbe, di per sé, necessariamente patologica, se non causa un significativo disagio individuale. L’APA stessa ha dichiarato: «è importante sottolineare che la non conformità di genere non costituisce in sé un disturbo mentale. L’elemento critico della Disforia di Genere è la presenza di distress clinicamente significativo associato alla condizione» (APA, 2013b). Molte persone transgender infatti non provano questo forte disagio per la loro condizione e non dovrebbero quindi essere diagnosticate con Disforia di Genere. All’innovazione del nome si aggiungono anche alcuni chiarimenti nei criteri e la separazione della diagnosi dalle Disfunzioni Sessuali e dai Disturbi Parafiliaci, esistendo nel Manuale un capitolo a parte dedicato unicamente alla Disforia di Genere. L’attuale diagnosi contiene inoltre due nuove richieste di specificazione: una riguardante la presenza o meno di Disturbi dello Sviluppo Sessuale (DSD, acronimo inglese), l’altra attinente alla condizione post-transizione (per adolescenti ed adulti). La prima permette l’inclusione di pazienti in condizioni intersessuali, esclusi dalla diagnosi vera e propria del disturbo nelle precedenti edizioni del Manuale; la seconda assicura anche a coloro che hanno già effettuato la transizione e

vivono a tempo pieno nel genere desiderato (con o senza cambiamento di genere a livello legale) la possibilità di avere comunque accesso ai trattamenti di sostegno alla transizione di genere. Il DSM-V contiene inoltre due ulteriori categorie diagnostiche in questo capitolo, applicabili a quei casi in cui sono presenti i sintomi caratteristici della disforia di genere, causa di acuto disagio, ma non vengono soddisfatti sufficientemente i criteri per diagnosticare una Disforia di Genere vera e propria: Altra Disforia di Genere Specificata e Disforia di Genere Non Specificata. Nella prima il clinico specifica la ragione della scelta di tale diagnosi (ad esempio, una breve durata dei sintomi), nella seconda no. Da ultimo, ma non in ordine di importanza, la nuova diagnosi persegue anche (se non, soprattutto) l'obiettivo di ridurre l'effetto stigmatizzante della terminologia diagnostica, dato che, come affermato dall'APA «buona parte della rimozione dello stigma dipende dalla scelta delle parole adatte. Sostituire “disturbo” con “disforia” nell'etichetta diagnostica non è solo più appropriato e coerente alla terminologia clinica familiare in sessuologia, ma serve anche a rimuovere la connotazione che il paziente sia “disturbato” » (APA, 2013b).

Schema 1 – Criteri diagnostici del DSM-III (1980)

Criteri diagnostici per il Transessualismo (302.5x)

- A. Senso di malessere ed estraneità riguardo al proprio sesso anatomico.
- B. Desiderio di sbarazzarsi dei propri genitali e di vivere come un individuo del sesso opposto.
- C. Il disturbo sussiste continuativamente (non limitato a periodi di stress) da almeno 2 anni.
- D. Assenza di condizione fisica intersessuale o anomalia genetica.
- E. Non dovuto ad un altro disturbo mentale, come Schizofrenia.

Sottoclassificazione in base alle precedenti esperienze sessuali significative:

- 1 = asessuale
- 2 = omosessuale (stesso sesso anatomico)
- 3 = eterosessuale (altro sesso anatomico)
- 4 = non specificato

Disturbo dell'Identità di Genere Atipico (302.85)

Questa è una categoria residua per codificare disturbi nell'identità di genere che non sono classificabili come uno specifico Disturbo di Identità di Genere.

Criteri diagnostici per il Disturbo dell'Identità di Genere dell'Infanzia (302.6)

Nelle femmine

- A. Desiderio ripetutamente e fortemente affermato di essere un bambino, o insistenza sul fatto di essere un bambino (non solo un desiderio di qualche presunto vantaggio culturale derivante dall'essere un maschio)
- B. Persistente ripudio delle strutture anatomiche femminili, come manifestato da almeno una delle seguenti affermazioni ripetute
 - (1) che lei crescendo diventerà un uomo (non solamente nel ruolo)
 - (2) che lei è biologicamente incapace di rimanere incinta
 - (3) che non le cresceranno le mammelle
 - (4) che lei non ha la vagina
 - (5) che lei ha, o che le crescerà, un pene
- C. Comparsa del disturbo in età pre-pubere (Per adulti ed adolescenti, vedi Disturbo dell'Identità di Genere)

Atipico.)

Nei maschi

A. Desiderio ripetutamente affermato di essere una bambina, o insistenza sul fatto di essere una bambina

B. Presenza di (1) o (2)

(1) persistente ripudio delle strutture anatomiche maschili, come manifestato da almeno una delle seguenti affermazioni ripetute

(a) che lui crescendo diventerà una donna (non solamente nel ruolo)

(b) che il suo pene e i suoi testicoli sono disgustosi o che spariranno

(c) che sarebbe meglio non avere pene o testicoli

(2) forte interesse per attività tipicamente femminili, come manifestato dalla preferenza per il travestimento o per l'imitazione dell'abbigliamento femminile, o da un desiderio irresistibile di partecipare a giochi e passatempi da bambine

C. Comparsa del disturbo in età pre-pubere (per adulti ed adolescenti, vedi Disturbo dell'Identità di Genere Atipico.)

Schema 2 – Criteri diagnostici del DSM-III-R (1987)

Criteri diagnostici per il Transessualismo (302.50)

A. Persistente disagio e senso di estraneità riguardo al proprio sesso assegnato.

B. Persistente preoccupazione, della durata di almeno due anni, di sbarazzarsi delle proprie caratteristiche sessuali, primarie e secondarie, e di acquistare le caratteristiche sessuali del sesso opposto.

C. Il soggetto ha raggiunto la pubertà.

Specificare la storia dell'orientamento sessuale: asessuale, omosessuale, eterosessuale, o non specificato.

Criteri diagnostici per il Disturbo dell'Identità di Genere dell'Adolescenza ed Età Adulta, Tipo Non Transessuale (302.85)

A. Persistente o ricorrente disagio e senso di estraneità riguardo al proprio sesso assegnato.

B. Persistente o ricorrente travestimento nel ruolo dell'altro sesso, nella fantasia o nella realtà, ma non allo scopo di eccitazione sessuale (come nel Feticismo di Travestimento).

C. Assenza di una persistente preoccupazione (della durata di almeno 2 anni) di sbarazzarsi delle proprie caratteristiche sessuali, primarie e secondarie, e di acquistare le caratteristiche sessuali del sesso opposto (come nel Transessualismo).

D. Il soggetto ha raggiunto la pubertà.

Specificare la storia dell'orientamento sessuale: asessuale, omosessuale, eterosessuale, o non specificato.

Criteri diagnostici per il Disturbo dell'Identità di Genere dell'Infanzia (302.60)

Nelle femmine

A. Persistente ed intenso disagio riguardante l'essere una bambina, e desiderio dichiarato di essere un bambino (non solo un desiderio di qualche presunto vantaggio culturale derivante dall'essere un maschio), o insistenza sul fatto di essere un bambino.

B. Presenza di (1) o (2)

(1) persistente e marcata avversione al normale abbigliamento femminile, e insistenza nell'indossare tipici indumenti maschili, es. biancheria da ragazzo e altri accessori.

(2) persistente rifiuto delle strutture anatomiche femminili, provato da almeno una delle seguenti voci:

(a) affermazione di avere, o che le crescerà, il pene

(b) rifiuto di urinare in posizione seduta

(c) affermazione di non volere che crescano le mammelle o che vengano le mestruazioni

C. La bambina non ha ancora raggiunto la pubertà.

Nei maschi

A. Persistente ed intenso disagio associato all'essere un bambino e intenso desiderio di essere una bambina, o, più raramente, insistenza sul fatto di essere una bambina

B. Presenza di (1) o (2)

- (1) forte interesse per attività tipicamente femminili, dimostrato dalla preferenza per il travestimento o per l'imitazione dell'abbigliamento femminile, o da un intenso desiderio di partecipare a giochi e passatempi da bambine e rifiuto di giocattoli, giochi, e attività tipicamente maschili
 - (2) persistente ripudio delle strutture anatomiche maschili, come manifestato da almeno una delle seguenti affermazioni ripetute
 - (a) che lui crescendo diventerà una donna (non solamente nel ruolo)
 - (b) che il suo pene e i suoi testicoli sono disgustosi o che scompariranno
 - (c) che sarebbe meglio non avere un pene o testicoli
- C. Il bambino non ha ancora raggiunto la pubertà.

Disturbo dell'Identità di Genere Non Altrimenti Specificato (302.85)

Disturbi dell'identità di genere che non sono classificabili come specifico Disturbo dell'identità di Genere.

Esempi:

1. Bambini con persistente comportamento di travestimento con abbigliamento del sesso opposto senza la presenza di altri criteri per il Disturbo di Identità di Genere dell'Infanzia
2. Adulti con comportamento di travestimento con abbigliamento del sesso opposto transitorio e connesso a stress
3. Adulti con caratteristiche cliniche del Transessualismo durate meno di due anni
4. Soggetti che hanno persistenti pensieri di castrazione o di penectomia senza desiderio di acquisire le caratteristiche sessuali del sesso opposto.

Schema 3 – Criteri diagnostici del DSM-IV (1994) e DSM-IV-TR (2000)

Criteri diagnostici per il Disturbo dell'Identità di Genere

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 di 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, interventi chirurgici, o altre procedure per alterare fisicamente le proprie caratteristiche sessuali, in modo da assumere l'aspetto di un membro del sesso opposto) o convinzione di essere nati del sesso sbagliato.

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

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

Codificare sulla base dell'età attuale:

F64.2 Disturbo dell'Identità di Genere in Bambini [302.6]

F64.0 Disturbo dell'Identità di Genere in Adolescenti o Adulti [302.85]

Specificare se (per soggetti sessualmente maturi):

Sessualmente Attratto da Maschi

Sessualmente Attratto da Femmine

Sessualmente Attratto sia da Maschi che da Femmine

Non Attratto Sessualmente né da Maschi né da Femmine

F64.9 Disturbo dell'Identità di Genere Non Altrimenti Specificato [302.6]

Questa categoria viene inclusa per codificare i disturbi dell'identità di genere che non sono classificabili come specifico Disturbo dell'Identità di Genere. Gli esempi includono:

1. Condizioni intersessuali (per es., sindrome di insensibilità agli androgeni o iperplasia surrenale congenita) con concomitante disforia di genere.
2. Comportamento di travestimento con abbigliamento del sesso opposto transitorio e connesso a stress.
3. Persistenti pensieri di castrazione o di penectomia senza desiderio di acquisire le caratteristiche sessuali del sesso opposto.

Schema 4 – Criteri diagnostici del DSM-V (2013)

Criteri diagnostici per la Disforia di genere in Bambini - 302.6 (F64.2)

A. Una marcata incongruenza tra il proprio genere esperito/espresso ed il genere assegnato, con almeno 6 mesi di durata, come dimostrato dalla presenza di almeno 6 dei seguenti punti (uno dei quali deve essere il criterio A1):

1. Forte desiderio di appartenere all'altro genere o insistenza sul fatto di essere dell'altro genere (o di qualche genere alternativo diverso da quello assegnato).
2. Nei maschi (genere assegnato), una forte preferenza per il travestimento o per l'imitazione dell'abbigliamento femminile; o nelle femmine, una forte preferenza per indossare solo tipici indumenti maschili e una forte resistenza a indossare abbigliamento tipicamente femminile.
3. Forte preferenza per i ruoli del sesso opposto nei giochi di simulazione o di fantasia.
4. Forte preferenza per i giocattoli, i giochi, o le attività tipicamente usati o intraprese dal sesso opposto.
5. Forte preferenza per i compagni di gioco del sesso opposto.
6. Nei maschi (genere assegnato) un forte rifiuto dei giocattoli, dei giochi e delle attività tipicamente maschili e una forte avversione verso i giochi di baruffa; o nelle femmine (genere assegnato), una forte avversione verso giocattoli, giochi, e attività tipicamente femminili.
7. Forte avversione verso la propria anatomia sessuale.
8. Forte desiderio che le proprie caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie corrispondano a quelle del genere esperito.

B. La condizione è associata a disagio clinicamente significativo o compromissione dell'area sociale, lavorativa, o di altre aree importanti del funzionamento.

Specificare se:

Con un disturbo dello sviluppo sessuale (per es., una sindrome adrenogenitale congenita come 255.2 [E25.0] iperplasia surrenale congenita o 259.50 [E34.50] sindrome di insensibilità agli androgeni).

Criteri diagnostici per la Disforia di Genere in Adolescenti ed Adulti - 302.85 (F64.1)

A. Una marcata incongruenza tra il proprio genere esperito/espresso ed il genere assegnato, con almeno 6 mesi di durata, come dimostrato dalla presenza di almeno 6 dei seguenti punti

1. Una marcata incongruenza tra il proprio genere esperito/espresso e le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie (o in giovani adolescenti, le previste caratteristiche sessuali secondarie).
2. Un forte desiderio di sbarazzarsi delle proprie caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie a causa dell'incongruenza con il proprio genere esperito/espresso (o nei giovani adolescenti, desiderio di impedire

lo sviluppo delle attese caratteristiche sessuali secondarie).

3. Forte desiderio di ottenere le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie dell'altro genere

4. Forte desiderio di appartenere all'altro genere (o ad un genere alternativo diverso da quello assegnato).

5. Forte desiderio di essere trattato come membro dell'altro genere (o di qualche genere alternativo diverso da quello assegnato).

6. Forte convinzione di avere sentimenti e reazioni tipici dell'altro genere (o di qualche genere alternativo diverso da quello assegnato).

B. La condizione è associata a disagio clinicamente significativo o compromissione dell'area sociale, lavorativa, o di altre aree importanti del funzionamento.

Specificare se:

Con un disturbo dello sviluppo sessuale (per es., una sindrome adrenogenitale congenita come 255.2 [E25.0] iperplasia surrenale congenita o 259.50 [E34.50] sindrome di insensibilità agli androgeni).

Specificare se:

Post-transizione: l'individuo ha effettuato la transizione e vive a tempo pieno nel genere desiderato (con o senza legalizzazione del cambio di genere) e si è sottoposto (o si sta preparando a sottoporsi) ad almeno una procedura medica o regime trattamentale di cambio del sesso – vale a dire, una regolare terapia ormonale di cambio del sesso o chirurgia di riattribuzione del genere a conferma del genere desiderato (per es., penectomia, vaginoplastica per un soggetto nato maschio; mastectomia o falloplastica per un soggetto nato femmina).

Altra Disforia di Genere Specificata – 302.6 (F64.8)

Questa categoria si applica a manifestazioni in cui i sintomi caratteristici della disforia di genere che causano disagio clinicamente significativo o compromissione in area sociale, occupazionale, o altre aree importanti del funzionamento, prevalgono ma non soddisfano tutti i criteri per la disforia di genere. La categoria Altra Disforia di Genere Specificata viene utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di comunicare la specifica motivazione per cui la manifestazione non soddisfa tutti i criteri per la disforia di genere. Questo viene fatto registrando "Altra Disforia di Genere Specificata" seguita dalla specifica motivazione (per es., "breve disforia di genere"). Un esempio di una manifestazione che può essere classificata usando la designazione "altra specificata" è il seguente caso:

Il corrente disturbo presenta i criteri sintomatici per la disforia di genere, ma la sua durata è inferiore a 6 mesi.

Disforia di Genere Non Specificata – 302.6 (F64.9)

Questa categoria si applica a manifestazioni in cui i sintomi caratteristici della disforia di genere che causano disagio clinicamente significativo o compromissione in area sociale, occupazionale, o altre aree importanti del funzionamento, prevalgono ma non soddisfano tutti i criteri per la disforia di genere. La categoria Disforia di Genere Non Specificata viene utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di non specificare la ragione per cui non sono soddisfatti i criteri per la disforia di genere, e include manifestazioni in cui vi sono insufficienti informazioni per fare una diagnosi più specifica.

3. Disforia di Genere: pro e contro dell'attuale diagnosi secondo la WPATH

Come precedentemente affermato, il DSM-V ha determinato un importante cambiamento nella storia diagnostica del fenomeno transessuale, avendo compiuto quello che viene considerato dalla comunità transgender un primo vero passo in direzione della depatologizzazione. Il direttivo della WPATH e i suoi membri si dichiarano infatti soddisfatti delle modifiche effettuate dall'APA, che ha dimostrato di aver seguito molte delle raccomandazioni fatte circa la revisione della diagnosi. I criteri aggiornati rappresentano in

modo migliore la diversità di genere e le identità transgender incontrate nella pratica clinica, riflettendo un avvenuto spostamento di paradigma lontano da una concezione binaria di genere e da un approccio “riparativo” al trattamento, verso l’affermazione dell’esistenza di un ampio spettro di possibili identità di genere. In particolare, i miglioramenti segnalati sono: il cambio del nome, la diversa collocazione della diagnosi, la rimozione delle specificazioni sull’orientamento sessuale e l’introduzione della richiesta di specificare la presenza o meno di DSD.

La nuova denominazione è accolta favorevolmente dalla WPATH perché, insieme al Criterio B, enfatizza e rende necessario l’aspetto del distress, in modo da permettere il restringimento della diagnosi solamente a coloro che provano disagio clinicamente significativo associato al disturbo, evitando così l’applicazione della diagnosi a soggetti con varianza di genere ma non per questo tormentati da sofferenza psichica. Difatti, l’espressione “Disforia di Genere” si riferisce in modo evidente al malessere psicologico causato dall’incongruenza tra il proprio sesso biologico e l’identità di genere, pertanto è la definizione che meglio descrive questa condizione.

Lo spostamento della diagnosi in un capitolo separato dalle Parafilie e Disfunzioni Sessuali è una modifica molto gradita, dal momento che la WPATH reputa queste categorie ben diverse; la loro collocazione in sezioni distinte serve a rimarcare la differenza tra genere e sessualità.

L’aver eliminato la specificazione riguardante l’orientamento sessuale sottolinea ulteriormente il fatto che identità di genere e orientamento sessuale sono due componenti separate della psicosessualità individuale (Zucker e Bradley, 1995), anche se vengono spesso confuse; la richiesta di specificare l’orientamento sessuale del soggetto inoltre non sembrava essere utile ai fini della diagnosi, dal momento che le persone transgender possono essere egualmente attratte da uomini, donne, o da altri individui transgender e la loro preferenza è di poco o nessun rilievo alla scelta del trattamento (De Cuypere, Knudson, Bockting, 2011).

Infine, l’ultimo miglioramento segnalato dalla WPATH è l’aggiunta della specificazione “con o senza un Disturbo dello Sviluppo Sessuale”. Nel DSM-IV-TR, soggetti in condizioni intersessuali venivano espressamente esclusi dalla diagnosi di DIG (Criterio C) e compresi da quella più indefinita di DIG NAS; ora invece la diagnosi Disforia di Genere è applicabile anche a soggetti intersessuali poiché si riconosce che tali individui possono provare una simile disforia rispetto alla propria identità di genere e desiderare corrispondenti procedure di trattamento.

Nonostante il riconosciuto netto miglioramento e la conseguente soddisfazione generale, la WPATH ha rilevato anche dei punti critici, che andrebbero ulteriormente revisionati. Ad esempio, sebbene la presenza del criterio relativo al disagio (Criterio B) abbia rispecchiato le proposte di modifica avanzate dall’Associazione, esso non risulta correttamente espresso perché non viene specificata la natura del distress: in questo modo

si lascia aperta la possibilità che venga applicata tale diagnosi anche a soggetti il cui disagio è unicamente dovuto a oppressione, stigma, o pregiudizio verso la loro varianza di genere. Per questo, il Consiglio della WPATH raccomanda di revisionare il Criterio B aggiungendo la precisazione “Il disagio non è solamente dovuto all’altrui pregiudizio, stigma, o oppressione”. Un altro avvertimento dato dalla WPATH riguarda l’uso della specificazione “post-transizione” nella diagnosi “Disforia di Genere in Adolescenti ed Adulti”. Nonostante essa permetta il proseguimento dell’accesso ai trattamenti destinati alla Disforia di Genere (terapia ormonale per tutta la vita, ulteriori operazioni chirurgiche, psicoterapia e counselling di sostegno), la transizione risolve molte delle questioni che causano il forte disagio associato alla disforia di genere e, dopo un periodo di assestamento iniziale, molti soggetti non soddisfano più i criteri (il Criterio B in particolare) per la Disforia di Genere, pertanto preferirebbero essere esclusi da una diagnosi potenzialmente stigmatizzante. Alla luce di queste considerazioni, viene contestato l’uso della specificazione “post-transizione” in quanto si presta a differenti interpretazioni: le persone transgender possono avere obiettivi diversi e intendere la transizione non allo stesso modo; inoltre le procedure cambiano in continuazione, quindi non è chiaro cosa significhi precisamente “post-transizione”. Così, Il Consiglio della WPATH suggerisce che «la specificazione “in remissione” sia un’espressione migliore in quanto i sintomi del paziente [dopo la transizione] potrebbero essere significativamente alleviati e rimarrebbe una lieve disforia, se ne rimane» (De Cuypere, Knudson, Bockting, 2011).

CONCLUSIONE

Nei precedenti capitoli abbiamo visto in che modo la diagnosi relativa alla condizione transessuale è stata causa di controversie e accesi dibattiti. La pubblicazione dell'attuale DSM-V, con la sua diagnosi di Disforia di Genere, ha tuttavia soddisfatto e in parte tranquillizzato la comunità transgender, infondendo maggior ottimismo in quella parte dei suoi membri che auspica e prospetta un futuro decorso della diagnosi simile al destino incontrato dalla diagnosi di Omosessualità, ormai defunta da parecchi anni. La questione omosessuale, inserita all'interno del Manuale fin dalla sua prima edizione (APA, DSM I, 1952), venne da esso rimossa definitivamente con l'uscita del DSM-III-R, nel 1987, grazie all'opera di attivisti e psichiatri (l'eliminazione della diagnosi di Omosessualità era già stata effettuata nel 1973 con la ristampa del DSM-II, ma si trattò in realtà di un semplice compromesso, in quanto essa venne sostituita da una simile categoria diagnostica, denominata Disturbo dell'Orientamento Sessuale; nel DSM-III anche questa diagnosi scomparve, ma venne inserita quella di Omosessualità Ego Distonica). Numerosi parallelismi possono essere tracciati tra la questione omosessuale e quella transessuale (Drescher, 2009) e, alla luce di queste considerazioni, con l'attuale diagnosi l'APA sembra aver compiuto un deciso passo verso la depatologizzazione del transessualismo, ricordando appunto ciò che è avvenuto in passato con la diagnosi di omosessualità.

Non deve essere però dimenticata la questione dell'utilità della diagnosi, nel senso della sua necessità all'ottenimento delle agevolazioni economiche per i vari trattamenti. Un'interessante lettura della situazione può essere tratta dalle parole di Spitzer, il quale sottolineò l'importanza di considerare le diagnosi mediche anche secondo i vantaggi da esse forniti; dalle sue parole si evince il suggerimento di non impuntarsi troppo su questioni esclusivamente ideologiche, ma di abbracciare anche una visione più strumentale della situazione. Egli precisa che «la domanda “La condizione A (sia essa omosessualità, schizofrenia, mancinità, o analfabetismo) è un disturbo?” viene più propriamente resa da “E' utile concettualizzare la condizione A come un disturbo?” oppure, “Quali conseguenze derivano (per la società, per l'individuo con tale condizione, per i professionisti sanitari) dal concettualizzare la condizione A come disturbo?”» (riportato da Drescher, 2010). La comunità transgender è ben consapevole di ciò, ed è il motivo per cui molti di loro, piegandosi a ragioni pragmatiche, sono contrari alla rimozione della diagnosi, ponendosi come traguardo il compromesso di una diagnosi formulata in modo meno stigmatizzante e patologizzante. Comunque, come sostenuto da Dettore (2005), ogni caso va analizzato nella sua singolarità, cercando soluzioni il più possibile individualizzate, «senza cadere nella tendenza a volere a tutti i costi riparare qualcosa che non è rotto

ma è solo atipico, ma neppure nel rischio di considerare normali, su basi spesso ideologiche, condizioni che necessitano di seria considerazione clinica, se non altro per ridurre la sofferenza che queste comportano, e che non possono essere affrontate, talora in modo troppo semplicistico, solamente addossandone la colpa ai pregiudizi della società» (pag. 352). In conclusione, è bene anche estendere il proprio sguardo oltre il mondo occidentale: esistono molte culture che hanno riconosciuto l'esistenza di più generi, considerando normali identità di genere estremamente varie, con diverse espressioni di ruolo di genere e orientamento sessuale, che non troverebbero la stessa accettazione nella nostra società (per es., la figura dei "berdache" o "Due-Spiriti" presso gli Indiani d'America, o gli Hijira di Bombay). In mia opinione sarebbe molto utile, o quantomeno interessante, seguire l'insegnamento dato da queste culture orientali, che sprona ad esplorare e conoscere tutto il nostro potenziale umano, tenendo bene a mente che la diversità fa parte dell'essenza dell'uomo e del mondo.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013a). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013b). *Gender Dysphoria Fact Sheet DSM 5 Release*. In *American Psychiatric Association DSM-5 Development website* <http://www.dsm5.org/Documents/Gender%20Dysphoria%20Fact%20Sheet.pdf>.
- Ault, A., & Brzuzy, S. (2009). Removing gender identity disorder from the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*: A call for action. *Social Work*, 54, 187-189.
- Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (1998). Gender identity disorder: Reply. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 244-245
- Cohen-Kettenis, P. T., Pfäfflin, F. (2010). The DSM Diagnostic Criteria for Gender Identity Disorder in Adolescents and Adults. *Archives of Sexual Behavior*, doi: 10.1007/s10508-009-9562-y.
- De Cuypere, G., Knudson, G., & Bockting, W. (2010). Response of the World Professional Association for Transgender Health to the proposed DSM 5 criteria for gender incongruence. *International Journal of Transgenderism*, 12(2), 119-123.
- De Cuypere, G., Knudson, G., & Bockting, W. (2011). Second Response of the World Professional Association for Transgender Health to the Proposed Revision of the Diagnosis of Gender Dysphoria for DSM 5. *International Journal of Transgenderism*, 13:2, 51-53
- Dèttore, D. (2005). *Il disturbo dell'identità di genere. Diagnosi, eziologia, trattamento*. McGraw-Hill Companies.
- Doorn, C. D., Poortinga, J., & Verschoor, A. M. (1994). Cross-gender identity in transvestites and male transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 23, 185-201.
- Drescher, J. (2010a). Transsexualism, gender identity disorder and the DSM. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 14(2), 109-122.

- Drescher, J. (2010b). Queer diagnoses: Parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the Diagnostic and Statistical Manual. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 427-460.
- Ettner, R. (1999). *Gender loving care: A guide to counseling gender-variant clients*. New York: Norton.
- Fraser, L., Karasic, D. H., Meyer III, W. J., & Wylie, K. (2010). Recommendations for Revision of the DSM Diagnosis of Gender Identity Disorder in Adults. *International Journal of Transgenderism*, 12:2, 80-85.
- Kamens, S. R. (2011). On the Proposed Sexual and Gender Identity Diagnoses for DSM-5: History and Controversies. *The Humanistic Psychologist*, 39(1), 37-59.
- Lev, A. I. (2004). *Transgender Emergence: Therapeutic Guidelines for Working With Gender-Variant People and Their Families*. The Haworth Clinical Practice Press.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2010). From Mental Disorder to Iatrogenic Hypogonadism: Dilemmas in Conceptualizing Gender Identity Variants as Psychiatric Conditions. *Archives of Sexual Behavior*, 39:461-476
- Narrow, W. E., & Cohen-Kettenis, P. (2010). The Revision of Gender Identity Disorder: DSM-5 Principles and Progress. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 14(2), 123-129.
- Spitzer, R. L. (2006). Sexual and gender identity disorders: Discussion of questions for DSM-V. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 17(3-4), 111-116.
- Vance Jr, S. R., Cohen-Kettenis, P. T., Drescher, J., Meyer-Bahlburg, H. F., Pfäfflin, F., & Zucker, K. J. (2010). Opinions about the DSM gender identity disorder diagnosis: results from an international survey administered to organizations concerned with the welfare of transgender people. *International Journal of Transgenderism*, 12(1), 1-14
- Zucker, K. J., & Spitzer, R. L. (2005). 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(1), 31-42.
- Zucker, K. J. (2010). The DSM Diagnostic Criteria for Gender Identity Disorder in Children. *Archives of Sexual Behavior*, doi: 10.1007/s10508-009-9540-4.
- Zucker, K. J. (2003, October 17). GID not “phantom disorder” [Letter to the editor]. *Psychiatric News*, 38(20), 30.