

La Biblioteca di Progetto Gay

**PROPOSTA DI DECLASSIFICAZIONE DELLE CATEGORIE
DI MALATTIA RELATIVE ALL'ORIENTAMENTO SESSUALE
nella International Statistical Classification of Diseases and
Related Health Problems (ICD-11)**

ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ
Gruppo di Lavoro sulla classificazione dei disordini sessuali
e sulla salute sessuale

Traduzione italiana di Project

7 settembre 2016

Indice

1	PRESENTAZIONE DI PROJECT	1
2	Composizione del Gruppo di Lavoro	3
3	DOCUMENTO	5

Capitolo 1

PRESENTAZIONE DI PROJECT

L'omosessualità, nel corso della storia, ha dovuto fare i conti con lo strapotere e con l'arbitrio della religione, del diritto e della medicina, ma sarebbe meglio dire, della cosiddetta religione, del cosiddetto diritto e della cosiddetta medicina. Quando la religione dominava la scena, l'omosessualità era identificata come peccato innominabile "contro natura", quando poi il diritto riuscì ad affermarsi, l'omosessualità fu identificata come delitto contro la legge, espressione quest'ultima, del diritto naturale, come si vede il concetto di "contro natura" rimase comunque in piedi. Il diritto ereditò di fatto molte categorie della religione e Costantino e Teodosio sanzionarono l'omosessualità con la pena del rogo, giustificando la loro scelta esclusivamente con motivazioni religiose. Quando la sessualità non fu più solo questione di morale o di diritto penale ma divenne anche una questione medica, l'omosessualità divenne una "patologia sessuale" ossia un comportamento anomalo e in un certo senso deviante da quella che si riteneva la vera sessualità "secondo natura", anche in questo caso l'idea della omosessualità contro natura rimaneva in piedi, quantunque sulla base di categorie scientifiche, ma sarebbe meglio dire pseudo-scientifiche.

Le persone più consapevoli della verità storica e più intellettualmente oneste (e non parlo solo di omosessuali), cominciarono ben presto a porsi domande su che cosa significasse l'espressione "contro natura" a giunsero rapidamente a capire che "in natura" non vi è nulla che sia "contro natura". Nel 1785, Jeremy Bentham scrisse: "Stupisce che nessuno abbia ancora immaginato che sia peccaminoso grattarsi dove prude, e che non sia mai stato definito che l'unico modo naturale di grattarsi è con questo o quel dito e che è contro natura grattarsi con qualsiasi altro dito."

Molti studiosi, tra i quali lo stesso Bantham, ebbero a cuore la depenaliz-

zazione dell'omosessualità. La strada fu lunga e difficile. Non solo non si giunse alla depenalizzazione dell'omosessualità ma si accreditò l'idea che l'omosessualità fosse una malattia, qualcosa da curare, prima che da reprimere. Ovviamente fin dalla fine dell'800 alcune menti illuminate, come John Addington Symonds, cercarono di diffondere l'idea della omosessualità come variante normale della sessualità umana, ma i tempi non erano ancora maturi.

Nella classificazione dei disordini mentali e comportamentali contenuta nella decima formulazione del documento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per la classificazione delle malattie (ICD-10), l'omosessualità non è più in alcun modo considerata una malattia e si riconosce l'esistenza di forme distoniche di tutti gli orientamenti sessuali. Si tratta di un risultato che è stato raggiunto dopo un lavoro di validazione scientifica durato decenni, accettato non senza perplessità da parte di alcuni.

Per il 2017 è attesa la pubblicazione dell'ICD-11. L'OMS ha costituito un Gruppo di lavoro per la classificazione dei disordini sessuali e la salute sessuale, per formulare proposte e raccomandazioni relative alla definizione dell'ICD-11 in quelle materie.

Il testo che potete leggere nel seguito è la traduzione italiana delle Proposte del Gruppo di lavoro che mirano alla totale eliminazione dall'ICD-11 delle categorie relative all'orientamento sessuale e all'identità di genere. Si tratta di un passo fondamentale, perché mira a non considerare più malattie i fenomeni di stress derivanti dall'omofobia diffusa (per quanto riguarda gli omosessuali) o da usi socialmente imposti, come i matrimoni combinati (per quanto riguarda gli eterosessuali).

Progetto Gay ha sempre sostenuto, sulla base di una osservazione attenta della realtà, che i fenomeni di stress manifestati dagli omosessuali non sono in nessun modo imputabili all'omosessualità in sé, quanto piuttosto all'omofobia che ne condiziona la libera espressione.

Non c'è bisogno di dire che le proposte del Gruppo di lavoro dell'OMS non solo rappresentano un passo avanti, ma mettono fine una volta per tutte all'idea che i disturbi legati all'orientamento sessuale siano patologici e ne riconoscono l'origine sociale. Le conseguenze di queste affermazioni sono enormi, le cosiddette terapie riparative ne risultano radicalmente svuotate, perché in esse si cercherebbe di guarire una malattia che non esiste, e per di più ne esce rafforzata l'idea di dedicare risorse non alla cura degli omosessuali ma ad una educazione seria della popolazione generale in tema di sessualità.

Capitolo 2

Composizione del Gruppo di Lavoro

Susan D Cochran (Department of Epidemiology, Fielding School of Public Health, 640 Charles E Young Dr S, University of California, Los Angeles, California, 90024-1772, United States of America (USA).),

Jack Drescher (New York Medical College, New York, USA.),

Eszter Kismödi (Consultant, World Health Organization, Geneva, Switzerland.),

Alain Giami (Centre for Research in Epidemiology and Population Health, Institut de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), Kremlin-Bicêtre, France.),

Claudia García-Moreno (Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, Geneva, Switzerland.),

Elham Atalla (Primary Care and Public Health Directorate, Ministry of Health, Manama, Bahrain.),

Adele Marais (Department of Psychiatry and Mental Health, University of Cape Town, Cape Town, South Africa.),

Elisabeth Meloni Vieira (Ribeirão Preto Medical School, University of São Paulo, São Paulo, Brazil).

Geoffrey M Reed (Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, Switzerland.)

Indirizzo per la corrispondenza:

Susan D Cochran (e-mail: cochran@ucla.edu).

(Inviato: 10 Gennaio 2014 – Versione rivista ricevuta: 23 Aprile 2014 – Accettato: 23 Aprile 2014 – Pubblicato online: 17 Giugno 2014.)

Bulletin of the World Health Organization 2014;92:672-679.
doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.135541>

Capitolo 3

DOCUMENTO

La responsabilità istituzionale fondamentale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) è lo sviluppo e l'aggiornamento dei sistemi di classificazione internazionali relativi alla salute come l'International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)¹ (Riquadro 1). Attualmente l'Organizzazione Mondiale della Sanità sta rivedendo l'ICD ed è stato annunciato che la revisione undicesima (ICD-11) sarà pubblicata nel 2017. Come parte di questo lavoro di revisione, il Dipartimento di salute mentale, abuso di sostanze e salute e ricerca riproduttiva dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha accreditato un gruppo di lavoro sulla classificazione dei disordini sessuali e salute sessuale (che sarà chiamato d'ora in poi Gruppo di lavoro). Il Gruppo è incaricato della revisione e della produzione di raccomandazioni pertinenti alle categorie relative alla sessualità nel capitolo sui disordini mentali e comportamentali della precedente versione; ICD-10. Prima di formulare le sue raccomandazioni, è stato richiesto al Gruppo di Lavoro di considerare i progressi scientifici sostanziali che hanno avuto luogo a partire del 1990, quando l'ICD-10 fu pubblicato.

Riquadro 1 - Struttura della classificazione statistica internazionale delle malattie e relativi problemi di salute, versione 10

La classificazione internazionale della malattie e relativi problemi di salute (ICD) è la classificazione ufficiale della malattie, delle condizioni di salute e dei relativi problemi di salute dell'Organizzazione Mondiale della sanità (WHO). Essa è usata per assegnare la morbilità e la mortalità umana a specifiche categorie.

I 194 Stati membri del WHO concordano di usare l'ICD come standard per raccogliere e diffondere informazioni relative a condizioni di salute. Questo

permette il controllo sistematico della morbilità e della mortalità per malattia a livello internazionale nel corso del tempo.

L'ICD è usato anche per orientare le cure cliniche e la ricerca, per distribuire le risorse e monitorare i progressi nel raggiungimento degli obiettivi di salute pubblica.

La classificazione è organizzata in 21 capitoli, ciascuno contenente malattie o categorie relative alla salute o entrambe, e include:

Capitolo V. Disordini mentali e del comportamento Le categorie F includono le categorie F-66: disordini psicologici e comportamentali associati con lo sviluppo e l'orientamento sessuale.

XXI. Fattori che influenzano lo stato di salute e il contatto con i servizi sanitari Le categorie Z includono le categorie Z-70: counselling relativo all'attitudine, al comportamento e all'orientamento sessuale.

Nell'ICD-10, i disordini mentali e comportamentali comprendono i "Disordini psicologici e comportamentali associati con lo sviluppo e l'orientamento sessuale" codificati come categorie F66 (Tavola 1). Anche se le categorie F66 menzionano l'identità di genere, storicamente le categorie sono emerse dalla precedente classificazione dell'orientamento sessuale. Il Gruppo di lavoro raccomanda che le categorie F66 siano completamente eliminate. In questo documento, gli autori, che hanno partecipato al Gruppo di lavoro, riassumono la motivazione di questa raccomandazione, con particolare riferimento alle preoccupazioni relative all'orientamento sessuale. Una recensione delle raccomandazioni del gruppo di lavoro relative all'identità di genere è stata pubblicata altrove.²

**PROPOSTA DI DECLASSIFICAZIONE DELLE CATEGORIE DI
MALATTIA RELATIVE ALL'ORIENTAMENTO SESSUALE
nell'International Statistical Classification of Diseases and Related
Health Problems (ICD-11)**

Susan D Cochran, Jack Drescher, Eszter Kismödi, Alain Giami, Claudia García-Moreno, Elham Atalla, Adele Marais, Elisabeth Meloni Vieira e Geoffrey M Reed

Volume 92, Number 9, September 2014, 672-679.

Tavola 1. Categorie F66 nell'ICD-10: disordini psicologici e comportamentali associati con lo sviluppo e l'orientamento^a

Codice ^b	Nome della categoria	Descrizione
F66.0	Disordine della maturazione sessuale	L'individuo è incerto circa la sua identità di genere o il suo orientamento sessuale che causano ansia e depressione. Molto frequentemente questo capita negli adolescenti che non sono sicuri di essere di orientamento omosessuale, eterosessuale o bisessuale, e in individui che, dopo un periodo di orientamento sessuale apparentemente stabile e spesso all'interno di una relazione di lunga durata, trovano che il loro orientamento sessuale sta cambiando
F66.1	Orientamento sessuale ego-distonico	L'identità di genere o la preferenza sessuale non sono in dubbio ma l'individuo vorrebbe che fossero diverse a causa di disordini psicologici e comportamentali associati e potrebbe richiedere un trattamento per cambiarle
F66.2	Disordine della relazione sessuale	L'identità di genere o l'anormalità della preferenza sessuale sono responsabili di difficoltà nel formare o mantenere una relazione con un partner sessuale
F66.8	Altri disordini dello sviluppo psicosessuale	NA
F66.9	Disordine dello sviluppo psicosessuale non specificato	NA

a Il solo orientamento sessuale non deve essere considerato un disordine.

b I seguenti codici di cinque caratteri possono essere usati per indicare variazioni dello sviluppo sessuale o dell'orientamento, che possono essere problematiche per l'individuo: F66.x0 – eterosessuale; F66.x1 – omosessuale; F66.x2 – bisessuale (da usarsi solo quando c'è una chiara evidenza dell'attrazione sessuale verso membri di entrambi i sessi); e F66.x8 – altro, inclusi i prepuberi, dove x è la cifra dopo il punto decimale per la categoria rilevante nella tabella.

ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, decima revisione; NA: non applicabile.

L'orientamento sessuale è un argomento controverso: a livello internazionale, l'omosessualità e le altre forme di espressione dell'orientamento verso lo stesso sesso sono stigmatizzate,^{3,4} Nel 1948, l'OMS ha pubblicato l'ICD-6, che è stato la prim versione dell'ICD ad includere una classificazione dei disturbi mentali. Anche se l'ICD-6 classificava l'omosessualità come una deviazione che si presumeva riflettesse un sottostante disordine di personalità, ricerche successive non supportarono questo punto di vista.⁵ E inoltre, recenti indagini dimostrano che il comportamento omosessuale è un aspetto largamente prevalente della sessualità umana.⁶⁻¹⁵ Nell'ultimo mezzo secolo, molti sistemi di classificazione,^{16,17} compreso l'ICD,¹ hanno gradualmente rimosso le diagnosi che una volta definivano l'omosessualità di per sé come un disordine mentale. Questi cambiamenti riflettono sia gli standard emergenti dei diritti umani che la mancanza di evidenza empirica a supporto della patologizzazione e della medicalizzazione delle espressioni dell'orientamento sessuale.^{3,4}

Nell'ICD-10 si afferma espressamente che "l'orientamento sessuale, di per sé, non deve essere considerato un disordine". Tuttavia le descrizioni delle categorie F66 (Tavola 1) suggeriscono che esistono disordini mentali che sono collegati unicamente all'orientamento sessuale e all'espressione di genere. La nostra revisione di merito sul mantenimento di queste categorie è guidata da tre principi fondamentali: (i) ottimizzare l'utilità clinica (ad esempio, identificando le persone che hanno bisogno di un trattamento di salute mentale e i servizi che esse richiedono); (ii) soddisfare le esigenze di sorveglianza della salute pubblica; e (iii) facilitare la ricerca.¹⁸ La revisione è stata guidata anche da un quarto principio: la consapevolezza degli standard dei diritti umani approvati dalle Nazioni Unite.¹⁹ Come affermato dall'Alto Commissario delle Nazioni Unite per i Diritti Umani, "Tutte le persone, inclusi lesbiche, gay, bisessuali e transgender (LGBT), hanno il diritto di godere delle tutele previste dalle leggi internazionali sui diritti umani, inclusi il rispetto dei diritti alla vita, la sicurezza della persona e la privacy, il diritto di essere liberi dalla tortura, dall'arresto e dalla detenzione arbitraria, il diritto di essere liberi dalla discriminazione e il diritto alla libertà di espressione, di organizzazione e di riunione pacifica."²⁰ Organismi professionali internazionali, come l'Associazione mondiale per la salute sessuale e la Federazione internazionale della pianificazione familiare, hanno anche affermato che i diritti sessuali, inclusi i diritti relativi all'espressione dell'orientamento sessuale, sono parte integrante dei diritti umani.^{21,22}

Considerazioni generali

Dobbiamo ora considerare diversi problemi sollevati dalla presenza delle categorie F66 nell'ICD-10 e come questi problemi hanno influenzato le raccomandazioni formulate dal gruppo di lavoro.

Disturbo mentale

Una questione fondamentale è se le categorie F66 individuino i soli disturbi mentali, e qui si pone la questione di base: Che cosa è un disturbo mentale? Nel 2011, il Gruppo consultivo internazionale per la Revisione dei disturbi mentali e comportamentali dell'ICD-10 propose di mantenere la seguente definizione dei disturbi mentali e comportamentali contenuta nell'ICD-10 “una serie clinicamente riconoscibile di sintomi o di comportamenti associati in molti casi con ansia e che interferiscono con le funzioni personali”.²³ Questa definizione è abbastanza ampia da comprendere la grande varietà di disturbi mentali osservati nella pratica clinica. Tuttavia, è così ampia che potrebbe includere anche sindromi clinicamente riconoscibili quali reazioni di afflizione causate dal lutto o reazioni ai problemi quotidiani - sindromi che non erano destinate ad essere considerate come disordini mentali.²⁴ Di conseguenza, la struttura delle categorie ICD distingue tra disturbi mentali e risposte psicologiche ed emotive a particolari circostanze di vita che possono verificarsi con o senza disordine mentale. Se un disordine mentale è presente, una diagnosi appropriata (cioè una categoria di disordine mentale) può essere applicata. Ma, se non esiste alcun disordine mentale concomitante, una categoria dal capitolo dell'ICD-10 intitolato “Fattori che influenzano lo stato di salute e gli incontri con i servizi sanitari” (cioè una delle categorie Z) può essere utilizzata per indicare che un individuo si rivolge ai servizi sanitari, compresi i servizi di salute mentale, in assenza di un disordine mentale in atto. Le categorie Z esistenti includono le consulenze relative a problemi sessuali (Riquadro 1).

Inoltre, l'ICD-10 riconosce anche che fattori diversi dai disturbi mentali possono portare a comportamenti o possono creare disagi che potrebbero essere male interpretati come sintomi di disturbi mentali. Così, l'ICD afferma esplicitamente, “La devianza sociale o il solo conflitto, senza disfunzioni personali, non dovrebbero essere inclusi tra i disturbi mentali.”¹ Questa esclusione è fondamentale perché una varietà di fattori, comprese le fonti di stress ambientale e sociale e le norme culturali,²⁵ possono portare a esperienze psicologiche e a comportamenti che non riflettono necessariamente un disordine mentale sottostante. Inoltre, la disapprovazione sociale o politica ha talvolta

provocato l'abuso di diagnosi – in particolare delle diagnosi psichiatriche – al fine di molestare, zittire o imprigionare persone il cui comportamento viola le norme sociali o sfida le strutture di potere esistenti.²⁶

Orientamento sessuale

l'orientamento sessuale si riferisce ad una persistente tendenza a provare attrazione sessuale, fantasie e desideri e ad impegnarsi in comportamenti sessuali con partner del sesso preferito. Quando gli individui si classificano sulla base delle proprie attrazioni sessuali, dei propri desideri e dei propri comportamenti, sono descritti come persone che hanno adottato una identità di orientamento sessuale: per esempio, gay, lesbiche o eterosessuali. Le cause dell'orientamento sessuale non sono note, ma è probabile che riflettono un misto di genetica, di esposizione ormonale prenatale, di esperienza di vita e di fattori sociali contestuali.²⁷

Quattro importanti conclusioni si possono trarre dalle indagini sul comportamento sessuale in diversi paesi.⁶⁻¹⁵ In primo luogo, la varietà di orientamento sessuale è onnipresente, con la grande maggioranza che si identifica come eterosessuale e una significativa minoranza che indica altre identità. In secondo luogo, i modelli di identità sessuale segnalati e il comportamento variano con le caratteristiche socio-demografiche, quali il sesso, l'età, la razza o l'etnia. Ad esempio, gli uomini sono più propensi a identificarsi come gay piuttosto che come bisessuali, mentre il contrario accade per le donne. In terzo luogo, ci sono prove che un'espressione incoerente dell'orientamento sessuale è associata a fattori sociali ed economici, piuttosto che alla psicopatologia. In quarto luogo, l'identità dell'orientamento sessuale non è fissa per ciascuna persona e i cambiamenti che si verificano nel corso della vita non sempre seguono un percorso lineare, dentro o fuori dell'eterosessualità o della omosessualità.²⁸ La ricerca sullo sviluppo dell'espressione dell'orientamento sessuale, sia implicitamente negli studi generali sugli adolescenti e i giovani adulti²⁹ sia esplicitamente negli studi incentrati su lesbiche, gay, bisessuali e transgender,³⁰ ha trovato che l'insorgenza del comportamento sessuale, dell'attrazione e del desiderio si verifica in genere nell'adolescenza. Questi studi hanno anche trovato una variabilità sostanziale nei modelli di espressione sessuale, sia tra gli individui che all'interno degli individui nel corso del tempo. Gli andamenti osservati negli adolescenti differiscono da quelli osservati negli adulti e sono in linea con la progressiva acquisizione di esperienza nella sessualità e con la formazione di relazioni strette. Tra gli individui con un comportamento, con attrazioni, o con identità orientate verso lo stesso sesso, un modello variabile è la norma piuttosto che l'eccezione. Data questa

variabilità, è difficile identificare un modello distinto di anormale espressione dell'orientamento sessuale. Inoltre, la diversità da sola non è un criterio sufficiente per la diagnosi di un disordine mentale.^{1,23}

Devianza sociale

C'è una forte evidenza che l'orientamento sessuale può essere associato con un sostanziale stress sociale.³¹ L'orientamento verso lo stesso sesso è legato alla violenza, allo stigma sociale, all'esclusione e alla discriminazione in tutto il mondo.³² La violenza contro le persone percepite come lesbiche, gay, bisessuali o transgender è stata documentata come particolarmente pericolosa e spesso comporta un elevato grado di brutalità.³³ Le organizzazioni internazionali, regionali e molte organizzazioni nazionali dei diritti umani vietano la discriminazione sulla base dell'orientamento verso lo stesso sesso e hanno esplicitamente invitato gli stati a fare tutti gli sforzi possibili per eliminare la discriminazione e il pregiudizio.³⁴ Inoltre, diversi paesi hanno disposizioni di legge (ad esempio, statuti sui crimini d'odio), che specificamente affrontano i crimini commessi sulla base dell'orientamento sessuale o della identità di genere.³⁵ Tuttavia, in molti paesi, si applica ancora la legge penale contro l'attività omosessuale consensuale.³² Gli organismi internazionali, regionali e nazionali per i diritti umani hanno esplicitamente chiesto agli stati di porre fine questa pratica.³⁶⁻³⁹

Di conseguenza, la clausola di esclusione della devianza sociale nell'ICD è particolarmente rilevante nella revisione delle categorie F66. Se un'etichetta di malattia deve essere collegata a una condizione sociale, è essenziale che abbia una utilità clinica dimostrabile, per esempio, identificando un legittimo bisogno di salute mentale, e il suo uso non dovrebbe aggravare lo stigma esistente, la violenza e la discriminazione.

REVISIONE DELLE ATTUALI CATEGORIE F66

Disturbo della maturazione sessuale (F66.0)

Il concetto di sviluppo psicosessuale, che ha le sue radici nelle teorie psicoanalitiche,³ si riferisce allo sviluppo del proprio senso di identità di genere, dell'orientamento sessuale e dei comportamenti di ruolo di genere.²⁷ Secondo la teoria freudiana, i bambini nascono con una serie diffusa di attrazioni sessuali che si fondono con l'età in un modello eterosessuale coerente di espressione sessuale. La presunta interruzione di questo processo ipotizzato è la base concettuale per il disturbo della maturazione sessuale. I nuclei

diagnostici di base sono i seguenti: (i) l'incertezza sulla propria identità di genere o sul proprio orientamento sessuale; e (ii) angoscia per l'incertezza, piuttosto che per la particolare identità di genere o di orientamento sessuale.

Una preoccupazione immediata è se il disturbo della maturazione sessuale confonde i modelli evolutivi all'interno della gamma normale con i processi patologici. La ricerca dimostra ripetutamente che gli indicatori di emergente orientamento sessuale verso lo stesso sesso sono variabili nel tempo nel loro aspetto, con il processo che inizia di solito nella tarda infanzia o nella prima adolescenza.³⁰ Inoltre, durante questo periodo, le persone che presentano un orientamento sessuale verso lo stesso sesso o una non conformità di genere possono anche sperimentare stress sociale derivante dallo stigma associato all'orientamento omosessuale.²⁰ Tuttavia, tale disagio non è attribuito a un disturbo della maturazione sessuale a causa dell'esclusione della devianza sociale dalla ICD.

Orientamento sessuale ego-distonico (F66.1)

Il concetto di omosessualità ego-distonica è stato inizialmente incorporato nella classificazione dei disturbi mentali come parte del processo di costruzione del consenso relativo alla rimozione dell'omosessualità in quanto tale dal Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali dell'*American Psychiatric Association* nel 1974,⁴⁰ L'omosessualità poteva ancora fornire la base per una diagnosi secondo il manuale, ma solo se l'individuo era in condizione di stress per un'omosessualità indesiderata. Nel 1987, anche questa diagnosi è stata rimossa. Tuttavia, il concetto è stato incorporato nell'ICD-10, che è stato approvato nel 1990, come parte di un insieme di modifiche parallele a quelle fatte nel Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali più di un decennio prima. Anche se l'omosessualità di per sé è stata rimossa come categoria diagnostica nell'ICD-10, la classificazione descrive l'orientamento sessuale ego-distonico come segue: "l'identità di genere o la preferenza sessuale non sono in dubbio, ma l'individuo vorrebbe fossero diverse a causa dei disturbi psicologici e comportamentali associati e può cercare il trattamento per cambiarle."¹ La descrizione invoca l'identità di genere, ma l'intenzione, almeno storicamente, è stata quella di affrontare una situazione clinica in cui gli individui esprimono un desiderio di sviluppare attrazioni eterosessuali che essi non sentono o di alleviare il disagio per un orientamento omosessuale indesiderato.

L'evidenza mostra che le persone lesbiche, gay e bisessuali spesso riferiscono un più elevato livello di stress rispetto alla persone eterosessuali.

Tuttavia, l'elevato livello di disagio è stato collegato in modo molto solido con le maggiori esperienze di rifiuto sociale e di discriminazione.⁴¹ In assenza di un desiderio attivo di liberarsi del proprio orientamento sessuale attuale, l'angoscia legata all'orientamento sessuale non soddisfa la definizione di orientamento sessuale ego-distonico. Inoltre, se lo stress deriva dall'avversità sociale, ricade nell'esclusione della devianza sociale della ICD. Ci sono diverse condizioni socialmente stigmatizzate, come la malattia fisica o la povertà,⁴²⁻⁴³ che sono anche suscettibili di causare angoscia. Queste condizioni potrebbero essere etichettate come "ego-distoniche" nella misura in cui esse sono indesiderate, ma l'ICD non considera tale disagio come costituente un disturbo mentale.

Disturbo della relazione sessuale (F66.2)

Il disturbo della relazione sessuale descrive una sindrome clinica in cui un'anormale preferenza sessuale o un'anormale identità di genere rendono difficile la formazione o il mantenimento di un rapporto con un partner sessuale. Generalmente le diagnosi dell'ICD riflettono disturbi a livello individuale, ma il disturbo del disordine della relazione sessuale è diadico per definizione. Le difficoltà nelle relazioni con i partner sessuali sono all'ordine del giorno e si verificano per molti motivi. Inoltre, l'ICD-10 non include una classificazione per i disturbi di relazione a causa di altri fattori che possono intervenire. Non vi è alcuna giustificazione per la creazione di una categoria di disturbo mentale che è specificamente basata sulla co-occorrenza di problemi di relazione con problemi di orientamento sessuale o di identità di genere.

Altro (F66.8), disturbi non specificati (F66.9)

La categoria "Altri disturbi dello sviluppo psicosessuale" è una categoria di esclusione che viene utilizzata per classificare i disturbi che i medici determinano essere di natura psicosessuale, ma non soddisfano i requisiti delle altre categorie F66. Anche se l'ICD-10 non definisce cosa costituisce un disturbo dello sviluppo psicosessuale, l'orientamento sessuale è chiaramente al centro del concetto, data la sua importanza nelle categorie F66. Una delle principali preoccupazioni è che questa categoria non dà informazioni specifiche su ciò che viene trattato, né indica quale potrebbe essere un trattamento adeguato. Piuttosto, sembra fornire l'opportunità di applicare una non definita diagnosi di disturbo mentale agli individui con un orientamento omosessuale. Questa opportunità è estesa anche dalla categoria "disturbo dello sviluppo psicosessuale, non specificato".

Si devono conservare la categorie F66?

Consideriamo ora se le categorie F66 debbano essere conservate nel contesto dei quattro principi fondamentali che hanno ispirato le raccomandazioni del Gruppo di lavoro. In particolare, ci soffermiamo sulla loro utilità clinica, sul loro impiego per la sorveglianza della salute pubblica e sulle conseguenze negative della loro conservazione.

Utilità clinica

L'utilità clinica è maggiore quando le categorie diagnostiche forniscono informazioni utili, sono comunemente comprese dagli operatori sanitari e contribuiscono a selezionare interventi appropriati ed efficaci.¹⁸ In questo contesto, ci si può chiedere: come sono trattate attualmente le persone lesbiche, gay e bisessuali negli ambienti di cura della salute mentale? Le indagini sui professionisti della salute mentale nel Regno Unito di Gran Bretagna e Irlanda del Nord e negli Stati Uniti d'America rivelano che la maggior parte di essi ha esperienza del trattamento di persone con un orientamento verso lo stesso sesso.^{44,45} Inoltre, questi individui spesso richiedono i servizi in una proporzione pari o superiore rispetto agli eterosessuali⁴⁶ Questi fatti suggeriscono che, se le categorie F66 fossero in realtà di uso comune, ci dovrebbe essere la prova di tale uso. Invece, sembra comunque che le persone con un orientamento omosessuale in genere ricevano un trattamento per disturbi mentali comuni, come la depressione, i disturbi d'ansia e i problemi con l'uso di sostanze. Nell'unico studio sul contenuto delle preoccupazioni comuni tra le persone con un orientamento omosessuale, le preoccupazioni circa l'orientamento sessuale erano relativamente rare.⁴⁷

Un argomento per conservare le categorie F66 è che esse possono migliorare l'accuratezza diagnostica, perché possono essere utilizzate per gli individui che si presentano con preoccupazioni circa l'orientamento sessuale o l'identità di genere. Ad esempio, alcuni medici possono vedere il disturbo della relazione sessuale o il disturbo della maturazione sessuale come una diagnosi alternativa ad un disturbo dell'identità di genere. Allo stesso modo, l'angoscia sulla propria vita nel contesto dell'orientamento verso lo stesso sesso può apparire tale da giustificare una diagnosi di orientamento sessuale ego-distonico. Tuttavia, non è chiaro se l'assegnazione di categorie supplementari o alternative basate sull'orientamento sessuale in realtà migliori la precisione diagnostica, soprattutto in considerazione dei consistenti problemi di cui sopra. Al contrario, l'esistenza di queste categorie può essere dannosa

perché esse attirano l'attenzione sui contenuti (ad esempio sulla rottura di una relazione con un partner dello stesso sesso in contrasto con la rottura di una relazione con un partner di sesso diverso) o su caratteristiche individuali che non sono clinicamente significative o che trasformano in patologiche reazioni normative [cioè reazioni a imposizioni]. In una ricerca sui database di Medline, Web of Science e PsycINFO, il gruppo di lavoro ha trovato che le categorie di disordine della maturazione sessuale e di disordine della relazione sessuale non avevano generato alcuna pubblicazione scientifica al 10 gennaio 2014. L'ultimo riferimento alla "omosessualità ego-distonica" soggetto a revisione è stato pubblicato nel 1995.⁴⁸ Le pubblicazioni sullo sviluppo psicosessuale esistono, ma non ne abbiamo trovato alcuna sui disturbi dello sviluppo psicosessuale.

Inoltre, una ricerca in letteratura non ha trovato alcun riferimento al trattamento basato sull'evidenza per i disturbi F66. Inoltre, non è risultata alcuna prova che la preoccupazione circa l'identità di genere o l'orientamento sessuale richiedano interventi particolari che sono sostanzialmente diversi dai metodi comuni di trattamento del disagio, dell'ansia, della depressione e di altri disturbi mentali. La migliore assistenza clinica per persone con un orientamento omosessuale non differisce da quella delle loro controparti eterosessuali.⁴⁹ Le terapie volte a cambiare l'orientamento sessuale di una persona sono state ritenute al di fuori del campo di applicazione delle pratiche etiche.^{49,50}

A volte, si solleva l'argomento che le categorie F66 potrebbero offrire una protezione per le persone con un orientamento omosessuale in alcuni paesi. Attualmente, il gruppo di lavoro è a conoscenza di sei paesi in cui il comportamento sessuale tra persone dello stesso sesso può essere punibile con la morte. Si è sostenuto che la qualificazione di alcune forme di comportamento sessuale tra persone dello stesso sesso come disturbi mentali può proteggere gli individui dall'esecuzione per omosessualità attraverso una discolta per disturbo mentale. Tuttavia, il gruppo di lavoro non è stato in grado di stabilire se una tale difesa sia stata effettivamente utilizzata, nonostante le esecuzioni sporadiche per omosessualità negli ultimi anni. Inoltre, mantenere le categorie F66 per tale finalità è incompatibile sia con i principi dei diritti umani che con lo scopo che governa l'ICD.

Sorveglianza sanitaria pubblica

Un ruolo importante dell'ICD è che fornisce un mezzo comune di sorveglianza della salute pubblica a livello internazionale. Tuttavia, le categorie

F66 contribuiscono poco, o nulla, alla sorveglianza. Non hanno generato un corpus di ricerca, non sono regolarmente segnalate all'OMS da qualsiasi Stato membro e non sono utilizzate nei calcoli del carico globale di malattia dell'OMS.

Conseguenze negative

Mantenere le categorie F66 può creare danni non necessari. Gli individui con un orientamento omosessuale possono ricevere cure non ottimali perché l'uso di queste categorie può portare a errori o a ritardi nella diagnosi e nel trattamento accurato. Mantenere queste categorie può anche essere interpretato come un sostegno ad un trattamento inefficace e immorale che si propone di incoraggiare le persone con un orientamento dello stesso sesso ad adottare un orientamento eterosessuale o un comportamento eterosessuale.⁴⁹ Dal punto di vista dei diritti umani, le categorie F66 selettivamente colpiscono le persone con non conformità di genere o con un orientamento omosessuale, senza apparente giustificazione.²⁰

Raccomandazioni

Il gruppo di lavoro raccomanda che il raggruppamento F66 di categorie dal titolo "disturbi psicologici e comportamentali associati con lo sviluppo e l'orientamento sessuale" sia cancellato nella sua interezza dall'ICD-11. Entrambe le preoccupazioni circa l'identità di genere e le difficoltà di orientamento sessuale possono certamente essere affrontate anche con altre categorie ICD. In primo luogo, le persone con un orientamento verso lo stesso sesso o con una non conformità di genere che si presentano con le relative preoccupazioni e che soddisfano anche i requisiti di definizione di un disturbo (diverso da quelli oggetto dalle categorie F66) possono ricevere una diagnosi usando categorie esistenti. Non è giustificabile partendo da un punto di vista clinico di salute pubblica o da una prospettiva di ricerca basarsi sull'orientamento sessuale per una classificazione diagnostica. In secondo luogo, le esigenze di individui senza problemi di salute mentale o senza disturbi comportamentali possono essere classificate utilizzando le categorie Z se, ad esempio, hanno bisogno di consulenza legata alla sessualità. In questo modo, l'ICD-11 può soddisfare le esigenze di persone con un orientamento dello stesso sesso in maniera conforme alla buona pratica clinica, ai principi esistenti dei diritti umani e alla missione dell'OMS.

Riconoscimenti

Ringraziamo gli altri membri del Working Group on the Classification of Sexual Disorders and Sexual Health: Rosemary Coates (Australia), Peggy Cohen-Kettenis (Netherlands), Jane Cottingham (Switzerland), Sudhakar Krishnamurti (India), Richard Bohn Krueger (USA) and Sam Winter (China).

Finanziamenti:

Susan Cochran parzialmente supportata da un premio del National Institute on Drug Abuse in the USA. WHO's Department of Mental Health and Substance Abuse ha avuto il supporto dell'International Union of Psychological Science, del National Institute of Mental Health (USA), della World Psychiatric Association, della Spanish Foundation of Psychiatry and Mental Health (Spain) e della Santander Bank UAM/UNAM endowed Chair for Psychiatry (Spagna e Messico).

Interessi in conflitto:

nessuno dichiarato.

RIFERIMENTI

1. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.

2. Drescher J, Cohen-Kettenis P, Winter S. Minding the body: situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *Int Rev Psychiatry*. 2012;24(6): 568–77. <http://dx.doi.org/10.3109/09540261.2012.741575> pmid: 23244612

3. Drescher J. Queer diagnoses: parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the diagnostic and statistical manual. *Arch Sex Behav*. 2010;39(2):427–60. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-009-9531-5> pmid: 19838785

4. O’Flaherty M, Fisher J. Sexual orientation, gender identity and international human rights law: contextualising the Yogyakarta Principles. *Human Rights Law Rev*. 2008;8(2): 207–48. <http://dx.doi.org/10.1093/hrlr/ngn009>

5. Hooker E. Reflections of a 40-year exploration. A scientific view on homosexuality. *Am Psychol*. 1993;48(4):450–3. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.48.4.450> pmid: 8512157

6. Cáceres CF, Konda K, Segura ER, Lyerla R. Epidemiology of male same-sex behaviour and associated sexual health indicators in low- and middle-income countries: 2003–2007 estimates. *Sex Transm Infect*. 2008;84 Suppl 1:i49–56. <http://dx.doi.org/10.1136/sti.2008.030569> pmid: 18647866

7. Chandra A, Mosher WD, Copen C, Sionean C. Sexual behavior, sexual attraction, and sexual identity in the United States: data from the 2006–2008 National Survey of Family Growth. *Natl Health Stat Report*. 2011 ;(36):1–36. pmid: 21560887

8. Canadian Community Health Survey [Internet]. Ottawa: Statistics Canada; 2004. Available from: <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/040615/dq040615b-eng.htm> [cited 2012 Aug 6].

9. Joloza T, Evans J, O’Brien F, Potter-Collins A. Measuring sexual identity: an evaluation report. Newport: Office for National Statistics; 2010.

10. Smith AM, Rissel CE, Richters J, Grulich AE, de Visser RO. Sex in Australia: sexual identity, sexual attraction and sexual experience among a representative sample of adults. *Aust N Z J Public Health*. 2003;27(2):138–45. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-842X.2003.tb00801.x> pmid: 14696704
11. Hayes J, Chakraborty AT, McManus S, Bebbington P, Brugha T, Nicholson S, et al. Prevalence of same-sex behavior and orientation in England: results from a national survey. *Arch Sex Behav*. 2012;41(3):631–9. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-011-9856-8> pmid: 21975923
12. Gulløy E, Normann TM. Sexual identity and living conditions: evaluation of the relevance of living conditions and data collection. Oslo: Statistics Norway; 2010.
13. Mitchell K, Graham CA. Two challenges for the classification of sexual dysfunction. *J Sex Med*. 2008;5(7):1552–8. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00846.x> pmid: 18410296
14. Barbosa RM, Koyama MA; Grupo de Estudos em População, Sexualidade e Aids. [Sexual behavior and practices among men and women, Brazil 1998 and 2005]. *Rev Saude Publica*. 2008;42 Suppl 1:21–33. Portuguese. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000800005> pmid: 18660922
15. Arredondo A, Goldstein E, Olivera M, Bozon M, Giraud M, Messich A, et al., editors. Estudio nacional de comportamiento sexual: primeros análisis. Santiago: Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Comisión Nacional del Sida; 2000. Spanish.
16. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
17. Asociación Psiquiátrica de América Latina. Guía Latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico. Guadalajara: Editorial de la Universidad de Guadalajara; 2004. Spanish.
18. Reed GM. Toward ICD-11: improving the clinical utility of WHO's international classification of mental disorders. *Prof Psychol Res Pr*. 2010;41(6):457–64. <http://dx.doi.org/10.1037/a0021701>

19. The Universal Declaration of Human Rights. New York: United Nations; 1948.
20. United Nations High Commissioner for Human Rights. Discriminatory laws and practices and acts of violence against individuals based on their sexual orientation and gender identity. New York: United Nations; 2011.
21. Sexual health for the millennium: a declaration and technical document. Minneapolis: World Association for Sexual Health; 2008.
22. Sexual rights: an IPPF declaration. London: International Planned Parenthood Federation; 2008. Available from: <http://www.ippf.org/resource/Sexual-Rights-IPPF-declaration> [cited 2014 Apr 7].
23. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *World Psychiatry*. 2011;10(2):86–92. pmid: 21633677
24. Stein DJ, Phillips KA, Bolton D, Fulford KW, Sadler JZ, Kendler KS. What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V. *Psychol Med*. 2010;40(11):1759–65. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291709992261> pmid: 20624327
25. Moreira-Almeida A, Cardeña E. [Differential diagnosis between non-pathological psychotic and spiritual experiences and mental disorders: a contribution from Latin American studies to the ICD-11]. *Rev Bras Psiquiatr*. 2011;33 Suppl 1:S21–36. Portuguese. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462011000500004> pmid: 21845333
26. Spencer I. Lessons from history: the politics of psychiatry in the USSR. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2000;7(4):355–61. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2850.2000.00297.x> pmid: 11933407
27. Hines M. Prenatal endocrine influences on sexual orientation and on sexually differentiated childhood behavior. *Front Neuroendocrinol*. 2011; 32(2):170–82. <http://dx.doi.org/10.1016/j.yfrne.2011.02.006> pmid: 21333673

28. Diamond LM. Female bisexuality from adolescence to adulthood: results from a 10-year longitudinal study. *Dev Psychol.* 2008;44(1):5–14. <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.44.1.5> pmid: 18194000

29. Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E, Singh S, Hodges Z, Patel D, et al. Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet.* 2006 11;368(9548):1706–28. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69479-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69479-8) pmid: 17098090

30. Calzo JP, Antonucci TC, Mays VM, Cochran SD. Retrospective recall of sexual orientation identity development among gay, lesbian, and bisexual adults. *Dev Psychol.* 2011;47(6):1658–73. <http://dx.doi.org/10.1037/a0025508> pmid: 21942662

31. King M, McKeown E, Warner J, Ramsay A, Johnson K, Cort C, et al. Mental health and quality of life of gay men and lesbians in England and Wales: controlled, cross-sectional study. *Br J Psychiatry.* 2003;183(6):552–8. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.183.6.552> pmid: 14645028

32. Discriminatory laws and practices and acts of violence against individuals based on their sexual orientation and gender identity. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Report No.: UN Doc A/HRC/19/41. New York: United Nations; 2011.

33. Hate crimes in the OSCE region – incidents and responses. Annual report for 2006. Warsaw: Organization for Security and Cooperation in Europe/Office for Democratic Institutions and Human Rights; 2007. Available from: <http://www.osce.org/odihr/26759> [cited 2014 May 26].

34. Sexual orientation, gender identity, and justice: a comparative law casebook. Geneva: International Commission of Jurists; 2011.

35. State of Victoria Australia. Sentencing Act of 1991 No. 49. Section 5(2) (daaa). Melbourne: Government of Victoria; 1991. Available from: [http://www.legislation.vic.gov.au/domino/Web_Notes/LDMS/LTObject_Store/ltobjst8.nsf/DDE300B846EED9C7CA257616000A3571/8C512FE2EFD8E282CA257CBD000314C9/\\$FILE/91-49aa155%20authorised.pdf](http://www.legislation.vic.gov.au/domino/Web_Notes/LDMS/LTObject_Store/ltobjst8.nsf/DDE300B846EED9C7CA257616000A3571/8C512FE2EFD8E282CA257CBD000314C9/$FILE/91-49aa155%20authorised.pdf) [cited 2014 Jun 13].

36. National Coalition for Gay and Lesbian Equality and Another v. Minister of Justice and Others. Case CCT 11/98. Decided 9 October 1998.

Constitutional Court of South Africa, paragraph 23. 1998.

37. Consideration of reports submitted by States parties under article 18 of the Convention. Concluding observations of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women. Uganda. United Nations document CEDAW/C/UGA/CO/7. New York: United Nations; 2010. Available from: http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=CEDAW/C/UGA/CO/7 [cited 2014 May 26].

38. Recommendation CM/REC(2010)5 of the Committee of Ministers to member states on measures to combat discrimination on grounds of sexual orientation or gender identity. Strasbourg: Committee of Ministers of the Council of Europe; 2010. Available from: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1606669> [cited 2014 May 26].

39. Inter-American Court of Human Rights. Caso Atala Riffo y niñas v. Chile (Fondo, Reparaciones y Costas). Inter-American Court of Human Rights decided on 2012 February 24.

40. Spitzer RL. The diagnostic status of homosexuality in DSM-III: a reformulation of the issues. *Am J Psychiatry*. 1981;138(2):210–5. pmid: 7457641

41. Mays VM, Cochran SD. Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Am J Public Health*. 2001;91(11):1869–76. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.91.11.1869> pmid: 11684618

42. Taft T, Ballou S, Keefer L. A preliminary evaluation of internalized stigma and stigma resistance in inflammatory bowel disease. *J Health Psychol*. 2013;18(4):451-60. pmid: 22689587

43. Anderson F, Freeman D. Socioeconomic status and paranoia: the role of life hassles, self-mastery, and striving to avoid inferiority. *J Nerv Ment Dis*. 2013;201(8):698–702. <http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0b013e31829c5047> pmid: 23896852

44. Garnets L, Hancock KA, Cochran SD, Goodchilds J, Peplau LA. Issues in psychotherapy with lesbians and gay men. A survey of psychologists. *Am Psychol*. 1991;46(9):964–72. <http://dx.doi.org/10.1037/0003->

066X.46.9.964 pmid: 1958015

45. Bartlett A, Smith G, King M. The response of mental health professionals to clients seeking help to change or redirect same-sex sexual orientation. *BMC Psychiatry*. 2009;9(1):11. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-9-11> pmid: 19323803

46. Cochran SD, Mays VM. A systematic review of sexual orientation and the prevalence of mental health disorders: implications for research and mental health services. In: Patterson CJ, D'Augelli R, editors. *Handbook of Psychology and Sexual Orientation*. New York: Oxford University Press; 2013: pp. 204-22.

47. Weiss BJ, Hope DA. A preliminary investigation of worry content in sexual minorities. *J Anxiety Disord*. 2011;25(2):244–50. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.09.009> pmid: 21041061

48. Weinrich JD, Atkinson JH Jr, McCutchan JA, Grant I; HNRC Group. Is gender dysphoria dysphoric? Elevated depression and anxiety in gender dysphoric and nondysphoric homosexual and bisexual men in an HIV sample. *Arch Sex Behav*. 1995;24(1):55–72. <http://dx.doi.org/10.1007/BF01541989> pmid: 7733805

49. American Psychological Association. Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients. *Am Psychol*. 2012;67(1):10–42. <http://dx.doi.org/10.1037/a0024659> pmid: 21875169

50. “Cures” for an illness that does not exist. Purported therapies aimed at changing sexual orientation lack medical justification and are ethically unacceptable. Washington: Pan American Health Organization; 2012. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=17703 [cited 2014 April 14].