

PAOLO VALERIO, CRISTIANO SCANDURRA

## PLURALITÀ IDENTITARIE, QUESTIONI DI GENERE E ORIENTAMENTI SESSUALI: TRA BIOETICA E BIODIRITTO

Sommario: 1. Alcune note terminologiche. 2. Alcuni dati sullo stigma e la violenza contro le *sexual and gender minorities*. 3. Cosa si cela dietro la violenza? 4. Il ruolo della bioetica nelle questioni LGBT: il caso delle omosessualità e dei transgenderismi nella psichiatria. 5. Conclusioni.

1. Quando si discute delle cosiddette questioni LGBT (Lesbica, Gay, Bisessuale e Transessuale/Transgender), è necessario effettuare un'operazione di definizione dei costrutti teorici utilizzati, operazione che risulterà sempre parziale per la complessità del tema. Dietro ad un linguaggio scorretto, infatti, si cela un pericolo che prescinde dal semplice errore linguistico e che abbraccia, al contrario, la possibilità di alimentare pregiudizi e stereotipi o avallare una visione errata della questione. In questo lavoro, si utilizzeranno molti termini che hanno a che fare con le diverse componenti dell'identità sessuale e con i suoi derivati.

Per *identità sessuale* si intende un costrutto multidimensionale che indica una dimensione soggettiva e del tutto personale del proprio essere sessuato. L'identità sessuale non è qualcosa di già dato, ma si costruisce nel tempo attraverso un lungo e complesso processo interattivo dove si intrecciano, in maniera imprevedibile, aspetti biologici, psicologici, socioculturali ed educativi. I modelli attualmente più utilizzati per definire l'identità sessuale sono quelli di Shively e De Cecco<sup>1</sup> e di Lev<sup>2</sup>, secondo i quali essa risulta essere costituita da quattro componenti: il sesso biologico, l'identità di genere, il ruolo di genere e l'orientamento sessuale. Procediamo a definire le singole componenti in modo autonomo, coscienti di stare effettuando

---

1 M.G. SHIVELY, J.P. DE CECCO, *Components of sexual identity*, in *Journal of Homosexuality*, 1977, 3(1), 41-48.

2 A.I. LEV, *Transgender emergence*, London, 2004.

un'operazione analitica che non può rendere lo stretto intreccio ed interdipendenza tra i singoli fattori.

Il sesso è una dimensione biologica che è da riferirsi alle caratteristiche genetiche, ormonali, anatomiche e fisiologiche dell'essere umano. Il sesso è, dunque, caratterizzato dai cromosomi sessuali (XY per il maschio e XX per la femmina), dai genitali esterni, dalle gonadi e dai caratteri sessuali secondari che si svilupperanno solo in pubertà<sup>3</sup>. La funzione del sesso, però, non sembra fermarsi alle sue sole caratteristiche naturali. Sul sesso, infatti, agisce quel complesso processo di assegnazione sessuale da parte del Terzo che finisce per affidare al soggetto un'etichetta sessuata: ci riferiamo, cioè, all'assegnazione del soggetto al sesso maschile o femminile, processo non certamente 'naturale', quanto piuttosto impregnato di un retaggio socio-culturale. In verità, dietro questo processo di assegnazione (in apparenza semplice e lineare) si cela un "tranello": il corpo è identificato immediatamente a causa delle sue caratteristiche sessuali esterne e visibili. Ma esistono delle condizioni intersessuali – anche dette *Disordini della Differenziazione Sessuale* (DSD) – che indicano tutte quelle condizioni congenite caratterizzate da uno sviluppo atipico del sesso cromosomico, anatomico o gonadico<sup>4</sup>. Tale sviluppo non sempre appare visibile sin dalla nascita, né si può già venire a conoscenza dell'auto-identificazione di genere delle persone intersessuali. Quest'ultimo punto ci ricollega immediatamente al genere. Esso è un costrutto più attinente alla sfera psicologica e socio-culturale che non a quella biologica ed ha che fare con le rappresentazioni interne e sociali della femminilità e della mascolinità. *L'identità di genere* va, dunque, intesa quale senso intimo, profondo e soggettivo di appartenenza

3 E. VILAIN, *Genetics of sexual development*, in *Annual Review of Sex Research*, 2000, 11, 1–25.

4 J. RAZA, G.L. WARNE, *Disorders of Sexual Development*, in A.Y. Elzouki, H.A. Harfi, H. Nazer, W. Oh, F.B. Stapleton, R.J. Whitley (a cura di), *Textbook of Clinical Pediatrics*, Berlin Heidelberg, 2000, 3649–3674; I più frequenti 'Disordini della Differenziazione Sessuale' sono la *Sindrome di Turner* (che colpisce solo le bambine ed è caratterizzata dall'alterazione nella struttura cromosomica causata da uno scorretto appaiamento dei cromosomi durante la meiosi), la *Sindrome di Klinefelter* (che, differentemente dalla precedente, colpisce solo i bambini ed è anch'essa causata da un'anomalia cromosomica, di cui il cariotipo più frequente è XXY), la *Sindrome di Morris* (che si caratterizza per un'interruzione dell'apparato riproduttivo nel feto e che comporta la presenza di cromosomi sessuali maschili e, contemporaneamente, lo sviluppo in senso femminile a causa dell'insensibilità agli androgeni) e l'*Iperplasia Congenita del Surrene* (che colpisce sia i bambini che le bambine ed è dovuta ad un difetto enzimatico trasmesso geneticamente).

ad un sesso e non all'altro<sup>5</sup>. Stoller ha sostenuto che già a 3 anni i bambini sono in grado di identificarsi con il sesso maschile o femminile e che non è possibile modificare l'identità di genere una volta che essa si sia stabilita. L'identità di genere, però, non va considerata come binaria o dicotomica. Esistono diverse sfumature identitarie tali che alcune persone percepiscono di non appartenere strettamente a nessuno dei due sessi biologici. L'identità di genere, infatti, può essere o meno congruente al sesso assegnato alla nascita, assegnazione che, come prima esplicito, si basa sulla sola apparenza dei genitali esterni. Alcune identità di genere risultano 'non conformi' alle norme culturali e prescrittive che esitano nel binarismo di genere, ovvero quel dispositivo socio-culturale che impone l'esistenza di due generi soltanto, maschile e femminile. Solitamente si utilizza il termine *transgender* per riferirsi a quel gruppo diversificato di persone che attraversano, trascendono o travalicano le definite categorie di genere<sup>6</sup>. Tale termine è relativamente nuovo e venne utilizzato per la prima volta da Virginia Prince<sup>7</sup> nel 1970 per riferirsi a tutte quelle persone che vivono a tempo pieno in un genere diverso da quello loro assegnato<sup>8</sup>. Questo gruppo include le persone *transessuali* MtF (*male to female*) o FtM (*female to male*), che necessitano di sottoporsi a terapie ormonali e/o chirurgiche per femminilizzare o mascolinizzare il proprio corpo e poter vivere a tempo pieno nel genere di identificazione; i o le *cross-dressers*, che desiderano indossare abiti del sesso opposto a quello loro assegnato; le persone *transgender* che vivono a tempo pieno nel genere di identificazione, prendono o meno ormoni, ma non avvertono il bisogno di sottoporsi ad interventi demolitivo-ricostruttivi di Riassegnazione Chirurgica del Sesso (RCS); le persone *bigender*, che si identificano sia con il genere maschile che femminile; infine, le *drag queens* ed i *drag kings*, che indossano abiti del sesso opposto a quello loro assegnato, adottando atteggiamenti iperfemminili o ipermaschili<sup>9</sup>. Più recentemente, per indicare queste identità fluide rispetto alle cristallizzazioni

---

5 R. J. STOLLER, *Sex and Gender. The Development of Masculinity and Femininity*. New York, 1968.

6 American Psychological Association, *Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people*, in *American Psychologist*, 2015, 70(9), 832-864.

7 Virginia Prince era un'attivista transgender americana nata nel 1913 a Los Angeles e morta nel 2009. Per un approfondimento della sua vita, si rimanda a R. EKINS, D. KING, *The transgender phenomenon*, London, 2006.

8 A.H. DEVOR, *Who are "we"? Where sexual orientation meets gender identity*, in *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 2002, 6(2), 5-21.

9 W.O. BOCKTING, *From construction to context: Gender through the eyes of the transgendered*, in *SIECUS Report*, 1999, 28(1), 211-224.

binarie del genere maschile e femminile, si sta utilizzando il termine *gender variance*, ovvero varianza di genere<sup>10</sup>.

Si è soliti, dunque, scindere dicotomicamente il sesso ed il genere, l'uno appartenente alla sfera puramente biologica, l'altra a quella sociale e culturale. Tale visione binaria, però, è stata messa letteralmente in crisi dai *Queer Studies*. Il sesso, alla stregua del genere, diventa una costruzione socio-culturale naturalizzata con lo scopo di creare un ordine sociale. Foucault<sup>11</sup> ha ben mostrato che il corpo non diventa sessuato prima che sia iscritto in un codice normativo di stampo socio-culturale. Prima, cioè, che sia iscritto nel discorso. A causa, però, del controllo dei corpi, la società è come costretta a considerare il corpo come già iscritto nel discorso e a renderlo sessuato ancor prima che possa 'sessuarsi' autonomamente. Basti considerare l'intersessualità e la sua medicalizzazione anche lì dove non c'è rischio per la vita. La società, insieme ai suoi 'surrogati' scientifici, quali la psichiatria, la medicina e la biologia, ha come il bisogno di considerare il sesso in maniera binaria. Ed è qui che agisce tramite interventi chirurgici su neonati, prima che essi possano davvero decidere a quale sesso – e genere – appartenere. La loro è una *diversità negata*<sup>12</sup> attraversata da un'obbligatoria naturalizzazione e normalizzazione dell'identità sessuale.

Continuando il discorso sulle componenti dell'identità sessuale, il *ruolo di genere* è quell'insieme di comportamenti, attitudini e modalità di presentazione sociale che, nell'ambito di uno specifico contesto socio-culturale, è riconosciuto come tipicamente maschile o femminile. Il ruolo di genere, dunque, è la manifestazione pubblica dell'identità di genere, esperienza invece più privata e personale<sup>13</sup>. Questa componente identitaria esprime, per così dire, adattamento sociale alle norme condivise su manierismi, adornamenti, tratti di personalità, vocabolario, interessi, abitudini, ecc. Tutte queste modalità diventano 'tipicizzate' per genere. Se non sono rispettate, verranno percepite come inappropriate. L'esempio più tipico è l'aspettativa sociale che una bambina giochi con le bambole e non con giochi violenti.

Infine, l'ultima componente dell'identità sessuale è l'*orientamento sessuale*. Esso indica la direzione della sessualità e dell'affettività, a livello comportamentale o fantasmatico, verso persone dello stesso sesso (omosessualità), di sesso opposto (eterosessualità) o di ambo i sessi (bisessua-

10 INSTITUTE OF MEDICINE, *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding*. Washington DC, 2011.

11 M. FOUCAULT, *La volontà di sapere. Storia della sessualità I*. Milano, 1976, 2001.

12 F. MONCERI, *Oltre l'identità sessuale: Teorie queer e corpi transgender*. Pisa, 2010.

13 J. MONEY, *Gender: History, theory and usage of the term in sexology and its relationship with nature/nurture*, in *Journal of Sex & Marital Therapy*, 1985, 11, 71–79.

lità). Si tratta di un costrutto intrinsecamente relazionale che si costruisce come insieme di altre 3 sotto-caratteristiche<sup>14</sup>: 1) esso riguarda le relazioni intime, sessuali e/o romantiche, che possono essere attualizzate tramite comportamenti o rimanere semplicemente un oggetto del desiderio; 2) il focus dell'orientamento sessuale è il sesso biologico del partner reale o potenziale; e 3) esso riguarda pattern duraturi di esperienze e comportamenti tali per cui un singolo caso di desiderio o comportamento sessuale non può definire l'orientamento sessuale di una persona. Più semplicemente, l'orientamento sessuale può essere operazionalizzato come insieme di 3 caratteristiche, ovvero l'attrazione, il comportamento e l'identità.

Le quattro componenti dell'identità sessuale possono tra loro combinarsi in una miriade di modi mai prevedibili poiché influenzati da molteplici fattori incontrollabili. Ciò che le persone transgender ci insegnano è proprio tale imprevedibilità, l'impossibilità di immaginarsi lo sviluppo dell'identità sessuale dell'essere umano. In una società come quella occidentale in cui la differenza e l'incontrollabile ancora creano angosce, la persona transgender è percepita come 'trasgressore dei confini'. Questa percezione blocca la possibilità di pensarla in termini di ricchezza.

2. La letteratura scientifica che si occupa di studiare le violenze rivolte alle persone LGBT riporta dei dati sempre più allarmanti. Non è possibile in questa sede effettuare una rassegna dettagliata di questi dati per motivi di spazio. Ci limiteremo, pertanto, a citare alcuni lavori che, dalla nostra ottica, sembrano ben esplicitare l'allarme di cui si è discusso.

Tra Aprile e Luglio 2012, la *Fundamental Rights Agency* dell'Unione Europea ha lanciato una survey per comprendere i livelli di omofobia e transfobia in Europa<sup>15</sup>. Il campione è molto ampio, poiché costituito da 93.079 persone LGBT. Di seguito si riportano i risultati principali: a) quasi la metà dei partecipanti (47%) ha dichiarato di aver subito discriminazioni ed abusi basati sul proprio orientamento sessuale e/o sulla propria identità o espressione di genere l'anno precedente la raccolta dei dati; b) la maggioranza dei partecipanti che è stata vittimizzata nell'ultimo anno ha dichiarato che la violenza subita è avvenuta a causa della percezione dell'abusante dell'identità LGBT (59%); c) la maggioranza dei partecipanti non ha denunciato la violenza alle autorità competenti perché ha creduto che nulla

---

14 INSTITUTE OF MEDICINE, *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understand*. Washington DC, 2011.

15 European Union Agency for Fundamental Rights (FRA), *European LGBT Survey, 2013*, Report consultabile dal sito [http://fra.europa.eu/sites/default/files/eu-lgbt-survey-technical-report\\_en.pdf](http://fra.europa.eu/sites/default/files/eu-lgbt-survey-technical-report_en.pdf)

sarebbe potuto cambiare; d) il 20% ha subito discriminazioni sul posto di lavoro o quando ha tentato di trovare un lavoro; e) il 18% del campione ha subito discriminazione in ambito scolastico o universitario. *Transphobic Hate Crimes in the European Union*<sup>16</sup> rappresenta, invece, il primo studio quantitativo sui crimini d'odio agiti nello specifico contro le persone transgender europee. Il campione è costituito da 2.669 persone. Di seguito si riportano i risultati principali: a) il 79% del campione ha subito qualche tipo di molestia che varia da commenti transfobici ad abusi fisici e sessuali; b) le forme più comuni di molestie sono rappresentate dai commenti transfobici (44%) e da abusi verbali (27%); c) il 15% ha subito comportamenti intimidatori e il 7% abusi fisici; d) le persone transgender italiane hanno riportato la più alta percentuale di commenti transfobici (51%).

Ciò che, forse, appare ancora più preoccupante è l'effetto che queste violenze subite e/o percepite hanno sulla salute mentale delle persone LGBT. A tal proposito, Gold, Feinstein, Skidmore e Marx<sup>17</sup>, su un campione di 342 persone lesbiche e gay, riportano che il 17% degli uomini gay ed il 27% delle donne lesbiche ha vissuto degli abusi fisici nell'infanzia, riportando nel presente livelli più elevati di sintomi depressivi e da stress post-traumatico. Lehavot e Simoni<sup>18</sup>, su un campione di 1.381 persone LGB, riportano che il 38% presentava sintomi depressivi ed ansiosi e problematiche legate all'utilizzo di alcol derivanti da abusi e violenze subite. Ancora, Hatzenbuehler, Corbin e Fromme<sup>19</sup> hanno riscontrato un'associazione positiva tra stress esperito a causa dell'appartenenza ad una minoranza e comportamenti sessuali a rischio. Infine, alcune ricerche<sup>20</sup>

- 
- 16 L. TURNER, S. WHITTLE, R. COMBS, *Transphobic Hate Crime in the European Union*. Brussels: International Lesbian and Gay Association Europe, 2009. Report consultabile dal sito [http://www.ucu.org.uk/media/pdf/r/6/transphobic\\_hate\\_crime\\_in\\_eu.pdf](http://www.ucu.org.uk/media/pdf/r/6/transphobic_hate_crime_in_eu.pdf)
- 17 S.D. GOLD, B.A. FEINSTEIN, W.C. SKIDMORE, B.P. MARX, *Childhood physical abuse, internalized homophobia, and experiential avoidance among lesbians and gay men*, in *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2011, 3(1), 50–60.
- 18 K. LEHAVOT, J.M. SIMONI, *The impact of minority stress on mental health and substance use among sexual minority women*, in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2011, 79(2), 159–170.
- 19 M.L. HATZENBUEHLER, W.R. CORBIN, K. FROMME, *Trajectories and determinants of alcohol use among LGB young adults and their heterosexual peers: Results from a prospective study*, in *Developmental Psychology*, 2008, 44(1), 81–90.
- 20 S.S. ROSTOSKY; E.D.B. RIGGLE, B.E. GRAY, R.L. HATTON, *Minority stress experiences in committed same-sex couple relationships*, in *Professional Psychology: Research and Practice*, 2007, 38(4), 392–400; J.J. MOHR, C.A. DALY, *Sexual mi-*

riportano problematiche di natura affettiva e relazionale a causa dello stigma istituzionale e delle violenze subite.

3. Dietro la violenza agita contro le persone LGBT sembrano celarsi dei dispositivi di potere molto pericolosi che funzionano da regolatori sociali e relazionali. Ci riferiamo, cioè, a quei *dispositivi* o *apparati* di assoggettamento sociale di foucaultiana memoria il cui scopo è il controllo di ciò che destabilisce l'ordine socio-culturale.

Nello specifico ambito dei transgenderismi, Hill<sup>21</sup> ha sviluppato un modello teorico finalizzato a comprendere ciò che egli definisce *anti-transgender violence*. Per l'autore, questo tipo di violenza si esplica nell'intreccio di tre dimensioni. La prima di esse è il *genderismo*, un'ideologia strutturale che, similmente al sessismo, porta ad una valutazione negativa di tutti i generi che si discostano dal cosiddetto binarismo, ovvero di tutti i generi non dicotomici. Si tratta, quindi, della convinzione che esistano solo due generi e che il genere di ciascuno debba corrispondere immediatamente al sesso assegnato alla nascita. Il genderismo, dunque, rappresenta un sistema complesso di credenze che si stagliano su una visione normativa del genere e che, conseguentemente, finisce per rinforzare una valutazione fortemente negativa della non conformità di genere. Come tutti i dispositivi sociali che ruotano attorno al sesso e al genere, il genderismo è pervasivo e può manifestarsi in modi sottili, quali l'ignoranza o la disinformazione sulla comunità transgender. La seconda componente è, invece, la *transfobia* che Hill<sup>22</sup> definisce quale "forza motivante delle reazioni negative verso le persone transgender che comporta la paura e il disgusto nell'osservatore". Se, dunque, il genderismo va inteso come un atteggiamento sociale che subordina le persone transgender e che si manifesta soprattutto in convinzioni culturali e politiche istituzionali, la transfobia è per lo più un fenomeno intrapsichico ed interpersonale. La terza ed ultima componente, infine, è il *gender-bashing*, ovvero l'assalto, il pestaggio, la violenza agita. Si tratta, cioè, del versante più comportamentale della violenza contro le persone transgender. Hill<sup>23</sup> così riassume la relazione tra le tre componenti: «Il gen-

---

*nority stress and changes in relationship quality in same-sex couples*, in *Journal of Social and Personal Relationships*, 2008, 25(6), 989–1007.

21 D.B. HILL, *Genderism, Transphobia, and Gender Bashing: A Framework for Interpreting Anti-Transgender Violence*, in B.C. Wallace, R.T. Carter (a cura di), *Understanding and Dealing with Violence: A Multicultural Approach*, California, 2003, 113–137.

22 *Ibidem*, 9.

23 *Ibidem*, 10.

derismo riguarda l'atteggiamento culturale negativo, la transfobia alimenta l'atteggiamento con la paura, il disgusto e l'odio, e il gender bashing è l'espressione violenta di queste credenze. Sebbene genderismo e transfobia spesso esitino in espressioni nascoste di discriminazione ed antipatia, il gender bashing è un'espressione manifesta di ostilità».

Spesso transfobia ed omofobia non sono chiaramente ed immediatamente distinguibili. Cope e Dark<sup>24</sup>, ad esempio, sostengono che spesso gli insulti a sfondo omofobico sono costituiti da nomignoli legati al genere piuttosto che all'orientamento sessuale. Chiamare un uomo 'checca' significa colpire la sua effeminatezza, ovvero la sua non conformità di genere, piuttosto che il suo orientamento sessuale. Per di più, è proprio la presentazione di genere delle persone – siano esse gay, lesbiche o transessuali – ad essere colpita. Spesso, infatti, l'aggressore non conosce il comportamento o l'orientamento sessuale della sua vittima, ma la denigra e stigmatizza in ragione della sua non conformità di genere.

La confusione che deriva dall'apparente sovrapposizione dell'omofobia e della transfobia è da rintracciare, seguendo le ipotesi di Mizock e Lewis<sup>25</sup>, nel fatto che il genderismo sembra essere legato più all'eterosessismo che al sessismo. Questo passaggio ci consente di discutere di quest'ultimo dispositivo che, ritornando al titolo del paragrafo, si cela dietro la violenza.

Il concetto di eterosessismo è stato introdotto sulla scena scientifica grazie ai lavori di Herek<sup>26</sup>. Esso è definito quale «sistema ideologico che nega, denigra e stigmatizza ogni forma di comportamento, identità, relazione o comunità non eterosessuale»<sup>27</sup>. Insoddisfatto del termine omofobia, eccessivamente incentrato sulle componenti individuali ed intrapsichiche, Herek

24 A. COPE, J. DARK, *Trans accessibility project. Violence intervention and education workgroup*, Ontario, 1999. Report consultabile da <http://www.queensu.ca/humanrights/tap>

25 L. MIZOCK, T.K. LEWIS, *Trauma in transgender populations: Risk, resilience, and clinical care*, in *Journal of Emotional Abuse*, 2008, 8(3), 335–354.

26 G.M. HEREK, *Beyond 'homophobia': A social psychological perspective on attitudes toward lesbians and gay men*, in *Journal of Homosexuality*, 1984, 10(1-2), 1–21; G.M. HEREK, *The context of anti-gay violence: Notes on cultural and psychological heterosexism*, in *Journal of Interpersonal Violence*, 1990, 5, 316–333; G.M. HEREK, *The psychology of sexual prejudice*, in *Current Directions in Psychological Science*, 2000, 9, 19–22; G.M. HEREK, *Beyond 'homophobia': Thinking about sexual stigma and prejudice in the twenty-first century*, in *Sexuality Research and Social Policy*, 2004, 1(2), 6–24.

27 G.M. HEREK, *Beyond 'homophobia': Thinking about sexual stigma and prejudice in the twenty-first century*, in *Sexuality Research and Social Policy*, 2004, 1(2), 16.

conia il termine *sexual stigma*<sup>28</sup>, ovvero stigma sessuale. Quest'ultimo è lo stigma rivolto a tutto ciò che non è eterosessuale; in altre parole, rappresenta una conoscenza sociale condivisa sullo status svalutato dell'omosessualità<sup>29</sup>. L'eterosessismo va dunque inteso come una messa in atto istituzionale dello stigma sessuale: «se lo stigma sessuale si riferisce all'avversione della società verso tutto ciò che non è eterosessuale, l'eterosessismo può essere utilizzato per riferirsi ai sistemi che forniscono il fondamento logico e le istruzioni operative per questa avversione»<sup>30</sup>.

Ritornando dunque alle osservazioni di Cope e Dark<sup>31</sup> e di Mizock e Lewis<sup>32</sup> circa la comparazione tra genderismo ed eterosessismo, gli autori sostengono che come per l'eterosessismo è possibile riconoscere come naturale solo l'eterosessualità, così per il genderismo si può riconoscere la naturalità solo di due generi ben distinti, il femminile ed il maschile. Tutto ciò che si situa al di là di essi è percepito come anormale.

Come, però, il termine omofobia appare insoddisfacente per descrivere l'ampia gamma di emozioni, atteggiamenti e discriminazioni agiti contro l'omosessualità, così anche il termine transfobia ha ricevuto delle critiche teoretiche. Ad esempio, Savin-Williams et al.<sup>33</sup> preferiscono utilizzare il termine *gender prejudice*, ovvero pregiudizio di genere. Ancora una volta,

- 
- 28 In generale, lo stigma è un fenomeno sociale che si caratterizza per l'attribuzione di una connotazione negativa ad un membro o ad un gruppo di una comunità tale da declassarlo ad un rango inferiore (E. GOFFMAN, *Stigma. L'identità negata*, Verona, 1963, 2003). Esso viene costruito in 4 fasi: 1) scelta delle differenze che possono essere utilizzate per discriminare gli individui; 2) attribuzione degli stereotipi negativi a queste categorie artificiali; 3) distinzione tra stigmatizzati e non-stigmatizzati e 4) perdita di status per l'individuo stigmatizzato. Le dimensioni oggetto di stigma possono essere molteplici. Goffman ne sottolinea tre: le caratteristiche fisiche (ad es., obesità, anoressia, disabilità), psicologiche (ad es., malattie mentali, alcolismo, dipendenza da droghe) ed etniche.
- 29 G.M. HEREK, *Sexual Stigma and Sexual Prejudice in the United States: A Conceptual Framework*, in D.A. Hope (a cura di), *Contemporary Perspectives on Lesbian, Gay, and Bisexual Identities*, New York, 2009, 65–111.
- 30 G.M. HEREK, *Beyond 'homophobia': Thinking about sexual stigma and prejudice in the twenty-first century*, in *Sexuality Research and Social Policy*, 2004, 1(2), 15.
- 31 A. COPE, J. DARK, *Trans accessibility project. Violence intervention and education workgroup*, Ontario, 1999. Report consultabile da <http://www.queensu.ca/humanrights/tap>
- 32 L. MIZOCK, T.K. LEWIS, *Trauma in transgender populations: Risk, resilience, and clinical care*, in *Journal of Emotional Abuse*, 2008, 8(3), 335–354.
- 33 R.C. SAVIN-WILLIAMS, S.T. PARDO, Z. VRANGALOVA, R.S. MITCHELL, K.M. COHEN, *Sexual and gender prejudice*, in J.C. Chrisler, D.R. McCreary (a cura di), *Handbook of Gender Research in Psychology. Volume 2: Gender Research in Social and Applied Psychology*, New York, 2010, 359–376.

tale obiezione trova le sue origini nel modello utilizzato da Herek. L'autore, infatti, utilizza un altro concetto fondamentale: *sexual prejudice*<sup>34</sup>, cioè pregiudizio sessuale. Questo particolare tipo di pregiudizio è il risultato dell'interiorizzazione da parte della maggioranza non-stigmatizzata degli atteggiamenti negativi verso il gruppo stigmatizzato. Il pregiudizio sessuale, cioè, «è lo stigma sessuale interiorizzato che produce la valutazione negativa delle minoranze sessuali»<sup>35</sup>. Savin-Williams et al.<sup>36</sup> preferiscono l'uso di questa terminologia poiché, alla stregua del *sexual prejudice*, anche *gender prejudice* presenta il vantaggio di legare l'ostilità e l'avversione verso i transgenderismi al vasto corpo delle scienze sociali e della ricerca empirica sul pregiudizio, proprio come afferma Herek<sup>37</sup>. Questo concetto, di più ampio respiro rispetto a quello di transfobia, mette insieme «atteggiamenti negativi, reazioni emotive (paura, disgusto, irritazione, disagio), comportamenti (abusi, violenze) e discriminazioni sociali verso coloro che non sono prontamente categorizzate da se stessi o dagli altri in un sistema binario di genere»<sup>38</sup>.

4. La bioetica può giocare un ruolo importante nell'eliminazione delle ingiustizie sociali ed istituzionali vissute dalle persone LGBT.

- 
- 34 Molto brevemente, il pregiudizio è una valutazione solitamente negativa di una categoria di persone basata su massicce generalizzazioni e sull'attribuzione di una caratteristica specifica ad una persona o ad un gruppo ancor prima di conoscerla o conoscerlo. Esso nasce a causa dell'opera di due meccanismi sociali: 1) la *categorizzazione*, ovvero la creazione di categorie entro cui collocare le informazioni provenienti dall'ambiente, strategia di semplificazione della percezione della realtà che classifica i vari aspetti di un fenomeno sotto un unico concetto; 2) la *generalizzazione*, ovvero l'estensione di quell'aspetto a tutti gli elementi di un gruppo (G. ALLPORT, *La natura del pregiudizio*, Firenze, 1954, 1973).
- 35 G.M. HEREK, *Sexual Stigma and Sexual Prejudice in the United States: A Conceptual Framework*, in D.A. Hope (a cura di), *Contemporary Perspectives on Lesbian, Gay, and Bisexual Identities*, New York, 2009, 74.
- 36 R.C. SAVIN-WILLIAMS, S.T. PARDO, Z. VRANGALOVA, R.S. MITCHELL, K.M. COHEN, *Sexual and gender prejudice*, in J.C. Chrisler, D.R. McCreary (a cura di), *Handbook of Gender Research in Psychology. Volume 2: Gender Research in Social and Applied Psychology*, New York, 2010, 359–376.
- 37 G.M. HEREK, *Beyond 'homophobia': Thinking about sexual stigma and prejudice in the twenty-first century*, in *Sexuality Research and Social Policy*, 2004, 1(2), 6–24.
- 38 R.C. SAVIN-WILLIAMS, S.T. PARDO, Z. VRANGALOVA, R.S. MITCHELL, K.M. COHEN, *Sexual and gender prejudice*, in J.C. Chrisler, D.R. McCreary (a cura di), *Handbook of Gender Research in Psychology. Volume 2: Gender Research in Social and Applied Psychology*, New York, 2010, 366.

La bioetica, infatti, si occupa dei valori e delle norme implicitamente espresse dalle prassi tramite cui la medicina, la giurisprudenza e le politiche pubbliche concepiscono e gestiscono i fenomeni biologici, la pratica medica e la ricerca scientifica. La bioetica può allora assumere un importante ruolo nella valutazione delle modalità di incorporazione che la politica e le scienze umane utilizzano rispetto alle informazioni scientifiche e mediche. Purtroppo, la bioetica ha solo raramente esaminato le modalità tramite le quali la legge e la medicina hanno definito, regolato e spesso oppresso le minoranze sessuali e di genere, ovvero le persone LGBT<sup>39</sup>. Nel passato, infatti, la legge e la medicina hanno rappresentato delle potenti armi di discriminazione nei confronti delle minoranze sessuali e di genere, annullando la dignità di molti<sup>40</sup>. Basti pensare agli elettroshock, al divieto di specifiche pratiche sessuali ed affettive, alle numerose e sempre incerte diagnosi psichiatriche.

In questa sede, ci soffermeremo su una questione fondamentale che, a nostro avviso, è piuttosto esplicativa del ruolo che la bioetica potrebbe giocare nell'eliminazione delle ingiustizie sociali vissute dalle persone LGBT. Si tratta di una tematica che rientra a pieno titolo nel campo della salute mentale e che si interfaccia intimamente con la bioetica. Ci riferiamo, cioè, alle diagnosi psichiatriche passate ed attuali rivolte agli orientamenti sessuali e alle identità di genere. Proveremo, dunque, a tracciare brevemente le storie delle diagnosi psichiatriche di omosessualità e transgenderismi<sup>41</sup>. Non a caso utilizziamo il termine "storia" al plurale. Omosessualità e transgenderismi non sono infatti sinonimi e la psichiatria ha destinato a queste due dimensioni esiti differenti, seppur intrecciati in alcuni punti.

L'omosessualità è stata considerata una patologia mentale sin dalla prima edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM)<sup>42</sup> e inserita tra i «Disturbi sociopatici di personalità». Nella seconda

---

39 T. POWELL, M.B. FOGLIA, *The time is now: Bioethics and LGBT issues*, in T. Powell, M.B. Foglia (a cura di), *LGBT Bioethics: Visibility, Disparities, and Dialogue, special report, Hastings Center Report*, 44(5), 2014, 2-3.

40 *Ibidem*.

41 Per una trattazione più esaustiva sul percorso storico dei transgenderismi, si rimanda ad alcuni lavori di chi scrive, tra cui P. VALERIO, M. BOTTONE, R. GALIANI, R. VITELLI, *Il Transessualismo. Saggi Psicoanalitici*, Milano, 2001; R. VITELLI, P. VALERIO, *Sesso e genere. Uno sguardo tra storia e nuove prospettive*, Napoli, 2012.

42 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, First Edition (DSM-I)*. Washington, DC, APA, 1952.

edizione del DSM<sup>43</sup>, l'omosessualità fu invece considerata una deviazione sessuale, alla stregua della pedofilia e della necrofilia, trovando posto tra i «Disturbi mentali non psicotici». Nel 1972, alcuni psichiatri dimostrarono l'inconsistenza di una siffatta diagnosi, richiedendo la depatologizzazione della stessa. La decisione di eliminare la diagnosi fu presa unanimemente da 13 componenti dell'*American Psychiatric Association* (APA). Su proposta di Socarides e Bieber, due psichiatri di stampo psicoanalitico a favore della patologizzazione dell'omosessualità, tale decisione venne sottoposta a referendum. Tutti gli iscritti dell'APA dovettero votare pro o contro l'eliminazione della diagnosi. Il risultato fu favorevole, grazie al 58% dei partecipanti. Nel 1973, dunque, l'omosessualità venne eliminata dal DSM, ma fu creata una nuova diagnosi definita «Omossessualità egodistonica» indicante quella sofferenza dovuta all'incapacità di accettare la propria omossessualità non riuscendo ad integrarla nella propria persona. Bisognerà attendere il 1990 per la completa e definitiva derubricazione dell'omosessualità che entrò in vigore con la quarta edizione del DSM<sup>44</sup> (APA, 1994). Sempre nel 1990 anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) eliminò l'omosessualità dall'elenco delle malattie mentali definendola come «una variante naturale del comportamento sessuale umano». Al contrario dell'omosessualità, la diagnosi relativa alle identità di genere non conformi ha una storia più recente, che comincia nel 1980, precisamente con la terza edizione del DSM<sup>45</sup>. In questa edizione del manuale, si utilizzava l'etichetta diagnostica di «Transessualismo» collocata nel capitolo «Disturbi Psicosessuali» e, nello specifico, nel sotto-capitolo «Disturbi dell'Identità di Genere». Le diagnosi erano: «Transessualismo», «Disturbo dell'Identità di Genere nell'Infanzia» e «Disturbo Atipico dell'Identità di Genere». La revisione della terza edizione del DSM<sup>46</sup> comportò notevoli modifiche. Il transessualismo venne collocato nel capitolo dei «Disturbi Solitamente Diagnosticati per la Prima Volta nell'Infanzia, nella Fanciullezza e nell'Adolescenza». Nello specifico, si annoveravano le seguenti diagnosi: «Transessualismo», «Disturbo dell'Identità di Genere nell'Adolescenza e nell'Età Adulta – Tipo Non-Transessuale» (GIDAANT) e «Feti-

43 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Second Edition* (DSM-II). Washington, DC, APA, 1968.

44 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM IV. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*. Milano, 1994, 1996.

45 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM III. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*. Milano, 1980, 1983.

46 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM III-R. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*. Milano, 1987, 1988.

cismo da Travestitismo». Nella quarta edizione del DSM<sup>47</sup>, così come nella sua revisione<sup>48</sup>, il transessualismo viene incorporato nei «Disturbi dell'Identità di Genere» (DIG), specificamente nella sezione «Disturbi Sessuali e dell'Identità di Genere». A seconda del momento evolutivo – infanzia, adolescenza o età adulta – sono fornite diagnosi differenti con specifici sintomi. Attualmente, con la pubblicazione della quinta edizione del DSM<sup>49</sup>, non si parla più di DIG, ma di «Disforia di Genere». È da sottolineare che, con l'eccezione della revisione del DSM-III, il transessualismo è sempre stato posto al fianco o delle Parafilie o dei Disturbi Sessuali. Le identità di genere non conformi al sesso assegnato alla nascita, dunque, ancora oggi sono considerate da una prospettiva patologizzante. Tutte le voci esterne<sup>50</sup> che premevano affinché con la pubblicazione del DSM-5 questa condizione identitaria fosse depatologizzata sono state considerate dalla psichiatria solo fino ad un certo punto. Sono state, infatti, apportate notevoli ed importanti modifiche diagnostiche che, in qualche modo, percorrono una strada meno patologizzante di quella degli anni passati<sup>51</sup>, ma la diagnosi è rimasta e, con essa, le problematiche etiche che comporta. Sebbene l'omosessualità sia stata da anni depatologizzata, ancora oggi sussistono una serie di tecniche terapeutiche che si proporrebbero di modificare l'orientamento sessuale del cliente. Si tratta delle cosiddette *terapie riparative* che tentano di convertire l'omosessualità del cliente in eterosessualità, da un'ottica per l'appunto riparativa<sup>52</sup>. L'efficacia di queste terapie non è mai stata dimo-

---

47 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM IV. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*. Milano, 1994, 1996.

48 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM IV-TR. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*. Milano, 2000, 2001.

49 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM-5. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*. Milano, 2013, 2014.

50 S. VANCE, P.T. COHEN-KETTENIS, J. DRESCHER, H.F.L. MEYER-BAHLBURG, F. PFÄFFLIN, K.J. ZUCKER, *Opinions about the DSM Gender Identity Disorder diagnosis: Results from an international survey administered to organizations concerned with the welfare of transgender people*, in *International Journal of Transgenderism*, 2009, 12, 1–14.

51 Per un approfondimento sulle modifiche diagnostiche apportate dalla recente pubblicazione del DSM-5, si rimanda al lavoro di Zucker e colleghi intitolato *Memo Outlining Evidence for Change*; K.J., ZUCKER, P.T. COHEN-KETTENIS, J. DRESCHER, H.F.L. MEYER-BAHLBURG, F. PFÄFFLIN, W.M. WOMACK, *Memo outlining evidence for change for Gender Identity Disorder in the DSM-5*, in *Archives of Sexual Behavior*, 2003, 42, 901–914.

52 A tal proposito, si rimanda il lettore alle *Linee Guida per il lavoro psicologico con persone omosessuali: questioni etiche e deontologiche*, pubblicate da Paolo Valerio, Dalila Barretta, Martina De Cesare, Rosalba Di Biase, Rosaria Scaram-

strata, a differenza dei danni psicologici che produce<sup>53</sup>. Il discorso non è poi così diverso per le persone transgender. Le terapie riparative, infatti, possono essere applicate anche alle persone che vivono una discordanza tra il genere percepito e quello loro assegnato alla nascita, tentando di far “rientrare” la disforia, piuttosto che, tramite un approccio affermativo, sostenere l’espressione di genere più congruente al soggettivo sentire. Come allora sostiene Solomon<sup>54</sup>, sembra che tutta la questione ruoti attorno al fatto se le omosessualità e i transgenderismi siano scelte identitarie o qualità intrinseche della persona e che la propensione a credere che si tratti di una scelta consapevole finisca per responsabilizzare il soggetto e, di rovescio, considerarlo malato, perverso, soggetto da curare.

È chiaro, dunque, che ogni forma di diagnosi psichiatrica – nonostante la sua preziosa funzione di dialogo e comprensione – e, con essa, i relativi trattamenti terapeutici, ha degli importanti risvolti di natura etica e sociale che non possono e non devono essere sottovalutati dalla comunità scientifica. È, quindi, fondamentale prestare molta attenzione all’utilizzo che si fa della diagnosi psichiatrica perché, come ben mostrano i “casi” dell’omosessualità e dei transgenderismi, si tratta sempre di nosografie dal contenuto diacronicamente variabile, le cui nozioni di patologia e normalità risentono della cultura, dell’evoluzione sociale e dei costumi. Per di più, non si può sottovalutare il ruolo della diagnosi quale potenziale propulsore di stigma sociale che molto facilmente viene interiorizzato e che, in un circolo vizioso, può manifestarsi in comportamenti di evitamento rivolti ai servizi sanitari proprio per paura di impattare con lo stigma<sup>55</sup>. La bioetica, allora, può senz’altro promuovere e diffondere un approccio critico nei confronti delle categorie nosografiche, contribuendo al processo di depatologizzazione degli universi non patologici, come nel caso delle omosessualità. Come precedentemente mostrato, infatti, la patologizzazione è spesso indotta da fattori sociali e culturali e patologizzare una condizione di per

---

bone, Elisabetta Sepe, Roberta Sorrentino e Valentina Zamparelli sul sito dell’Ordine degli Psicologi della Campania. Le linee-guida possono essere scaricate al seguente link <http://www.psicamp.it/public/opere/2832-linee%20guida%20lavoro%20psicologico-lgbt.pdf>

- 53 AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, *Insufficient evidence that sexual orientation change efforts work, says APA*, report scaricabile da <http://www.apa.org/news/press/releases/2009/08/therapeutic.aspx>
- 54 A. SOLOMON, *Identity or behavior: A moral and medical basis for LGBTQ rights*, in T. Powell, M.B. Foglia (a cura di), *LGBT Bioethics: Visibility, Disparities, and Dialogue, special report, Hastings Center Report*, 44(5), 2014, 4–5.
- 55 D. BEN-ZEEV, M.A. YOUNG, P.W. CORRIGAN, *DSM-V and the stigma of mental illness*, in *Journal of Mental Health*, 2010, 19(4), 318–327.

sé non patologica non può non avere effetti nocivi e controproducenti sulle soggettività colpite.

5. In questo lavoro, abbiamo tentato di mostrare come determinate prassi medico-legali finiscano per promuovere una visione delle differenze sessuali e di genere impregnata da pregiudizi di stampo omofobico e transfobico che poco hanno a che fare con un apporto scientifico e laico e che si allontanano dall'originario obiettivo di promozione del benessere e di tutela della persona. La bioetica deve, allora, confrontarsi con la storia ed aiutare la società ad assumersi delle responsabilità per il passato ed il presente. Il rischio, altrimenti, è l'assoggettamento della stessa bioetica a quegli apparati di poteri che hanno rappresentato il *fil rouge* del presente lavoro. La bioetica, allora, potrebbe intervenire sulle questioni legate agli orientamenti sessuali e alle identità di genere ponendo al centro del suo discorso il principio/diritto di autodeterminazione e riflettendo sulle prassi più corrette affinché le discipline mediche e legali mantengano la propria posizione statutaria senza, però, intaccare questo diritto. Siamo, infatti, fermamente convinti che la disciplina della bioetica, in una funzione prettamente applicativa data la sua trasversalità ai più diversi saperi delle scienze umane, potrebbe indubbiamente facilitare l'instaurazione di un dialogo laico e basato su valori e principi morali universali che non potrebbero che facilitare la promozione del benessere bio-psico-sociale dei gruppi minoritari stigmatizzati. D'altronde, nella sua accezione più pulita, la bioetica va intesa quale scienza che regola il comportamento umano nel settore della vita e della salute. Noi pensiamo che ciò che vada regolato non è certamente il comportamento umano delle *minoranze*, quanto quelle delle *maggioranze* e, ancor meglio, dei dispositivi scientifici che hanno il potere di patologizzare e, quindi, anche di depatologizzare la variabilità – sempre ricca e interessante – degli esseri umani.