

Breve storia di una diagnosi controversa

Alexandro Fortunato,* Guido Giovanardi,** Valeria D'Angelo***

SOMMARIO. – Il lavoro ripercorre la storia dell'identità di genere, costruito nato alla fine degli anni Sessanta, dalla creazione fino ad oggi. In particolare, il lavoro si occupa di quelle situazioni in cui una persona – appartenente a quello che comunemente viene definito il mondo trans* – vive una mancanza di corrispondenza tra il genere assegnato alla nascita e il genere esperito. Nello scritto si ripercorrono le strade che la diagnosi legata alla varianza di genere – in infanzia, adolescenza ed età adulta – ha conosciuto nel tempo e nelle diverse classificazioni diagnostiche, fino ad arrivare alla trattazione del tema in ambito psicoanalitico. Si mette in luce quanto accanto ad istanze più patologizzanti, sia l'ambiente psichiatrico, sia quello psicoanalitico si siano arricchiti di un pensiero teorico-clinico che valorizza e riconosce la profondità dell'esperienza soggettiva delle persone trans*, non fermandosi quindi, alla riduttiva indicazione della sola diagnosi.

Parole chiave: Identità di genere; diagnosi; trans*; sesso; genere; psicoanalisi.

Introduzione

La storia delle persone transgender¹ è molto più antica e complessa di quella della sua diagnosi, ne troviamo tracce in molte culture e società del passato con alterne vicende. Solo nell'ultimo secolo però, con lo sviluppo della psichiatria, la cultura occidentale ha deciso di occuparsene portandone

*Psicologo, psicoterapeuta, dottore di ricerca, socio SIPsIA, candidato SPI. Lavora presso l'Unità di Ricerca sullo Sviluppo dell'Identità di Genere, Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, "Sapienza" Università di Roma. E-mail: fortunatoalexandro@gmail.com

**Psicologo, psicoterapeuta in formazione AIPA, dottore di ricerca. Lavora presso l'Unità di Ricerca sullo Sviluppo dell'Identità di Genere, Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, "Sapienza" Università di Roma, ed è stato *visiting scholar* presso il *Gender Identity Development Service (GIDS)* della *Tavistock Clinic* di Londra.

***Psicologa, psicoterapeuta e socia SIPsIA.

¹In questo articolo useremo l'aggettivo transgender, a volte abbreviato con *trans**, come termine *ombrello*, volto a indicare identità e condizioni riconducibili a una varianza di genere. Come sostantivo, abbiamo preferito il termine *transessualismo*, perché è quello più usato dagli autori psicoanalitici.

l'esperienza di vita sotto la lente della patologia e della sofferenza. Possiamo far iniziare la storia della diagnosi con l'invenzione della parola transessuale, quando Hirschfeld (1910; 1923) per primo parlò della distinzione fra *travestitismo* e *transessualità* come fenomeni differenti dall'omosessualità. Il termine "transessuale" venne poi ripreso e trasformato da Cauldwell (1949) con la definizione di *psychopathia transsexualis*, dicitura che riprendeva il titolo del libro del 1886 di Richard von Krafft-Ebing, *Psychopathia sexualis*, per indicare un quadro clinico caratterizzato da angoscia relativa al rifiuto del proprio sesso anatomico. Il lavoro di Money (1955) portò alla tesi che sesso e genere non sono necessariamente interconnessi e alla definizione di ruolo di genere, differenziando una serie di sentimenti, convinzioni e comportamenti che definiscono l'essere maschio e l'essere femmina, distinti dalle caratteristiche biologiche. Secondo Money (1994) la *disforia di genere* è un costrutto connesso a cause fisiologiche e psicologiche multiple e complesse. Tuttavia, l'evento mediatico che permise al transessualismo una vera diffusione sia a livello popolare sia a livello medico-psichiatrico fu il caso di George/Christine Jorgensen (Hamburger, Sturup & Dahl-Iversen, 1953), considerato il primo caso di successo di riassegnazione di genere. Ma Christine Jorgensen non fu la prima della storia: nel 1933 il pittore danese Einar Wegener diventò Lili Elbe. La storia viene raccontata in *Man into Woman* (Hoyer, 1933), e poi nel libro del 2000 di David Ebershoff *The Danish Girl* da cui è stato tratto l'omonimo film di Tom Hooper nel 2015. L'esito del procedimento fu fatale e, forse per questo la storia di Lili Elbe è meno nota di quella di Jorgensen. Dalla trasformazione di George/Christine in poi, la tecnologia medica ha compiuto enormi progressi: allo stato attuale le persone trans* hanno a disposizione cure ormonali e chirurgiche per modificare le loro anatomie in modo sicuro e funzionale.

I progressi della scienza medica e i cambiamenti sociali che hanno seguito questi eventi hanno profondamente modificato la concezione del rapporto tra sesso e genere sia in ambito scientifico sia presso la popolazione generale. Nonostante questo, fino a pochi decenni fa l'opinione più diffusa rispetto al transessualismo era quella di una malattia vicina al delirio psicotico.

Ora la psichiatria, di pari passo con le legislazioni di molti paesi, vede l'incongruenza tra genere esperito e sesso biologico una "normale variante dell'espressione di genere umana" (Drescher & Byne, 2013). Cruciali sono stati gli ultimi dieci anni caratterizzati da una campagna volta alla de-patologizzazione delle identità trans* iniziata durante la fase di preparazione dell'ultima edizione del DSM. Con l'uscita del DSM-5 (APA, 2013) è stato compiuto il primo passo di una piccola rivoluzione terminata nel 2019 con l'uscita dell'ICD-11 (WHO, 2018). Infatti, dall'uscita del DSM-5 con la creazione della categoria Disforia di Genere (DG), l'essere trans* non è più

di per sé patologico a meno di una sofferenza collegata a questa condizione. L'ICD-11 ha invece eliminato anche la disforia dalla sezione delle malattie mentali e ha collocato l'Incongruenza di Genere al di fuori della sezione delle patologie psichiatriche. Vedremo tra poco nel dettaglio le vicende diagnostiche delle condizioni trans* all'interno dei due manuali psichiatrici.

Altrettanto cruciali sono state le ricerche effettuate da molti gruppi di ricerca internazionali, che hanno esplorato l'identità trans* da molteplici punti di vista anche in Italia (Amodeo, Picariello, Valerio, & Scandurra, 2018; Fisher et al., 2013; Giovanardi et al., 2018; Giovanardi, Morales, et al., 2019; Lingiardi, Giovanardi, Fortunato, Nassisi, & Speranza, 2017; Ristori et al., 2020; Scandurra et al., 2018; Vitelli et al., 2017).

Questo percorso ricorda la stessa sorte toccata all'omosessualità, che fino al 1973 era classificata tra i disturbi mentali, poi passata al concetto omosessualità ego-distonica nel 1980 per poi scomparire dai radar ufficiali della psichiatria. La derubricazione dell'omosessualità dai disturbi mentali è stato un passo fondamentale per la sua de-patologizzazione, e qualcosa di simile sembra stia accadendo con la transessualità.

La costruzione dell'identità di genere

La costruzione dell'identità è un percorso complesso nello sviluppo umano. Ogni bambino, sin dalla nascita, porta con sé una serie di caratteristiche innate che si fondono con le caratteristiche dell'ambiente che lo circonda. Già intorno ai tre anni i bambini riconoscono l'esistenza delle categorie maschio-femmina e sono in grado di definirsi come appartenenti a una o all'altra. Genericamente ci si riferisce a questo riconoscersi come appartenenti a una categoria, con il termine identità di genere. Crescendo si giunge alla consapevolezza che il genere resta stabile e non cambia con l'abbigliamento, i comportamenti o il tempo. Alla stabilità di genere, si uniscono gli stereotipi legati ad esso, spesso derivanti dalla cultura in cui si vive. Il genere, quindi, è influenzato dal percorso biologico e da quello culturale: quanto pesino questi due fattori e chi sia il predominante, è fonte di grande dibattito. Ad arricchire il processo di sviluppo, arriverà la sessualità e con essa l'orientamento sessuale.

Queste tre vie, il sesso, il genere e la sessualità, si intrecciano e si influenzano in un complicato intreccio fatto di fattori personali e sociali, che formeranno una parte importante dell'identità di una persona. È un percorso soggettivo, imprevedibile e multifattoriale. Verso i tre-quattro anni si consolida la costanza del genere ed è proprio in questo periodo che si può verificare una variante che può durare o meno durante il corso dello sviluppo. Questa variante, nel tempo, ha preso diversi nomi ed è stata molto dibattuta, soprattutto perché nei bambini prende molte sfumature.

Esistono infatti molte situazioni dove il senso identitario transgender non è così forte, rientrando genericamente nella *varianza di genere* (*gender variance*).

Parlando di età evolutiva va sottolineato che i bambini con *varianza di genere* possono essere molto diversi tra loro. Alcuni bambini utilizzano i segni identificati come disforici come *sintomi* di altre condizioni, oppure come segni di altre sofferenze psichiche. Pertanto, non tutti i bambini che mostrano i cosiddetti comportamenti *cross-gender* possono essere considerati realmente disforici. In altri invece, questi segni resteranno stabili nel tempo portando ad uno sviluppo di genere incongruente. Al momento non è chiaro quali siano i fattori che portano a un esito o all'altro: non sappiamo identificare i bambini cosiddetti *persisters*, ovvero chi continuerà a presentare la disforia anche in fasi successive dello sviluppo, e distinguerli dai *desisters*, ovvero quelli che non la manifesteranno crescendo.

Diverso è se si parla di adolescenti. Questi, infatti, possono trovarsi in una situazione più simile al bambino o all'adulto, in base al loro livello di sviluppo. La differenza sta nel fatto che mentre nei bambini il fenomeno può essere transitorio e avere molteplici sfaccettature, negli adulti la situazione è più stabile. Gli adolescenti, spesso, si pongono già con certezza rispetto al genere che esperiscono. Tuttavia, l'arrivo della pubertà, lo sviluppo sessuale e i cambiamenti corporei rimettono in discussione tutto e possono portare a nuove acquisizioni.

Gli adolescenti presentano spesso una sofferenza più marcata nei confronti del proprio corpo che, a questo punto, sviluppa sempre di più le caratteristiche sessuali secondarie. Mentre un bambino può *sognare* di diventare magicamente del genere che esperisce, un adolescente è di fronte all'ineluttabilità della biologia. Lo sviluppo sessuale può quindi portare a una maggiore sofferenza e a una maggiore volontà di cambiare il proprio corpo per farlo assomigliare all'immagine interna.

Diversamente gli adulti, pur presentando una moltitudine di situazioni differenti, sono più stabili nel tempo. Gli adulti *gender variant* possono, anche rispetto all'esperienza soggettiva, portare modifiche o meno al proprio corpo, allo stile di vita e a quello familiare. Quello però che va sottolineato è che nell'adulto, le cure fisiche, come l'intervento ormonale e chirurgico per modificare il corpo, possono essere considerate una parte dell'intervento per attenuare la sofferenza presa in considerazione dalla diagnosi di Disforia.

Storia della diagnosi e dei criteri diagnostici

Ripercorrendo la storia delle trasformazioni diagnostiche delle condizioni transessuali, risulta evidente quanto, negli ultimi decenni, le concezioni

generali sulle condizioni transgender si siano modificate (Beek, Cohen-Kettenis, & Kreukels, 2016). La presenza del transessualismo nelle classificazioni diagnostiche è, com'è ovvio, legata ai tempi. Dalle condizioni più patologizzanti, presenti nelle prime edizioni, che mettevano insieme le questioni di genere con quelle collegate alla sessualità interpretando l'incongruenza di genere come una perversione, alle attuali che hanno riconosciuto gli *errori* del passato e intendono sempre di più l'incongruenza come una delle possibilità dello sviluppo umano.

Il percorso di questa diagnosi non è stato privo di controversie. Il dibattito sulla necessità di una diagnosi risale all'inizio degli anni '90, quando si sono iniziate a sollevare le prime voci critiche, nello specifico per l'infanzia (Drescher, 2010; Drescher, Cohen-Kettenis, & Reed, 2016). In seguito all'inclusione nel DSM-III della diagnosi del disturbo dell'identità di genere per l'infanzia, ad esempio, la teorica *queer*/femminista Eve Kosofsky Sedgwick (1993) affermò che in quel modo si forniva una scappatoia per restaurare la diagnosi dell'omosessualità, rimossa dalla stessa edizione del DSM. Secondo l'autrice, la diagnosi forniva argomenti per trattare i bambini non conformi per il genere e prevenire quindi l'omosessualità adulta. Una posizione simile fu adottata da Richard Isay (1997) secondo il quale la stessa diagnosi etichettava i bambini *pre-omosessuali* come disturbati psichicamente. Più di recente Ehrbar, Witty, Ehrbar e Bockting (2008) hanno sollevato la questione della difficoltà di distinguere i bambini che soffrono una vera e propria disforia di genere da quelli che presentano una più generale non conformità di genere (che esita nella maggior parte dei casi in un'omosessualità adulta). Anche singoli Stati e organizzazioni governative, il Parlamento Europeo e le associazioni e gruppi per i diritti LGBT hanno preso posizione contraria alle diagnosi relative all'identità di genere.

Molti degli esperti internazionali, a capo dei centri specialistici più importanti, si sono invece espressi a favore del mantenimento delle diagnosi (es. Cohen-Kettenis, 2001; Zucker, 2010), affermando la necessità, per i bambini come per gli adulti con disforia di genere, di essere seguiti in centri specializzati dove *équipe* multi-disciplinari di esperti possano gestire le molte complessità presentate da queste famiglie; anche e soprattutto per rendere possibili interventi di riduzione dello stigma a livello familiare, scolastico e sociale. Infine, nel 2013 l'associazione internazionale per la salute delle persone trans, la World Professional Association for Transgender Health (WPATH), ha contattato un gruppo di esperti e ha organizzato una votazione per la rimozione della diagnosi dall'ICD-10, ottenendo un voto spaccato a metà (WPATH, 2013). Un risultato simile è stato ottenuto con un sondaggio fatto tra tutti i membri dell'Associazione (De Cuypere & Knudson, 2015; Winter, De Cuypere, Green, Kane, & Knudson, 2016).

Al momento, la scelta su cui la comunità scientifica sembra più orientata è quella del mantenimento di una diagnosi *morbida*, orientata alla descrizio-

ne di una *incongruenza di genere*. La dicitura *incongruenza* è meno patologizzante di *disforia*, perché non implica automaticamente una sofferenza. Il motivo di questa scelta risiede nella necessità della presa in carico (Drescher et al., 2016). L'eliminazione della diagnosi, soprattutto per l'infanzia, esporrebbe le persone trans* a molti rischi per la salute: il suo mantenimento implica lo sviluppo di centri specialistici che aiutino le famiglie a comprendere meglio il fenomeno e promuove la necessità di un training specialistico per i professionisti della salute – spesso completamente all'oscuro di tali problematiche (es. Sood, 2009; WHO, 2015).

DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*)

Il DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*) è pubblicato dall'*American Psychiatric Association* (APA) e attualmente ne sono state pubblicate 5 versioni standard e due rivisitazioni.

Le prime due versioni del manuale non trattavano il tema dell'identità di genere. Non c'erano ancora conoscenze sufficienti sull'argomento e si tendeva a fare molta confusione fra genere e sessualità. Infatti, il DSM-I (APA, 1952) e il DSM-II (APA, 1968) inserivano i soggetti con problematiche legate al genere all'interno della categoria delle Deviazioni Sessuali, nella quale si trovavano anche l'omosessualità e il travestitismo.

Nel DSM-III (APA, 1980) esordì la categoria dei "Disturbi Psicosessuali" con quattro sottosezioni: Disturbi dell'Identità di Genere (DIG), le Parafilie, le Disfunzioni Psicosessuali e gli Altri Disturbi Psicosessuali (che includevano l'Omosessualità Ego-distonica). In particolare, la categoria dei DIG comprendeva a sua volta tre sottosezioni: Il Disturbo d'Identità di Genere nell'Infanzia, il Transessualismo e il Disturbo Psicosessuale Non Altrimenti Specificato. Il DSM-III introduce quindi per la prima volta la diagnosi di *Transessualismo* per individui che mostrano un desiderio persistente di apportare una trasformazione al proprio sesso e al loro ruolo di genere nella società. I criteri fondamentali per il DIG nell'infanzia erano un desiderio forte e persistente di essere un bambino/una bambina, o un'insistente affermazione di essere un bambino/una bambina (all'opposto rispetto al genere assegnato alla nascita); per le bambine, un forte rifiuto delle proprie strutture anatomiche femminili; per i bambini, invece, un forte rifiuto per le proprie strutture anatomiche maschili o un interesse per le attività stereotipicamente femminili. Un'altra differenza tra maschi e femmine era nel fatto che uno dei criteri fosse centrato per le bambine sul diniego del corpo femminile, mentre per i bambini il criterio si concentrava sull'insoddisfazione di avere un corpo maschile. Queste differenze tra maschi e femmine sono state mantenute fino all'edizione DSM-IV-TR (Zucker, 2010).

Nella rivisitazione della terza edizione (DSM-III-R; APA, 1987) la categoria dei *Disturbi Psicoseessuali* viene rimossa ed ufficialmente viene creata quella dei Disturbi dell'Identità di Genere (DIG). I DIG vengono collocati nella categoria dei “disturbi che usualmente compaiono per la prima volta nell'infanzia, nella fanciullezza e nell'adolescenza”, e sono: il DIG della Fanciullezza, il DIG dell'Adolescenza o dell'Età Adulta, Tipo Non Transessuale (DIGAEATNT), e il Transessualismo; inoltre, il DIG Non Altrimenti Specificato (DIG-NAS) descrive alterazioni dell'identità di genere non classificabili come disturbi dell'identità di genere. La diagnosi DIGEATNT era stata inserita per comprendere quelle persone che non avessero intenzione di effettuare operazioni chirurgiche, ma allo stesso tempo avessero esperienza di un'identità di genere non conforme (Bradley et al., 1991; Levine, 1989). Persisteva ancora una certa confusione fra le questioni legate alla sessualità, come i disturbi sessuali, l'orientamento sessuale (che era ancora considerato una patologia quando non eterosessuale) e le questioni di genere.

Con il DSM-IV (APA, 1994) e la successiva rivisitazione (DSM-IV-TR; APA, 2000) si è arrivati a un totale superamento del termine transessualismo e l'inserimento del DIG all'interno della sezione denominata “Disturbi sessuali e dell'Identità di Genere”. In queste due ultime edizioni quindi il DIG viene nuovamente indicizzato insieme ai disturbi sessuali. Il quadro diagnostico si semplifica e arriva a comprendere un unico disturbo suddiviso in tre sottotipi: il DIG nei bambini, il DIG negli adolescenti e negli adulti, e il DIG-NAS. Viene rimossa la diagnosi DIGEATNT, per due motivi principali: da una parte era poco chiaro il confine tra questa diagnosi e quella di *transessualismo*, dall'altra si voleva disgiungere la diagnosi clinica dai criteri utili per approvare le operazioni di riassegnazione chirurgica (Bradley et al., 1991; Bradley & Zucker, 1997). Il sottocomitato predisposto alla revisione della diagnosi affermò di voler ridurre le differenze tra maschi e femmine, criticate da diversi autori (vedi ad es. Zucker & Spitzer, 2005), e per questo motivo il criterio riguardante il desiderio espresso di essere del sesso opposto divenne lo stesso per i due generi. Un'altra novità era che lo stesso criterio non era più richiesto per una diagnosi nel DSM-IV, sulla base del fatto che – come dimostravano le esperienze cliniche – nella maggior parte dei bambini con identità di genere non conforme, tale desiderio solo di rado è verbalizzato (Bradley et al., 1991). In generale, se il focus della terza edizione metteva al centro l'identità, la quarta edizione ha posto invece l'accento sui comportamenti (Beek et al., 2016).

I criteri diagnostici del DSM-IV-TR (APA, 2000) per il DIG parlavano di una forte e persistente identificazione col sesso opposto, richiamando il binarismo di genere maschio-femmina, ma confondendo il sesso e non il genere. Era aggiunto anche il persistente malessere riguardo al proprio sesso o un senso di estraneità riguardo al ruolo sessuale del proprio sesso.

L'inclusione della categoria DIG-NAS era fonte di molta confusione, perché poteva essere diagnosticato in situazioni in cui veniva segnalata una difficoltà legata all'identità di genere, alla disforia di genere, al travestitismo, o anche in caso di intersessualità.

Infine, uno dei criteri più significativi era volto ad identificare il disagio e la sofferenza di questa condizione. L'idea di includere un criterio sul disagio clinicamente significativo e sulla compromissione del funzionamento era legata alla necessità di ridurre i falsi positivi (Spitzer & Wakefield, 1999). Nonostante la presenza di questo criterio, la diagnosi per l'infanzia ricevette comunque diverse critiche: secondo alcuni, rispetto alla diagnosi precedente, presentava una soglia troppo bassa, per la quale si sarebbero creati ancora più falsi positivi (Haldeman, 2000; McGann, 2007).

Con il DSM-5 (APA, 2013) viene superata la questione del DIG e viene messo l'accento solo sulla questione della disforia, ovvero della sofferenza legata alla propria condizione creando così l'etichetta Disforia di Genere (DG). Inoltre, viene introdotta per la prima volta l'incongruenza tra il genere esperito/espresso da un individuo e il genere assegnato e la terminologia usata non è più binaria (Zucker et al., 2013). Nel DSM-IV identità di genere e ruolo di genere erano infatti stati considerati come dicotomici (maschile/femminile); nel DSM-5 gli stessi concetti assumono uno spettro di significati e diventano multi-categoriali (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2010; Zucker et al., 2013). Quindi, non solo non c'è più il riferimento a un disturbo ma non si parla nemmeno più di "sesso opposto" ma di "altro genere o genere opposto", il termine *sesso* è rimpiazzato dal termine *genere* , per evitare confusioni con i disturbi dello sviluppo sessuale e sulla base di molti studi (es. Deogracias et al., 2010; Paap et al., 2011) i criteri principali sono stati accorpati.

Il passaggio alla quinta edizione segna per molti esperti la trasformazione più importante nella diagnosi – ma anche nella concezione – delle condizioni transessuali. In seguito a critiche provenienti da ambiti diversi (es. Bartlett, Vasey, & Bukowski, 2000; Hill, Rozanski, Carfagnini, & Willoughby, 2006; Meyer-Bahlburg, 2009; Vance et al., 2010), che individuavano nella tassonomia DSM aspetti fortemente stigmatizzanti, il dilemma principale divenne quello di ridurre la discriminazione, assicurando allo stesso tempo l'accesso alle cure agli individui che le necessitassero (Drescher, Cohen-Kettenis, & Winter, 2012; Zucker et al., 2013).

La nuova diagnosi dovrebbe riflettere meglio il nucleo del problema, ovvero la sofferenza che accompagna "l'incongruenza tra il genere esperito o espresso da un individuo e il genere assegnato" (Narrow & Cohen-Kettenis, 2010). Nel manuale si afferma che tale diagnosi è più descrittiva e più accurata rispetto alla precedente perché si concentra sulla disforia come problema clinico e non sull'identità in sé. Inoltre, la diagnosi di DG è disgiunta dalle parafilie e dalle disfunzioni sessuali.

Un'altra novità importante è l'aggiunta di un criterio temporale di 6 mesi (per bambini, adolescenti e adulti), per distinguere le DG transitorie da quelle persistenti. Rispetto alla diagnosi per l'infanzia, il criterio "un forte desiderio di appartenere al genere opposto o insistenza sul fatto di appartenere al genere opposto" è ora necessario (ma non sufficiente) per la diagnosi. In questo modo i criteri del DSM-5 sono più restrittivi e più trasparenti rispetto al loro obiettivo di identificare bambini che sono, al di là di ogni ragionevole dubbio, in lotta con la loro identità di genere (Zucker, 2010). Infine, il "desiderio espresso" è sostituito dal "forte desiderio", in modo da includere bambini che potrebbero non esprimere la loro disforia a causa di ambienti non accoglienti o coercitivi (Zucker et al., 2013).

ICD (*International Classification of Diseases*)

L'ICD (*International Classification of Diseases*) viene redatta dall'Organizzazione Mondiale della sanità. Nei confronti dell'identità di genere, l'ICD ha vissuto lo stesso dilemma che ha dominato la discussione teorica nel passaggio tra DSM-IV-TR e DSM-5, ovvero la mediazione tra la depatologizzazione e la necessità di mantenere un'etichetta diagnostica che permetta alle persone trans* di essere prese in carico dai sistemi sanitari nazionali.

Nell'ICD-9 (WHO, 1975) compare per la prima volta il termine transessualismo che era classificato nelle "Deviazioni sessuali" accanto al travestitismo. Il termine transessualismo rimane anche nella versione 10 (WHO, 1992) così come accaduto fino alla edizione III-R del DSM del 1987. Simile è anche la categoria in cui era indicizzato, "Disturbi dell'identità sessuale". Differiva però perché prevedeva cinque categorie diagnostiche: transessualismo, travestitismo a ruolo doppio, disturbi dell'identità sessuale nell'infanzia, disturbi dell'identità sessuale non specificati e altri disturbi dell'identità sessuale. Anche in questo manuale persisteva una certa sovrapposizione fra genere, sesso, identità sessuale e di genere.

Nell'ultima versione, la 11 (WHO, 2018), la categoria è stata rivisitata e spostata dal capitolo sulla salute mentale e collocata in quello sulla salute sessuale, quindi non più considerata una condizione di disturbo mentale. Viene indicata come Incongruenza di Genere, superando anche il concetto di disforia presente nel DSM-5. La categoria riporta che l'incongruenza si verifica tra il genere esperito e quello assegnato alla nascita. Viene specificato che il comportamento e le preferenze sessuali non sono basi della diagnosi, uscendo quindi dalla confusione fra genere, sesso e sessualità.

L'ICD-11 ha compiuto e portato a termine un lungo percorso che risponde alla necessità di avere una diagnosi per l'accesso alle cure, che non sia patologizzante e stigmatizzante.

PDM (*Psychodynamic Diagnostic Manual*)

La storia del PDM (*Psychodynamic Diagnostic Manual*) è più recente di quella dei precedenti manuali e per questo risente meno della confusione presente negli altri sistemi diagnostici fra genere, sesso e sessualità. Inoltre, essendo un manuale di stampo psicodinamico non si limita ad una classificazione di sintomi ma tenta di dare di ogni condizione tutto il possibile sviluppo.

Nella prima versione del PDM (PDM Task Force, 2006) il DIG era presente in tutte le sezioni: adulti, bambini piccoli e grandi, e adolescenti. Nella sezione adulti l'accento era posto sul sentirsi nel corpo sbagliato, sull'esordio spesso precoce e sul desiderio di possedere organi e capacità dell'altro genere. Questa situazione poteva, secondo il manuale, attenuarsi o rimanere stabile nel tempo e andava distinta dal delirio psicotico. Il PDM dava della condizione una descrizione attenta degli stati affettivi e somatici e dei pattern cognitivi e relazionali. Molto del problema era posto sulla possibilità di umore depresso e sentimenti negativi, fissazioni su parti del corpo e sui problemi relazionali e sociali derivanti dalla condizione trans*. Si nota come già dalla prima versione del manuale il focus era molto sulla persona e sui possibili problemi che potevano derivare dallo stigma sociale.

Il PDM-2 (Lingiardi & McWilliams, 2017) ha introdotto una sezione nuova denominata *Esperienze psicologiche che possono richiedere attenzione clinica* nell'Asse S, relativa all'esperienza soggettiva. In questa sezione trasversale, presente dall'infanzia all'età adulta è riportata anche l'incongruenza di genere, che richiama la stessa scelta dell'ICD-11. Questa categoria descrive esperienze soggettive di particolari popolazioni, e fa riferimento al fatto che chi vi appartiene si può rivolgere ai servizi per la salute mentale a causa delle difficoltà associate ad alcune situazioni, che però non possono essere considerate patologiche in quanto tali e comprende le minoranze etniche, culturali, linguistiche, religiose e politiche, le popolazioni gay, lesbiche e bisessuali e infine, le persone con incongruenza di genere. Alla base c'è la concezione che, come per l'omosessualità, non c'è motivo di considerare un'identità di genere non conforme come patologica in quanto tale. Tuttavia, è una condizione che per diversi motivi, può presentare problematiche associate e richiedere quindi l'attenzione clinica.

Questa innovazione descrive quindi differenze individuali che non necessariamente devono essere fonte di sofferenza, ma riconosce la possibilità che a causa dello stigma sociale o di una mancanza di accettazione personale, le condizioni trans* possono (non *devono*) richiedere una *attenzione clinica*.

Per quanto riguarda l'età adulta e l'adolescenza, l'esperienza soggettiva dell'incongruenza è descritta come "una marcata e persistente mancanza di allineamento tra il genere di cui un individuo fa esperienza (senso di sé) e

il genere assegnato alla nascita (natale)”, che porta a un desiderio di vivere e essere accettati come una persona del genere esperito soggettivamente. Gli stati affettivi associati comprendono ansia, depressione, ideazione suicidaria, rabbia contro la propria anatomia, panico per gli adolescenti durante la pubertà, e piacere e soddisfazione quando è permessa un’espressione libera della propria identità di genere. Il pattern cognitivo principale è quello della forte preoccupazione legata al genere, che può avvicinarsi all’ossessione, che di solito diminuisce o sparisce con la transizione. Dal punto di vista degli stati somatici, le persone che non hanno compiuto una transizione sono caratterizzate da un forte disagio rispetto alla propria anatomia, per il quale adolescenti e adulti cercano di mascherare o modificare le caratteristiche sessuali secondarie con l’assunzione di ormoni o l’uso di operazioni chirurgiche. Per quanto riguarda i pattern relazionali, la maggior parte degli individui vive relazioni omosessuali prima della transizione, alcuni invece compiono transizioni tardive dopo matrimoni eterosessuali o anche dopo la nascita di figli. Infine, l’esperienza soggettiva del terapeuta (controtrasfert) può comprendere ansia, preoccupazione, repulsione o curiosità voyeuristica.

Per quanto riguarda l’infanzia, la diagnosi è simile a quella per gli adulti, con una maggiore enfasi posta sui comportamenti. Molta rilevanza è data anche ai percorsi di sviluppo, per i quali il Manuale, richiamando la differenza tra *persisters* e *desisters*, descrive una grande variabilità, e un’impossibilità nell’infanzia di stabilire con strumenti attendibili in quali casi l’incongruenza persisterà o desisterà dopo la pubertà.

Storia della psicoanalisi e dell’identità di genere

Anche la storia della psicoanalisi, così come quella psichiatrica, segue un percorso che va dai modelli più patologizzanti ad altri che provano a dare un’altra visione, più contemporanea del fenomeno.

Il primo autore ad essersene occupato è Stoller con il famoso libro *Sex and Gender* del 1968. Prima di lui nessun autore psicoanalitico si era occupato direttamente di persone transgender o aveva incluso nelle proprie teorie il concetto di *identità di genere*. Da Freud a Stoller quello che possiamo rintracciare nella letteratura psicoanalitica riguarda la sessualità, il sessuale e la bisessualità psichica e l’intricato intreccio delle identificazioni. Concetti fondanti della psicoanalisi ma che non ci aiutano a comprendere appieno l’identità trans*. Per Stoller l’identità di genere si struttura molto precocemente, in un periodo che va dalla nascita alla fine del terzo anno di vita: essa è originata da fattori biologico-ormonali, dalle caratteristiche fisiologiche dei genitali esterni e dalle componenti relazionali, in particolare tutti quei comportamenti agiti dai genitori in riferimento al ruolo di gene-

re del figlio. Secondo l'autore l'origine del transessualismo risiede in una eccessiva intimità tra madre e figlio che impedisce al bambino di superare la fase di profemminilità dovuta anche a una figura paterna assente, che non interviene e anzi incoraggia inconsciamente la femminilizzazione del figlio. Per Stoller, l'identificazione femminile del bambino, non ha però niente in comune con il delirio psicotico.

Dopo Stoller molti autori hanno provato a cimentarsi con il fenomeno partendo dalla clinica di alcuni casi e cercando di estrapolare teorizzazioni più generali. Quello che hanno in comune questi autori è che inquadrano il fenomeno trans* come una sindrome unitaria, all'interno di cornici patologiche caratterizzate da strutture psicotiche e personalità gravemente narcisiste. Va detto che queste teorie colgono alcuni aspetti, legati soprattutto all'esperienza clinica dei primi anni in cui le persone trans* iniziavano ad affacciarsi al mondo, esiste quindi un *bias* non riconosciuto rispetto ai pazienti osservati. Erano descritti come ambigui, disorientati, richiestivi, strumentali, chiusi in loro stessi, assorti nelle fantasie di genere e resistenti del tutto al transfert. Lo stesso Stoller, la cui interpretazione dell'identità trans* è sicuramente meno patologica di altri autori, descriveva i pazienti trans come irresponsabili, tendenti alla menzogna e incapaci di stabilire relazioni terapeutiche stabili. Queste osservazioni però, non tenevano conto che l'accesso al trattamento era collegato alla necessità di autorizzazione all'intervento e che questi pazienti non rappresentavano efficacemente tutto il mondo transgender, che ancora era molto sommerso. Inoltre, va detto che in quell'epoca i pazienti che arrivavano negli studi degli analisti erano soprattutto maschi biologici in transizione. In queste teorie anche la ricerca eziologica era piuttosto complicata dalla piccola porzione osservata e forse, potremmo dire anche dal pregiudizio degli stessi analisti. Nominiamo in questo gruppo (cfr. Socarides, 1970; Limentani, 1979; Argentieri, 2009) due autrici su tutti Colette Chiland e Agnès Oppenheimer.

Chiland (1997) vede il transessualismo come una condizione vicina alla psicosi, che ha origine nella psiche in seguito a una scena primaria terrorizzante e attiva, in cui si rappresenta il pene come molto più pericoloso della vagina. I genitori spingerebbero quindi i figli a voler essere dell'altro genere perché solo così potrebbero essere amati, viene a mancare quindi uno specchio in cui trovare la propria immagine del proprio genere. Questo messaggio contraddittorio e psicotizzante esita in una ferita narcisistica e in una rimozione estesa dei vissuti infantili che comporta la strutturazione di un'identità difensiva e rigida che nega la realtà del corpo. Questo ripiegamento su di sé porta a disinvestire dalla relazione con l'oggetto e quindi a una resistenza alle dinamiche transferali.

Anche per Oppenheimer (1991) il transessualismo deriva da una ferita narcisistica, una forma di *après coup* che avviene come compensazione e difesa in seguito a un processo denso di conflitti in cui la madre non conferma la mascolinità del figlio e anzi lo utilizza per il proprio narcisismo. Il

padre a sua volta non interviene, non riconosce il figlio e non si lascia idealizzare. In questo modo l'unica soluzione per il ragazzo è di rivolgersi alla madre per i suoi bisogni di idealizzazione e vivere la mascolinità come castrazione. L'identità transessuale è quindi *un'identità schermo*, una costruzione delirante caratterizzata da ritiro dalla realtà, e creazione di una neo-realtà, attraverso un meccanismo di *acting out* permanente, alla cui base c'è l'odio per la mascolinità e un diniego dell'omosessualità. Anche Oppenheimer è d'accordo che i pazienti transessuali sono pazienti molto difficili, che nella loro struttura gravemente narcisistica non riescono a stabilire un rapporto con il terapeuta se non in maniera strumentale.

In questa fase della storia psicoanalitica, il sesso, la sessualità psichica e il genere vengono spesso trattati allo stesso modo, rifiutando la distinzione introdotta da Money prima e Stoller poi. Questo fondere concetti diversi e utilizzare i processi identificatori come unica chiave per leggere il fenomeno trans* ha portato alla strutturazione di teorie parziali, descrittive solo di alcuni pazienti e non generalizzabili.

Recentemente, il nuovo interesse per l'esperienza trans* ha portato nuovi autori ad occuparsi dell'argomento, una serie di voci che ripartono dall'osservazione dei *nuovi* pazienti e del fenomeno per come si presenta adesso. Infatti, dopo lo sviluppo del femminismo e dei *gender studies* non si può più considerare in modo univoco il concetto di genere, descritto in termini complessi da Dimen (1991) come un "un campo di forze", da Harris (1991; 2008) "una finzione necessaria da assemblare dolcemente, composta di elementi molto diversi", da Benjamin (1995) "un'apparenza reale", o "una copia di cui manca l'originale", nella definizione di Butler (1990). Anche per questo gruppo di autori ci limitiamo a citarne due: Agvi Saketopoulou e Oren Gozlan.

Saketopoulou (2014) afferma che alla base delle vecchie concezioni del genere ci sia una sorta di "ansia regolatoria" dell'analista e una difficoltà ad entrare in empatia con il paziente. Finché l'analista non sarà in grado di contattare a livello profondo il paziente abbandonando il pregiudizio che gli interventi che richiede siano una *follia*, sarà portato a respingere il paziente denigrando un suo bisogno profondo. Saketopoulou però mette in guardia da un altro rischio, ovvero quello di colludere completamente con la fantasia inconscia dei pazienti e assecondare la loro rimozione del corpo sessuato. Il compito fondamentale della terapia è quello di permettere il riconoscimento dell'angoscia rispetto al corpo, esplorare i suoi significati psicologici, accettare la realtà del corpo in cui si è nati, mentalizzando le intollerabili sensazioni somatiche. Questo non significa rinunciare ai trattamenti ormonali e chirurgici ma affrontarli in maniera sana riconoscendo il corpo che si possiede. Secondo Saketopoulou questi interventi non sono *acting-out* della fantasia inconscia, bensì tentativi di adattare la forma del corpo a quella del *corpo percepito*.

Gozlan (2018) invita a porre maggiore attenzione alla percezione che ha il paziente trans* di sé e del suo corpo. L'analisi deve puntare, secondo l'autore, a permettere al paziente di trovare la sua autenticità, in uno spazio transizionale in cui l'accoglienza empatica può permettere di affrontare la condizione enigmatica in cui vive. I percorsi di transizione sono percorsi di ri-nascita e di creazione di nuovi significati, in cui il paziente può adeguare il corpo alla sua realtà psichica, al suo autentico Io, che non è il corpo che si possiede, ma quello che viene investito psichicamente. L'analista può, meglio di altri, aiutare il paziente a gestire la complessa rete di difese, lutti e tentativi di elaborazione di percezioni così profonde, può lavorare sugli oggetti parziali che non si integrano nell'unità del sé, trasformandoli attraverso processi di risignificazione, in costante tensione tra interno ed esterno.

Conclusioni

Abbiamo provato a ripercorrere lo sviluppo e la storia dell'esperienza trans* sia nel pensiero psichiatrico che psicoanalitico. Osserviamo che queste due strade, che sembrano spesso parallele, quando si parla di questo argomento si toccano e sovrappongono, sostando soprattutto negli errori che la storia della diagnosi ha affrontato. Il pensiero scientifico e culturale, dall'iniziale patologizzazione delle esperienze, dei corpi e dei vissuti, ha seguito una lunga traiettoria di liberazione. Oggi si può dire che sia nella psichiatria che nella psicoanalisi siamo giunti al riconoscimento di un'esperienza soggettiva e profonda, un'affermazione della propria identità.

Nonostante le evoluzioni, nel pensiero psicoanalitico attuale persistono ancora istanze patologizzanti *tout-court*, che danno vita a vivaci e interessanti dibattiti (vedi Giovanardi, Fiorini Bincoletto, & Fortunato, 2019). Noi riteniamo che oggi, in seguito alla de-patologizzazione delle condizioni trans*, la psicoanalisi ha una grande occasione: quella di proporsi come strumento davvero conoscitivo per le esperienze psichiche, somatiche, sociali di queste persone rifiutando diagnosi riduttive – per altro da sempre sgradite alla psicoanalisi – e portando al centro la soggettività.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (APA). (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (APA). (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2nd Edition*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (APA). (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition revised*. Washington, DC: Author.

- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition text revised*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Amodeo, A. L., Picariello, S., Valerio, P., & Scandurra, C. (2018). Empowering transgender youths: Promoting resilience through a group training program. *Journal of Gay and Lesbian Mental Health, 22*(1), 3-19. doi: 10.1080/19359705.2017.1361880
- Argentieri S. (2009). Transvestism, transsexualism, transgender: Identification and imitation. In: Ambrosio G., editor, *Transvestism, Transsexualism in the Psychoanalytic Dimension*. London: Karnac.
- Bartlett, N. H., Vasey, P. L., & Bukowski, W. M. (2000). Is gender identity disorder in children a mental disorder? *Sex Roles, 43*, 753-785.
- Beek, T. F., Cohen-Kettenis, P. T., and Kreukels, B. P. (2016). Gender incongruence/gender dysphoria and its classification history. *International Review of Psychiatry, 28*(1), 5-12. doi:10.3109/09540261.2015.1091293
- Benjamin J. (1995). *Like Subjects, Love Objects*. New York: Yale University Press (trad. it.: *Soggetti d'amore*. Milano: Raffaello Cortina, 1996).
- Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (1997). Gender identity disorder: a review of the past 10 years. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*(7), 872-880. doi: 10.1097/00004583-199707000-00008
- Bradley, S. J., Blanchard, R., Coates, S., Green, R., Levine, S. B., Meyer-Bahlburg, H. F. L., & Zucker, K. J. (1991). Interim report of the DSM-IV Subcommittee on Gender Identity Disorders. *Archives of Sexual Behavior, 20*(4), 333-343. doi: 10.1007/BF01542614
- Butler, J. (1990). *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. New York: Routledge.
- Cauldwell, D. O. (1949). Psychopathia Trans-sexualis, *Sexology Magazine*.
- Chiland, C. (1997). *Changer de sexe*. Paris: Editions Odile Jacob.
- Cohen-Kettenis, P. T. (2001). Gender identity disorder in DSM? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 40*, 391.
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2010). The DSM Diagnostic Criteria for Gender Identity Disorder in Adolescents and Adults. *Archives of Sexual Behavior, 39*(2), 499-513. DOI:10.1007/s10508-009-9562-y
- De Cuypere, G., & Knudson, G. (2015). *Gender incongruence of childhood: yes or no—a survey among WPATH members*. First Biennial Conference of the European Professional Association for Transgender Health; Ghent, Belgium; March 12-14, 2015.
- Deogracias, J. J., Johnson, L. L., Bradley, S. J., Kibblewhite, S. J., Owen-Anderson, A., & Zucker, K. J. (2010). The gender identity/gender dysphoria questionnaire for adolescents and adults: Further validity evidence. *Journal of Sex Research, 47*(1), 49-58. doi: 10.1080/00224490902898728
- Dimen, M. (1991). Deconstructing Differences: Gender, Splitting and Transitional Space. *Psychoanal. Dial.*, 1: 335-352 (Trad. it.: *La decostruzione del genere*. Milano: il Saggiatore, 2006). DOI: 10.1080/10481889109538904
- Drescher, J. (2010). Queer diagnoses: Parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the Diagnostic and Statistical Manual (DSM). *Archives of Sexual Behavior, 39*, 427-460.
- Drescher, J., and Byne, W. (2013). *Treating transgender children and adolescents: An interdisciplinary discussion*. New York, NY: Routledge.
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P. T., & Reed, G. M. (2016). Gender incongruence of childhood in the ICD-11: Controversies, proposal, and rationale. *The Lancet Psychiatry*. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00586-6

- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P., & Winter, S. (2012). Minding the body: situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *Int Rev Psychiatry*, 24, 568-577.
- Ehrbar, R. D., Witty, M. C., Ehrbar, H. G., & Bockting, W. O. (2008). Clinician judgment in the diagnosis of gender identity disorder in children. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 34(5), 385-412. doi: 10.1080/00926230802219398
- Fisher, A. D., Bandini, E., Casale, H., Ferruccio, N., Meriggiola, M. C., Gualerzi, A., & Stomaci, N. (2013). Sociodemographic and clinical features of gender identity disorder: an Italian multicentric evaluation. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(2), 408-419. doi:10.1111/j.1743-6109.2012.03006.x
- Giovanardi, G., Fiorini Bincetto, A., & Fortunato, A. (2019). Un più vasto orizzonte: psicoanalisi e identità di genere, storia di un rapporto controverso, da Freud ai contemporanei. *Psicobiiettivo*, 3, 133-152.
- Giovanardi, G., Morales, P., Mirabella, M., Fortunato, A., Chianura, L., Speranza, A. M., & Lingiardi, V. (2019). Transition memories: experiences of trans adult women with hormone therapy and their beliefs on the usage of hormone blockers to suppress puberty. *Journal of Endocrinological Investigation*, 42, 1231-1240. doi:10.1007/s40618-019-01045-2
- Giovanardi, G., Vitelli, R., Maggiore Vergano, C., Fortunato, A., Chianura, L., Lingiardi, V., & Speranza, A. M. (2018). Attachment patterns and complex trauma in a sample of adults diagnosed with gender dysphoria. *Frontiers in psychology*, 9, 60. doi:10.3389/fpsyg.2018.00060
- Gozlan, O. (2018). From Continuity to Contiguity: A Response to the Fraught Temporality of Gender. *The Psychoanalytic Review*, 105(1), 1-29. doi:10.1521/prev.2018.105.1.1
- Haldeman, D. C. (2000). Gender atypical youth: Clinical and social issues. *School Psychology Review*, 29, 192-200.
- Hamburger, C., Stürup, G. K., & Dahl-Iversen, E. (1953). Transvestism: Hormonal, psychiatric, and surgical treatment. *Journal of the American Medical Association*, 12 (6), 391-396.
- Harris, A. (1991). Gender as contradiction. *Psychoanalytic Dialogues*, 1(2), 197-224. doi:10.1080/10481889109538893
- Harris, A. (2008). *Gender as Soft Assembly*. New York: Routledge.
- Hill, D. B., Rozanski, C., Carfagnini, J., & Willoughby, B. (2006). Gender identity disorders in childhood and adolescence: A critical inquiry. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 17, 7- 34.
- Hirschfeld, M. (1910). Die Transvestiten, eine Untersuchung über den erotischen Verkleidungstrieb mit umfangreichem casuistischem und historischem Material, *Medizinischer Verlag*, Berlin, Ferdinand Spohr, Leipzig 1925.
- Hirschfeld, M. (1923). Die intersexuelle konstitution. *Jahrbuch für Sexuelle Zwischenstufen*, 23, 3-27.
- Hoyer, N. (1933). *Man into Woman: An Authentic Record of a Change of Sex. The True Story of the Miraculous Transformation of the Danish Painter, Einar Wegener*. New York: E.P. Dutton and Co.
- Isay, R. A. (1997). Remove gender identity disorder in DSM. *Psychiatric News*, 32, 9-13.
- Levine, S. B. (1989). *Gender identity disorders of childhood, adolescence, and adulthood*. In: H. I. Kaplan & B.J. Sadock (a cura di). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Vol. 1, 5th ed. (pp. 1061-1069). Baltimore: Williams and Wilkins.
- Lingiardi, V., Giovanardi, G., Fortunato, A., Nassisi, V., & Speranza, A. M. (2017). Personality and attachment in transsexual adults. *Archives of Sexual Behavior*, 46(5), 1313-1323. doi:10.1007/s10508-017-0946-0
- Lingiardi, V., and McWilliams, N. (Eds.). (2017). *Psychodynamic diagnostic manual, 2nd ed. (PDM-2)*. New York, NY: Guilford Press.
- Limentani, A. (1979). The significance of transsexualism in relation to some basic psychoanalytic concepts. *International Review of Psychoanalysis*, 6, 139-153.

- McGann, P. J. (2007). Healing (disorderly) desire: Medical-therapeutic regulation of sexuality. In S. Seidman, N. Fischer e C. Meeks (a cura di), *Handbook of the new sexuality studies* (pp. 390- 402). London: Routledge.
- Meyer-Bahlburg, H. F. (2009). Variants of gender differentiation in somatic disorders of sex development: recommendations for version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 226- 237. doi:10.1080/15532730903439476
- Money, J. (1955). Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: Psychologic findings. *Bulletin of Johns Hopkins Hospital* 96, 253-264.
- Money, J. (1994). The concept of gender identity disorder in childhood and adolescence after 39 years. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 20, 163-177.
- Narrow, W. E., & Cohen-Kettenis, P. (2010). The revision of gender identity disorder: DSM-5 principles and progress. *Journal of Gay and Lesbian Mental Health*, 14(2), 123-129. doi:10.1080/19359701003600954
- Oppenheimer, A. (1991). The Wish for a Sex Change: A Challenge to Psychoanalysis? *International Journal of Psychoanalysis*, 72, 2: 221-231 (trad. it. in P. Valerio et al., a cura di, *Il transessualismo. Saggi psicoanalitici*. Milano: FrancoAngeli, 2001).
- Paap, M., Kreukels, B. P., Cohen-Kettenis, P. T., Richter-Appelt, H., de Cuypere, G., and Haraldsen, I. R. (2011). Assessing the utility of diagnostic criteria: A multisite study on gender identity disorder. *Journal of Sexual Medicine*, 8, 180-190.
- PDM Task Force. (Ed.). (2006). *Psychodynamic diagnostic manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Ristori, J., Cocchetti, C., Castellini, G., Pierdominici, M., Cipriani, A., Testi, D., & Cassioli, E. (2020). Hormonal Treatment Effect on Sexual Distress in Transgender Persons: 2-Year Follow-Up Data. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(1), 142-151. doi:10.1016/j.jsxm.2019.10.008
- Saketopoulou, A. (2014). Mourning the body as bedrock: Developmental considerations in treating transsexual patients analytically. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 62, 5, 773-806 (trad. it.: *Psicoterapia e scienze umane*, 1, 7-36, 2015). doi: 10.1177/0003065114553102.
- Scandurra, C., Bochicchio, V., Amodeo, A. L., Esposito, C., Valerio, P., Maldonato, N. Bacchini, D., & Vitelli, R. (2018). Internalized transphobia, resilience, and mental health: Applying the Psychological Mediation Framework to Italian transgender individuals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(3), 508e. doi:10.3390/ijerph15030508
- Sedgwick, E. K. (1993). How to bring your kids up gay. In Sedgwick, E. (a cura di), *Tendencies* (pp. 154-166). Durham, NC: Duke University Press.
- Socarides, C.W. (1970). A psychoanalytic study of the desire for sexual transformation (transsexualism): The plaster-of-paris man. *International Journal of Psychoanalysis*, 51, 341-349.
- Sood, N. (2009). *Transgender people's access to sexual health and rights: a study of law and policy in 12 Asian countries*. Kuala Lumpur: Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women, 2009.
- Spitzer, R. L., & Wakefield, J. C. (1999). DSM-IV diagnostic criterion for clinical significance: Does it help solve the false positives problem? *American Journal of Psychiatry*, 156(12), 1856-1864. doi:10.1176/ajp.156.12.1856
- Stoller, R. J. (1968). *Sex and Gender*. London: Karnac Books.
- Vitelli, R., Scandurra, C., Pacifico, R., Selvino, M. S., Picariello, S., Amodeo, A. L., & Giami, A. (2017). Trans identities and medical practice in Italy: Self-positioning towards gender affirmation surgery. *Sexologies*, 26(4), e43-e51. doi:10.1016/j.sexol.2017.08.001
- Vance, S. R., Cohen-Kettenis, P. T., Drescher, J., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Pfäfflin, F., & Zucker, K. (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. doi:10.1080/15532731003749087
- von Krafft-Ebing, R. (1886). *Psychopatia Sexualis*. Brooklyn: Physicians and Surgeons Book Co.
- Winter, S., De Cuyper, G., Green, J., Kane, R., & Knudson, G. (2016). The Proposed ICD-11 Gender Incongruence of Childhood Diagnosis: A World Professional Association for Transgender Health Membership Survey. *Archives of Sexual Behavior*, 45(7), 1605-1614. doi:10.1007/s10508-016-0811-6
- World Health Organization (WHO). (1975). *Report of the international conference for the ninth revision of the international classification of diseases*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2015). *International classification of Diseases*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th Revision). Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- World Professional Association for Transgender Health (WPATH). (2013). *WPATH consensus process regarding transgender and transsexual-related diagnoses in ICD-11*. Available from: http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/ICD%20Meeting%20Packet-Report-Final-sm.pdf
- Zucker, K. J. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in children. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 477-498.
- 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 and Marital Therapy*, 31, 31-42.
- Zucker, K. J., Cohen-Kettenis, P. T., Drescher, J., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Pfäfflin, F., & Womack, W. M. (2013). Memo outlining evidence for change for gender identity disorder in the DSM-5. *Archives of Sexual Behavior*, 42(5), 901-914. doi:10.1007/s10508-013-0139-4

Conflitto di interesse: gli autori dichiarano che non vi sono potenziali conflitti di interesse.

Approvazione etica e consenso a partecipare: l'articolo non contiene elementi che possano portare al riconoscimento del paziente.

Ricevuto per la pubblicazione: 4 marzo 2020.

Accettato per la pubblicazione: 31 marzo 2020.

©Copyright: the Author(s), 2020

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2020; XXXI:259

doi:10.4081/rp.2020.259

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License (by-nc 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.