

La “fragile” depatologizzazione delle persone transgender

Con l'ultimo aggiornamento della Classificazione internazionale delle malattie (ICD-11, 2019), l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha sancito un percorso storico di de-psico-patologizzazione delle persone transgender e gender diverse (TGD). Obiettivi dichiarati: a) riconoscere il carattere intrinsecamente non-patologico dell'incongruenza di genere; b) promuovere l'accesso all'assistenza sanitaria di affermazione del genere per le persone che la richiedano; c) ridurre il forte stigma associato¹. Eppure, ad oggi, questi obiettivi sembrano ancora molto distanti, spingendo diverse istituzioni e organizzazioni competenti a fare appello per intervenire². A livello globale, l'accesso alle terapie affermative di genere è, per lo più, ancora subordinato a una diagnosi di salute mentale e ad altri *gate keeper* di ordine medico, giuridico, bioetico o economico. La maggior parte dei Paesi non ha nemmeno preso l'impegno di riformare i protocolli in questo senso. Ciò non si deve solo ai tempi fisiologici di aggiornamento dei servizi sanitari nazionali. Negli ultimi due anni si è assistito a una vera e propria ondata re-patologizzante. Diversi Paesi, anche pionieri in quest'ambito, come Svezia, Finlandia, Regno Unito, Australia e alcuni degli Stati Uniti, hanno adottato misure che disincentivano l'accesso a questi trattamenti, specialmente nei confronti dell'età dell'adolescenza³.

Al di là dell'arena politica che influenza queste circostanze, a monte gioca un ruolo determinante la ricezione solo parziale, nel pubblico e nella comunità scientifica allargata, delle conoscenze odierne in merito alle complessità di genere e sessualità: orientamento sessuale (SO), identità ed espressione di genere (GIE) e caratteri sessuali (SC)⁴. A ben vedere,

questa fragilità di fondo è evidente fin dalle logiche della nuova classificazione e della strategia istituzionale dell'OMS, basate più sulla necessità di intervenire in qualche modo che sull'effettiva coerenza con gli studi. L'ICD-11 ha rimosso, infatti, il 'transessualismo' dall'elenco dei disturbi mentali, introducendo l'incongruenza di genere in un capitolo dedicato alle 'Condizioni relative alla salute sessuale'. Eppure, da tempo è stato compreso che l'identità di genere, congruente o incongruente che sia con il sesso assegnato alla nascita, in sé è indipendente dalla sfera della sessualità^{5,6}. L'approccio dell'OMS ha ricalcato quello dell'*American Psychological Association*, la quale aveva introdotto nel Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5, 2013) un capitolo speciale per la condizione di disforia di genere – diagnosi funzionale all'attivazione dei servizi sanitari. La diagnosi di incongruenza di genere ha sostituito il criterio di «intensa sofferenza psicologica», con «sentimenti di avversione o disagio per l'anatomia sessuale o per i caratteri sessuali secondari previsti»⁷. Le buone intenzioni sono quelle di ridurre l'associazione con la presenza di un qualche “disturbo psicologico”. Così facendo, però, non solo non viene veicolata una migliore comprensione del «fenomeno umano comune e culturalmente diverso»⁸ delle identità TGD; ma, soprattutto, si sviano di fatto le ragioni profonde che motivano la necessità di un ricorso tempestivo alle terapie di affermazione di genere, ossia di alleviare e di prevenire le sofferenze delle persone TGD e i rischi correlati indotti dalla stigmatizzazione sociale e strutturale. Questo processo è stato spiegato adeguatamente dal modello psicopatologico del *minority stress*⁹, il quale dimostra come proprio lo stigma sia alla base degli alti livelli di stress, disagio psicologico o anche disforia di genere a valenza cronica, i quali, a loro volta, sono associati a tassi sproporzionati di depressione, tendenza al suicidio e all'autolesionismo^{10,11}.

In sostanza, la depatologizzazione promossa dall'OMS, pur facendo riferimento ai punti chiave

*Emilie Sartorelli, Gender Consultant Freelance – emiliesartorelli@gmail.com

ALLA RICERCA DEL GENERE La "fragile" depatologizzazione delle persone transgender

delle problematiche sanitarie delle persone TGD, ne snatura il quadro medico-scientifico. Inoltre, riafferma un'ottica "sessualizzante" dell'incongruenza di genere, la quale non sta riducendo lo stigma, anzi, come visto è stata seguita in questi anni da reazioni refrattarie e ripatologizzanti in molti contesti sanitari, specialmente quando questa visione sessualizzata tocca la sfera dell'infanzia e dell'adolescenza. In ambito di ricerca emergono ancora periodicamente articoli che in maniera più o meno velata suggeriscono una rivalutazione delle terapie di conversione in giovane età (GICE), oppure che promuovono con altri termini l'allarmismo scatenato dalla cosiddetta controversia sulla ROGD: fondamentalmente l'ipotesi di un "contagio sociale" della disforia di genere tra le persone più giovani¹²⁻¹⁴. Parallelamente, si sono moltiplicate le iniziative dei movimenti anti-gender che fanno leva sullo slogan: *Protecting Children from Sexualization*¹⁵.

BIBLIOGRAFIA

1. OMS. Gender incongruence and transgender health in the ICD. [Online] 2022. <https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/gender-incongruence-and-transgender-health-in-the-icd>
2. TGEU. Calling for complete depathologisation of trans and gender-diverse identities. [Online] 2022. <https://tgeu.org/calling-for-complete-depathologisation-of-trans-and-gender-diverse-identities/>
3. Kremen J, Williams C, Barrera EP, et al.; Gender Multispecialty Service (GeMS) Team. Addressing legislation that restricts access to care for transgender youth. *Pediatrics* 2021; 147: e2021049940.
4. ARC International, IBAHRI, ILGA. Sexual orientation, gender identity and expression, and sex characteristics at the universal periodic review. [Online] 2016. https://ilga.org/downloads/summary_SOGIESCatUPR_report.pdf
5. WPATH. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People. [Online] 2012. https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20v7_English.pdf
6. Robles García R, Ayuso-Mateos JL. ICD-11 and the depathologisation of the transgender condition. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)* 2019; 12: 65-7.
7. Furlong Y, Janca A. Gender (r)evolution and contemporary psychiatry. *BJPsych Open* 2022; 8: e80.
8. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, et al. Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *Int J Transgend Health* 2022; 23 (Suppl 1): S1-S259.
9. Meyer IH, Northridge ME (eds.). *The health of sexual minorities: public health perspectives on lesbian, gay, bisexual, and transgender populations*. Springer Science + Business Media, 2007.
10. Flentje A, Heck NC, Brennan JM, Meyer IH. The relationship between minority stress and biological outcomes: a systematic review. *J Behav Med* 2020; 43: 673-94.
11. Delozier AM, Kamody RC, Rodgers S, Chen D. Health disparities in transgender and gender expansive adolescents: a topical review from a minority stress framework. *J Pediatr Psychol* 2020; 45: 842-7.
12. D'Angelo R, Syrulnik E, Ayad S, Marchiano L, Kenny DT, Clarke P. One size does not fit all: in support of psychotherapy for gender dysphoria. *Arch Sex Behav* 2021; 50: 7-16.
13. Littman L. Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLoS One* 2018; 13: e0202330.
14. Clayton A. Gender-affirming treatment of gender dysphoria in youth: a perfect storm environment for the placebo effect-the implications for research and clinical practice. *Arch Sex Behav* 2022; doi: 10.1007/s10508-022-02472-8.
15. Bazelon E. The battle over gender therapy. *New York Times Magazine*. 2022. <https://www.nytimes.com/2022/06/15/magazine/gender-therapy.html>