

THE NEW ATLANTIS – A Journal of Technology & Society

REPORT SPECIALE

Sessualità e genere

Risultanze dalle scienze biologiche, psicologiche e sociali

Lawrence S. Mayer, M.B., M.S., Ph.D.

Paul R. McHugh, M.D.

Numero 50 – Autunno 2016

WWW.THENEWATLANTIS.COM

Traduzione, autorizzata da *The New Atlantis*, di Lucia Braghini

Testo originale inglese disponibile all'indirizzo <http://www.thenewatlantis.com/sexualityandgender>.

Nota del curatore: Le questioni relative alla sessualità e al genere toccano alcuni degli aspetti più intimi e personali della vita umana. Negli ultimi anni hanno anche vessato la politica americana. Offriamo questo report – scritto dal dr. Lawrence S. Mayer, epidemiologo con formazione in psichiatria, e dal dr. Paul R. McHugh, che può essere definito il più importante psichiatra americano dell'ultimo mezzo secolo – nella speranza di migliorare la comprensione pubblica di tali questioni. Analizzando le ricerche nel campo delle scienze biologiche, psicologiche e sociali, questo report mostra che alcune delle affermazioni riguardo alla sessualità e al genere che si sentono con maggiore frequenza non sono sostenute da evidenze scientifiche. Il report si concentra in modo particolare sui maggiori tassi di problemi di salute mentale tra le popolazioni LGBT, e mette in discussione la base scientifica delle tendenze nel campo dei trattamenti per i bambini che non si identificano con il loro sesso biologico. Si auspica un maggiore impegno per offrire a queste persone la comprensione, la cura e il sostegno di cui hanno bisogno per condurre vite sane e prospere.

Indice generale

Prefazione.....	4
Riassunto operativo.....	6
Introduzione.....	8
Parte Prima.....	10
L'orientamento sessuale.....	10
Problemi nella definizione dei concetti chiave.....	12
Il contesto del desiderio sessuale.....	16
L'orientamento sessuale.....	18
Mettere in discussione l'ipotesi del "nati così".....	22
Gli studi sui gemelli.....	22
Genetica molecolare.....	28
Il ruolo limitato della genetica.....	30
L'influenza degli ormoni.....	31
L'orientamento sessuale e il cervello.....	37
Fraintendimenti delle ricerche.....	39
Essere oggetto di abusi sessuali.....	41
Distribuzione dei desideri sessuali e cambiamenti nel corso del tempo.....	49
Conclusione.....	57
Parte Seconda.....	58
Sessualità, esiti di salute mentale e stress sociale.....	58
Alcune premesse.....	58
Sessualità e salute mentale.....	59
Sessualità e suicidio.....	65
Sessualità e violenza domestica.....	70
Esiti di salute nei transgender.....	73
Spiegazioni per gli esiti di salute precaria:.....	76
il modello dello stress sociale.....	76

Conclusione.....	87
Parte Terza.....	87
L'identità di genere.....	87
I concetti chiave e le loro origini.....	88
La disforia di genere.....	94
Genere e fisiologia.....	98
L'identità transgender nei bambini.....	105
Interventi terapeutici sui bambini.....	106
Interventi terapeutici sugli adulti.....	108
Conclusione.....	112

Prefazione

Questo report è stato scritto per il pubblico generale e per i professionisti della salute mentale allo scopo di attirare l'attenzione sulle problematiche di salute mentale che le popolazioni LGBT incontrano e di offrirne una comprensione scientifica.

Esso nacque su richiesta del dott. Paul R. McHugh, direttore emerito del dipartimento di psichiatria al Johns Hopkins Hospital e uno degli psichiatri di maggior rilievo al mondo. Il dott. McHugh mi chiese di fare una revisione di una monografia che lui e i suoi colleghi avevano steso su argomenti relativi all'orientamento e all'identità sessuale; il mio compito originario era di garantire l'accuratezza delle inferenze statistiche ed esaminare delle fonti aggiuntive. Nei mesi seguenti, lessi meticolosamente oltre cinquecento articoli scientifici su questi argomenti e ne esaminai accuratamente ulteriori centinaia. Mi allarmò scoprire che la comunità LGBT presenta un tasso sproporzionato di problemi di salute mentale rispetto alla popolazione generale.

Con l'aumentare del mio interesse, esplorai delle ricerche in diversi ambiti scientifici, tra i quali l'epidemiologia, la genetica, l'endocrinologia, la psichiatria, le neuroscienze, l'embriologia e la pediatria. Ho anche preso in esame molti degli studi empirici condotti nelle scienze sociali, incluse la psicologia, la sociologia, le scienze politiche, l'economia e gli studi di genere.

Accettai di subentrare come autore principale, riscrivendo, riorganizzando ed ampliando il testo. Do il mio sostegno a ogni frase in questo report, senza riserve e senza pregiudizi nei confronti di qualsiasi dibattito politico o filosofico. Questo report riguarda la scienza e la medicina, niente di più niente di meno.

I lettori che si interrogano sulla sintesi fatta in questo report di ricerche provenienti da così numerosi e differenti campi, potrebbero avvertire il desiderio di conoscere un po' l'autore principale. Io sono un

accademico a tempo pieno, impegnato in tutti gli aspetti dell'insegnamento, ricerca e servizio professionale. Sono un biostatistico ed epidemiologo che si concentra sui modelli, l'analisi e l'interpretazione di dati sperimentali e osservazionali in salute pubblica e in medicina, in modo particolare quando i dati sono complessi dal punto di vista delle questioni scientifiche sottiacenti. Sono un medico ricercatore, con una formazione in medicina e psichiatria svolta nel Regno Unito, ed ho conseguito l'equivalente britannico (M.B.) del titolo americano M.D (la laurea in medicina – n.d.t.). Non ho mai esercitato la professione medica (nemmeno la psichiatria) negli Stati Uniti o all'estero. Ho testimoniato in dozzine di procedimenti legali e audizioni governative federali e statali, nella maggioranza dei casi esaminando letteratura scientifica per chiarire le questioni che si stavano esaminando. Sono un convinto sostenitore della parità e contrasto la discriminazione nei confronti della comunità LGBT, ed ho testimoniato per conto loro come esperto statistico.

Sono stato un professore di ruolo a tempo pieno per quattro decenni. Sono stato nominato professore a otto università, tra le quali Princeton, la University of Pennsylvania, Stanford, la Arizona State University, la Bloomberg School of Public Health and School of Medicine della Johns Hopkins University, Ohio State, Virginia Tech, e la University of Michigan. Ho anche avuto nomine per la ricerca nelle facoltà di diverse altre istituzioni, tra la quali la Mayo Clinic.

I miei incarichi a tempo pieno e a tempo parziale hanno riguardato ventitré discipline, comprendenti statistica, biostatistica, epidemiologia, sanità pubblica, metodologia sociale, psichiatria, matematica, sociologia, scienze politiche, economia ed informatica biomedica. Tuttavia i miei interessi di ricerca sono stati meno vari dei miei incarichi accademici: il punto focale della mia carriera è stato comprendere come la statistica e i modelli sono impiegati nelle diverse discipline, allo scopo di migliorare l'uso dei modelli e dell'analisi dei dati nella valutazione delle questioni che sono di interesse in ambito politico, legislativo o legale.

Ho pubblicato su molte riviste peer-reviewed di alto livello (tra le quali *The Annals of Statistics*, *Biometrics*, e *American Journal of Political Science*) e ho esaminato centinaia di manoscritti sottoposti per la pubblicazione a molte delle più importanti riviste mediche, statistiche, ed epidemiologiche (tra le quali *The New England Journal of Medicine*, *Journal of the American Statistical Association*, e *American Journal of Public Health*).

Attualmente sono un ricercatore accademico presso il dipartimento di psichiatria alla Johns Hopkins School of Medicine e professore di statistica e biostatistica alla Arizona State University. Fino all'1 luglio 2016 ho anche avuto nomine a tempo parziale in facoltà presso la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health e School of Medicine, e alla Mayo Clinic.

Un'impresa ambiziosa come questo report non sarebbe possibile senza la consulenza e i consigli di molti studiosi e curatori/redattori dotati. Sono grato per il generoso aiuto di Laura E. Harrington, M.D., M.S., psichiatra con vasta formazione in medicina interna e neuroimmunologia, la cui pratica clinica si concentra sulle donne in una fase di transizione nella loro vita, compreso il trattamento e la terapia affermativa per la comunità LGBT. Ella ha contribuito a tutto il report, prestando in particolare la propria competenza alle sezioni sull'endocrinologia e sulla ricerca sul cervello. Sono anche debitore nei confronti di Bentley J. Hanish, B.S., giovane genetista che conta di laurearsi in medicina nel 2021 con un M.D./Ph.D. In epidemiologia psichiatrica. Egli ha dato il proprio contributo a tutto il report, in particolare alle sezioni che riguardano la genetica.

Riconosco con gratitudine il supporto della Bloomberg School of Public Health and School of Medicine della Johns Hopkins University, Arizona State University e Mayo Clinic.

Nel corso della stesura di questo report, ho consultato una serie di persone che hanno chiesto di non essere ringraziate per nome. Alcune temevano una reazione irritata da parte degli elementi più militanti della comunità LGBT; altre temevano una reazione irritata da parte degli elementi più aspri delle comunità religiose conservatrici. Più irritante, comunque, è che qualcuno temeva delle ritorsioni dalle proprie università per essersi impegnato in tematiche così controverse, indipendentemente dal contenuto del report – una triste dichiarazione riguardo alla libertà accademica.

Dedico il mio lavoro su questo report anzitutto alla comunità LGBT, che presenta un tasso di problemi di salute mentale sproporzionato rispetto alla popolazione generale. Dobbiamo trovare dei modi per alleviare le loro sofferenze.

Lo dedico anche agli studiosi che svolgono ricerche imparziali su argomenti pubblicamente controversi. Che possano non perdersi mai negli uragani politici.

E soprattutto lo dedico ai bambini che lottano con la loro sessualità e con il loro genere. I bambini costituiscono un caso particolare quando si affrontano le questioni di genere, nel corso del loro sviluppo molti bambini esplorano l'idea di essere del sesso opposto. Alcuni bambini potrebbero migliorare il proprio benessere psicologico se sono incoraggiati e sostenuti nella loro identificazione con l'altro sesso, specialmente se l'identificazione è forte e persistente nel tempo. Ma quasi tutti i bambini alla fine si identificano con il loro sesso biologico. L'idea che un bambino di due anni, avendo espresso pensieri o comportamenti identificati con il sesso opposto, possa essere etichettato a vita come transgender non ha assolutamente supporto nella scienza. Anzi, è perverso credere che tutti i bambini che hanno pensieri o comportamenti atipici dal punto di vista del genere in un qualche momento del loro sviluppo, specialmente prima della pubertà, dovrebbero essere incoraggiati a diventare transgender.

Come cittadini, studiosi e clinici che si occupano dei problemi delle persone LGBT, non dovremmo essere legati dogmaticamente a nessuna visione particolare riguardante la natura della sessualità o dell'identità di genere; piuttosto dovremmo essere guidati, in primo luogo e soprattutto, dai bisogni dei pazienti che sono in difficoltà, e dovremmo ricercare, con mente aperta, dei modi di aiutarli a condurre vite piene di significato e dignitose.

LAWRENCE S. MAYER, M.B., M.S., Ph.D.

Riassunto operativo

Questo report presenta un accurato sommario e una spiegazione aggiornata delle ricerche - dalle scienze biologiche, psicologiche e sociali – relative all'orientamento sessuale e alla identità di genere. Lo offriamo nella speranza che una tale esposizione possa contribuire alla nostra capacità come medici, scienziati e cittadini di affrontare le problematiche di salute delle popolazioni LGBT nella nostra società.

Alcune risultanze chiave:

Prima parte: L'orientamento sessuale

- La comprensione dell'orientamento sessuale come proprietà innata, biologicamente fissa degli esseri umani – l'idea che le persone siano “nate così” - non è supportata dall'evidenza scientifica.

- Sebbene vi siano prove che fattori biologici come i geni e gli ormoni sono associati ai comportamenti e alle attrazioni sessuali, non ci sono spiegazioni biologiche di stringente causalità per l'orientamento sessuale umano. Sebbene siano state identificate dai ricercatori delle piccole differenze nell'attività e nelle strutture cerebrali tra omosessuali ed eterosessuali, queste risultanze neurobiologiche non dimostrano se queste differenze siano innate o siano il risultato di fattori ambientali e psicologici.
- Gli studi longitudinali su adolescenti suggeriscono che l'orientamento sessuale possa essere piuttosto fluido nel corso della vita per alcune persone; uno studio stima che fino all'80% dei maschi adolescenti che riferiscono attrazioni omosessuali, non continuano a farlo da adulti (anche se alcuni ricercatori hanno contestato la misura in cui questa cifra riflette cambiamenti reali nelle attrazioni omosessuali e non piuttosto artefatti del processo di indagine).
- In confronto agli eterosessuali, i non-eterosessuali hanno una probabilità da due a tre volte maggiore di avere subito abusi sessuali nell'infanzia.

Seconda parte: Sessualità, esiti di salute mentale e stress sociale

- Rispetto alla popolazione generale, le subpopolazioni non eterosessuali sono esposte al rischio elevato di una serie di esiti di salute e salute mentale avversi.
- Si stima che i membri della popolazione non eterosessuale abbiano un rischio di 1,5 volte superiore di soffrire di disturbi d'ansia rispetto ai membri della popolazione eterosessuale, come pure all'incirca un rischio doppio di depressione, maggiore di 1,5 volte di abusare di sostanze e di quasi 2,5 volte di suicidio.
- I membri della popolazione transgender presentano anche un rischio maggiore rispetto a una serie di problemi di salute mentale rispetto ai membri della popolazione non transgender. È particolarmente allarmante che il tasso di tentativi di suicidio nel corso della vita in individui transgender di tutte le età è stimato al 41%, rispetto a un tasso inferiore al 5% nella popolazione generale statunitense.
- Ci sono evidenze, sebbene limitate, che i fattori di stress sociale come la discriminazione e lo stigma contribuiscono al rischio elevato di esiti di precaria salute mentale per le popolazioni non eterosessuali e transgender. Sono necessari ulteriori studi longitudinali di qualità perché il “modello dello stress sociale” sia un utile strumento per la comprensione delle preoccupazioni relative alla salute pubblica.

Terza parte: Identità di genere

- L'ipotesi che l'identità di genere sia una proprietà innata, fissa degli esseri umani, indipendente dal sesso biologico – che una persona possa essere “un uomo imprigionato nel corpo di una donna” o “una donna imprigionata nel corpo di un uomo” - non è supportata da evidenze scientifiche.
- Secondo una stima recente, circa lo 0,6% degli adulti statunitensi si identificano con un genere che non corrisponde al loro sesso biologico.

- Gli studi che confrontano le strutture cerebrali degli individui transgender e di quelli non transgender hanno mostrato delle correlazioni deboli tra struttura cerebrale e identificazione con il sesso opposto. Queste correlazioni non offrono alcuna prova per una base neurobiologica della identificazione con il sesso opposto.
- In confronto con la popolazione generale, gli adulti che si sono sottoposti alla chirurgia di riassegnazione sessuale continuano ad essere maggiormente esposti al rischio di soffrire per esiti di precaria salute mentale. Uno studio ha rilevato che, rispetto ai controlli, gli individui sottoposti a riassegnazione sessuale avevano una probabilità di 5 volte maggiore di tentare il suicidio e di 19 volte maggiore di morire suicidi.
- I bambini sono un caso particolare quando si affrontano le problematiche transgender. Solo una minoranza dei bambini che sperimentano una identificazione con il sesso opposto continueranno a farlo nell'adolescenza o nell'età adulta.
- Ci sono ancora poche evidenze scientifiche del valore terapeutico degli interventi che ritardano la pubertà o modificano i caratteri sessuali secondari degli adolescenti, anche se è possibile che alcuni bambini possano avere un miglioramento del benessere psicologico se sono incoraggiati e sostenuti nella loro identificazione con il sesso opposto. Non ci sono prove che tutti i bambini che manifestano pensieri o comportamenti atipici dal punto di vista del genere dovrebbero essere incoraggiati a divenire transgender.

Sessualità e genere

Risultanze dalle scienze biologiche, psicologiche e sociali

Lawrence S. Mayer, M.B., M.S., Ph.D. e Paul R. McHugh, M.D.

Introduzione

Pochi argomenti sono così complessi e controversi come l'orientamento sessuale e l'identità di genere umani. Queste questioni toccano i nostri pensieri e sentimenti più intimi, e contribuiscono a definirci sia come individui sia come esseri sociali. Le discussioni delle questioni etiche sollevate dall'orientamento sessuale e dall'identità di genere possono diventare accese e personali, e le questioni politiche associate provocano a volte intense controversie. I contendenti, giornalisti e legislatori coinvolti in questi dibattiti invocano spesso l'autorità della scienza, e nei notiziari, sui social media e nella cultura popolare in senso più ampio sentiamo affermazioni su ciò che "dice la scienza" su questi argomenti.

Questo report offre un accurato sommario e una spiegazione aggiornata di molte delle più rigorose conclusioni prodotte dalle scienze biologiche, psicologiche e sociali in relazione all'orientamento sessuale e all'identità di genere. Esaminiamo un vasto corpus di letteratura scientifica a diverse discipline. Cerchiamo di riconoscere i limiti delle ricerche e di evitare conclusioni premature che porterebbero a una sovrainterpretazione delle risultanze scientifiche. Poiché la relativa letteratura è piena di definizioni incoerenti e ambigue, non esaminiamo soltanto le evidenze empiriche, ma approfondiamo anche i problemi concettuali soggiacenti. Questo report, comunque, non discute questioni etiche o politiche; ci concentriamo sull'evidenza scientifica – cosa mostra e cosa non mostra.

Cominciamo nella Parte Prima esaminando in modo critico se concetti come eterosessualità, omosessualità e bisessualità rappresentino delle qualità distinte, fisse e biologicamente determinate degli esseri umani. Nell'ambito di questa discussione, prendiamo in considerazione la popolare ipotesi del “nati così”, che postula che l'orientamento sessuale umano sia biologicamente innato; prendiamo in esame le evidenze a supporto di questa affermazione provenienti da varie sottospecialità delle scienze biologiche. Esploriamo le origini evolutive delle attrazioni sessuali, la misura in cui queste attrazioni possono cambiare nel corso del tempo e le complessità inerenti l'integrazione di queste attrazioni nella propria identità sessuale. Attingendo alle evidenze dagli studi sui gemelli e altri tipi di ricerca, esploriamo i fattori genetici, ambientali e ormonali. Esploriamo anche alcune evidenze scientifiche che mettono in relazione le scienze della mente e l'orientamento sessuale.

Nella Parte Seconda esaminiamo le ricerche sugli esiti di salute rispetto all'orientamento sessuale e all'identità di genere. Si rileva in modo costante un rischio maggiore di esiti di precaria salute fisica e mentale per le sottopopolazioni lesbiche, gay, bisessuali e transgender rispetto alla popolazione generale. Questi esiti comprendono la depressione, l'ansia, l'abuso di sostanze e, cosa più allarmante, il suicidio. Per esempio, nella sottopopolazione transgender statunitense, il tasso di tentativi di suicidi è stimato superiore del 41% rispetto a quello della popolazione generale. Come medici, accademici e scienziati crediamo che le discussioni che seguono in questo report devono essere lette alla luce di questo aspetto di salute pubblica.

Esaminiamo anche alcune idee che vengono proposte per spiegare questi diversi esiti di salute, compreso il “modello dello stress sociale”. Questa ipotesi – secondo la quale i fattori di stress come lo stigma e il pregiudizio spiegano gran parte delle maggiori sofferenze osservate in queste sottopopolazioni – non sembra offrire una spiegazione completa per i differenti esiti.

Proprio come la Parte Prima analizza la supposizione secondo la quale l'orientamento sessuale è fisso ed ha una base causale biologica, una sezione della Parte Terza esamina questioni simili in riferimento all'identità di genere. Il sesso biologico (le categorie binarie di maschio e femmina) è un aspetto fisso della natura umana, anche se alcuni individui affetti da disturbi dello sviluppo sessuale possono mostrare caratteristiche sessuali ambigue. Di contro, l'identità di genere è un concetto sociale e psicologico non ben definito e le evidenze scientifiche che sia una qualità biologica innata e fissa sono ridotte.

La Parte Terza prende in esame anche le procedure di riassegnazione sessuale e le prove della loro efficacia nell'alleviare gli esiti di precaria salute mentale sperimentati da molte persone che si identificano come transgender. In confronto alla popolazione generale gli individui transgender che si sono sottoposti all'intervento chirurgico continuano ad esser esposti ad un alto rischio di esiti di precaria salute mentale.

Un ambito di particolare preoccupazione riguarda gli interventi medici per i giovani non conformi dal punto di vista del genere. Essi vengono sempre più sottoposti a terapie affermative del loro genere percepito, e persino a trattamenti ormonali o modificazioni chirurgiche ad una giovane età. Ma la maggioranza dei bambini che si identificano con un genere non conforme al proprio sesso biologico non si identificheranno più in questo modo quando raggiungeranno l'età adulta. Siamo turbati ed allarmati per la gravità e la irreversibilità di alcuni interventi che vengono attualmente discussi pubblicamente ed utilizzati per i bambini.

L'orientamento sessuale e l'identità di genere oppongono resistenza ad una spiegazione attraverso semplici teorie. C'è un grande divario tra la sicurezza con la quale si sostengono le opinioni su questi temi e ciò che una sobria valutazione della scienza rivela. Di fronte a questa complessità ed incertezza, è necessario che siamo umili rispetto a quanto conosciamo e quanto non conosciamo. Riconosciamo senza difficoltà che questo report non è né un'analisi esaustiva dei temi che affronta, né l'ultima parola su di essi. La scienza non è affatto l'unica via per comprendere questi argomenti incredibilmente complessi e sfaccettati; ci sono altre vie di saggezza e conoscenza – comprese l'arte, la religione, la filosofia e l'esperienza umana vissuta. E gran parte della nostra conoscenza scientifica in questo ambito rimane non definitiva. Tuttavia, offriamo questo panorama della letteratura scientifica nella speranza che possa fornire un quadro condiviso per una trattazione intelligente, illuminata negli scambi politici, professionali e scientifici – e possa accrescere la nostra capacità, da cittadini preoccupati, di alleviare le sofferenze e promuovere la salute e la prosperità umane.

Parte Prima

L'orientamento sessuale

Sebbene alcune persone abbiano l'impressione che l'orientamento sessuale sia un tratto innato, fisso e biologico degli esseri umani – che, indipendentemente dal fatto che siamo eterosessuali, omosessuali o bisessuali, noi siamo “nati così” - le evidenze scientifiche disponibili sono insufficienti per sostenere questa affermazione. Di fatto, lo stesso concetto di orientamento sessuale è estremamente ambiguo; può riferirsi a una serie di comportamenti, a sentimenti di attrazione, oppure a un senso di identità. Gli studi epidemiologici mostrano una associazione piuttosto limitata tra fattori genetici e attrazioni o comportamenti sessuali, ma non forniscono prove significative che rimandino a geni specifici. Ci sono anche prove a sostegno di altre cause ipotizzate per i comportamenti, le attrazioni o le identità omosessuali – come l'influenza degli ormoni sullo sviluppo prenatale – ma anche queste prove sono limitate. Gli studi sui cervelli delle persone omosessuali ed eterosessuali hanno riscontrato alcune differenze, ma non hanno dimostrato che queste differenze siano innate piuttosto che il risultato di fattori ambientali che abbiano influenzato sia le caratteristiche psicologiche che neurobiologiche. Un fattore ambientale che appare collegato alla non-eterosessualità è l'essere stati vittime di abuso sessuale infantile, cosa che può anche concorrere a tassi maggiori di precarie condizioni di salute mentale nelle subpopolazioni non-eterosessuali rispetto alla popolazione generale. Nel complesso, le evidenze fanno supporre un certo grado di fluidità nei pattern di attrazione e comportamento sessuale – in contrasto con il concetto di “nati così”, che semplifica all'eccesso la grande complessità della sessualità umana.

Il dibattito popolare sull'orientamento sessuale è caratterizzato da due idee contrastanti sulle ragioni per le quali alcuni individui sono lesbiche, gay o bisessuali. Mentre qualcuno afferma che l'orientamento sessuale è una scelta, altri sostengono che è una caratteristica fissa nella natura di una persona, che si "nasce così". Ci auspichiamo di mostrare che, sebbene l'orientamento sessuale non sia una scelta, non ci sono neppure prove scientifiche a sostegno dell'opinione che esso sia una caratteristica biologica fissa e innata.

Un noto esempio recente di una persona che descrive l'orientamento sessuale come una scelta è Cynthia Nixon, star della serie televisiva di successo *Sex and the City*, che in una intervista al *New York Times* del gennaio 2012 spiegava: "Per me è una scelta, e tu non puoi definire per conto mio che cosa sia il mio essere omosessuale", e commentava che era "molto seccata" dalla questione se le persone omosessuali fossero o non fossero nate così. "Perché non può essere una scelta? Perché è meno legittimo che sia una scelta?"¹ In modo simile, Brandon Ambrosino scriveva su *The New Republic* nel 2014 che "È tempo che la comunità LGBT smetta di temere la parola 'scelta' e rivendichi la dignità dell'autonomia sessuale".²

Di contro, i sostenitori dell'ipotesi "si nasce così" - espressa per esempio dalla canzone di Lady Gaga del 2011 "Born this way" presuppongono che vi sia una causa biologica per l'orientamento sessuale e cercano frequentemente di supportare le loro affermazioni con scoperte scientifiche. Citando tre studi scientifici³ e un articolo dalla rivista *Science*,⁴ Mark Joseph Stern, scrivendo nel 2014 per *Slate*, afferma che "l'omosessualità, almeno negli uomini, è chiaramente, indubbiamente e incontrovertibilmente un tratto innato".⁵ Tuttavia, come il neuroscienziato Simon Le Vay - il cui lavoro del 1991 mostrò le differenze cerebrali negli uomini omosessuali rispetto agli uomini eterosessuali - spiegò ad alcuni anni di distanza dal suo studio, "È importante sottolineare ciò che non ho scoperto. Io non ho dimostrato che l'omosessualità sia genetica, o trovato una causa genetica per l'omosessualità. Non ho dimostrato che gli uomini gay sono "nati così", che è l'errore che più comunemente viene fatto nell'interpretare il mio lavoro. E non ho neppure individuato un centro cerebrale dell'omosessualità".⁶

¹ Alex Witchel, "Life After Sex", *The New York Times Magazine*, 19 Gennaio 2012, <http://www.nytimes.com/2012/01/22/magazine/cynthia-nixon-wit.html>.

² Brandon Ambrosino, "I Wasn't Born This Way. I Choose to Be Gay", *The New Republic*, 28 Gennaio 2014, <http://newrepublic.com/article/116378/macklemores-same-love-sends-wrong-message-about-being-gay>.

³ J. Michael Bailey et al., "A Family History Study of Male Sexual Orientation Using Three Independent Samples", *Behavior Genetics* 29, n. 2(1999): 79-86, <http://dx.doi.org/10.1023/A:1021652204405>; Andrea Camperio-Ciani, Francesca Corna, Claudio Capiluppi, "Evidence for maternally inherited factors favouring male homosexuality and promoting female fecundity", *Proceedings of the Royal Society B* 271, n. 1554 (2004): 2217-2221, <http://dx.doi.org/10.1098/rspb.2004.2872>; Dean H. Hamer et al., "A linkage between DNA markers on the X chromosome and male sexual orientation", *Science* 261, n. 5119 (1993): 321-327, <http://dx.doi.org/10.1126/science.8332896>.

⁴ Elizabeth Norton, "Homosexuality May Start in The Womb", *Science*, 11 Dicembre 2012, <http://www.sciencemag.org/news/2012/12/homosexuality-may-start-womb>.

⁵ Mark Joseph Stern, "No, Being Gay is not a Choice", *Slate*, 4 Febbraio 2014, http://www.slate.com/blogs/outward/2014/02/04/choose_to_be_gay_no_you_don_t.html.

⁶ David Nimmons, "Sex and the Brain", *Discover*, 1 Marzo 1994, <http://discovermagazine.com/1994/mar/sexandthebrain346>.

In molti libri recenti si trovano trattazioni popolari della scienza che affermano il carattere innato dell'orientamento sessuale. Questi libri spesso esagerano - o almeno semplificano all'eccesso - dei dati scientifici complessi. Per esempio, in un libro del 2005, lo psicologo e scrittore di scienza Leonard Sax rispondeva a una madre preoccupata che chiedeva se il figlio adolescente avrebbe superato crescendo le sue attrazioni omosessuali: "biologicamente, la differenza tra un uomo omosessuale e un uomo eterosessuale è un po' come la differenza tra una persona mancina e una persona destrorsa. Essere mancini non è solo una fase. Una persona mancina non si trasformerà un giorno magicamente in una persona destrorsa...Alcuni bambini sono destinati alla nascita ad essere mancini, e alcuni maschietti sono destinati dalla nascita a diventare omosessuali".⁷

Come sosteniamo in questa parte del report, tuttavia, ci sono scarse prove scientifiche a sostegno dell'affermazione che l'attrazione sessuale sia semplicemente fissata da fattori innati e deterministici, quali i geni. La comprensione popolare dei dati scientifici presume spesso una causalità deterministica, quando invece i dati non giustificano questa supposizione.

Un altro importante limite delle ricerche e dell'interpretazione degli studi scientifici su questo argomento è che alcuni concetti centrali - tra i quali lo stesso "orientamento sessuale" - sono spesso ambigui, rendendo difficili delle misurazioni affidabili sia all'interno di studi individuali sia nella comparazione dei risultati di studi diversi. Quindi, prima di affrontare le prove scientifiche relative allo sviluppo dell'orientamento e del desiderio sessuale, esamineremo in modo abbastanza ampio alcune delle più problematiche ambiguità concettuali nello studio della sessualità umana, in modo da giungere ad un quadro più completo dei concetti pertinenti.

Problemi nella definizione dei concetti chiave

Un articolo del 2014 su *New York Times Magazine* intitolato "The Scientific Quest to Prove Bisexuality Exists"⁸ (il viaggio della scienza alla ricerca della dimostrazione che la bisessualità esiste - *n.d.t.*) offre una panoramica dei temi esposti in questa parte - desiderio, attrazione, orientamento e identità sessuali - e delle difficoltà nella definizione e nello studio di questi concetti. Nello specifico, l'articolo mostra come un approccio scientifico allo studio della sessualità umana può essere in conflitto con le concezioni culturalmente prevalenti dell'orientamento sessuale, o con l'autocomprensione che molte persone hanno dei propri desideri e delle proprie identità sessuali. Questi conflitti sollevano importanti interrogativi sul fatto che l'orientamento sessuale e i concetti ad esso legati siano così coerenti e così ben definiti come viene spesso supposto da ricercatori e pubblico allo stesso modo.

L'autore dell'articolo, Benoit Denizet-Lewis, dichiaratamente gay, descrive il lavoro degli scienziati e di altri che cercano di dimostrare l'esistenza di un orientamento bisessuale stabile. Egli incontrò i ricercatori all'università di Cornell e partecipò a test usati per misurare l'eccitazione sessuale - test che comprendevano l'osservazione del modo in cui le pupille si dilatano in risposta a immagini sessualmente esplicite. Con sua sorpresa, scoprì che, secondo le misurazioni scientifiche, era eccitato quando guardava film pornografici di donne che si masturbavano.

⁷ Leonard Sax, *Why Gender Matters: What Parents and Teachers Need to Know about the Emerging Science of Sex Differences* (New York: Doubleday, 2005), 206.

⁸ Benoit Denizet Lewis, "The Scientific Quest to Prove Bisexuality Exists", *The New York Times Magazine*, 20 Marzo 2014, http://www.nytimes.com/2014/03/23/magazine/the_scientific_quest_to_prove_bisexuality_exists.html.

Che io potessi davvero essere bisessuale? Sono stato così ancorato alla mia identità gay – un'identità che ho assunto al college e che ho annunciato con grande enfasi alla famiglia e agli amici – che non mi sono permesso di sperimentare un'altra parte di me stesso? Per certi versi, persino porsi queste domande è anatema per molti gay e lesbiche. La condivisione pubblica di questo genere di incertezza è un invito a nozze per la destra religiosa e per il movimento degli ex-gay, scientificamente discutibile e psicologicamente pernicioso, di cui questa ha favorito la proliferazione. Da gay e lesbiche dichiarati, in definitiva, dobbiamo essere certi. Dobbiamo essere “nati così”.⁹

Nonostante le prove evidentemente scientifiche (per quanto, va detto, limitate) del suo pattern di eccitazione tipicamente bisessuale, Denizet-Lewis rifiutò l'idea di essere effettivamente bisessuale, perché “non sembra veritiera come orientamento sessuale, né corretta come mia identità”.¹⁰

Queste preoccupazioni di Denizet-Lewis illustrano alcuni dei dilemmi sollevati dallo studio scientifico della sessualità umana. Le misurazioni oggettive usate dai ricercatori sembravano essere in conflitto con la comprensione intuitiva, soggettiva di cosa significhi essere sessualmente eccitati; la nostra comprensione di ciò che ci eccita sessualmente è legata alla totalità della nostra esperienza vissuta della sessualità. Inoltre, l'insistenza di Denizet-Lewis sul fatto di essere gay, non bisessuale, e la sua preoccupazione che l'incertezza sulla sua identità potrebbe avere implicazioni sociali e politiche, rimanda al fatto che l'orientamento e l'identità sessuali sono comprese non solo in termini scientifici e personali, ma anche in termini sociali, morali e politici.

Ma, in quale modo le categorie dell'orientamento sessuale - con etichette come “bisessuale”, “omosessuale” “eterosessuale” - aiutano gli scienziati a studiare il complesso fenomeno della sessualità umana? Quando esaminiamo il concetto di orientamento sessuale, diventa evidente - come mostrerà questa parte del report - che esso è troppo vago e scarsamente definito per essere di grande utilità per la scienza, e che abbiamo bisogno di sostituirlo con concetti più chiaramente definiti. In questo report cerchiamo di usare termini chiari; nella discussione degli studi scientifici che si basano sul concetto di “orientamento sessuale”, cerchiamo per quanto possibile di specificare come gli scienziati hanno definito questo termine, o i termini ad esso collegati.

Una delle difficoltà principali nell'analisi e nella ricerca sull'orientamento sessuale è che i concetti soggiacenti di “desiderio sessuale”, “attrazione sessuale” e “eccitazione sessuale” possono essere ambigui; è poi ancora meno chiaro cosa significhi che una persona si identifica con un orientamento sessuale fondato su alcuni pattern di desideri, attrazioni o stati di eccitazione.

La parola “desiderare” può essere di per sé usata per coprire un aspetto della volizione che viene più naturalmente espresso dal termine “volere”: voglio andare a cena fuori, oppure voglio fare un viaggio in auto con i miei amici la prossima estate, oppure voglio finire questo progetto. Quando “desiderare” è usato in questo senso, gli oggetti del desiderio sono degli *obiettivi* piuttosto ben determinati – alcuni potrebbero essere perfettamente raggiungibili, come trasferirsi in una nuova città o trovare un nuovo lavoro; altri potrebbero essere più ambiziosi e fuori portata, come il sogno di diventare una star del cinema di fama mondiale. Spesso, tuttavia, il linguaggio del desiderio è utilizzato per includere cose che sono meno chiare: indefinite *aspirazioni* a una vita che sia, in qualche modo non specificato, migliore o diversa; una vaga sensazione che qualcosa sia assente o insufficiente in sé o nel proprio mondo; oppure, nella letteratura psicoanalitica, forze dinamiche inconsce che modellano i comportamenti cognitivi, emotivi e sociali, ma che non fanno parte del senso di sé ordinario e cosciente di una persona.

⁹ *Ibid.*

¹⁰ *Ibid.*

Questo concetto più ricco di desiderio è, a sua volta, ambiguo. Potrebbe riferirsi ad una situazione auspicata, come il trovare una sensazione di significato, realizzazione e soddisfazione rispetto alla propria vita, un desiderio che, per quanto non del tutto chiaro nelle sue implicazioni, non è presumibilmente del tutto irrealizzabile, anche se queste aspirazioni possono anche essere modi di fantasticare una situazione radicalmente mutata o persino irraggiungibile. Se voglio fare un viaggio in auto con i miei amici, i passaggi sono chiari: chiamare gli amici, scegliere una data, tracciare un percorso, e così via. Tuttavia, se ho una vaga aspirazione ad un cambiamento, una speranza di intimità durevole, di amore e di appartenenza, o un conflitto inconscio che scombussola la mia capacità di progredire nella vita che ho cercato di costruire per me, mi trovo davanti ad una sfida di tipo diverso. Non c'è necessariamente una serie di obiettivi ben definiti e di cui sono cosciente, tanto meno dei modi prestabiliti per raggiungerli. Questo non vuole dire che il soddisfacimento di queste aspirazioni sia impossibile, ma esso comporta spesso non solo la scelta di azioni concrete per raggiungere particolari obiettivi, bensì il più complesso dare forma alla propria vita agendo nel mondo e comprendendone il senso e il proprio posto in esso.

Quindi, la prima cosa da osservare quando si prendano in considerazione sia il dibattito popolare sia gli studi scientifici sulla sessualità è che l'uso del termine "desiderio" potrebbe riferirsi ad aspetti distinti della vita e dell'esperienza umana.

Proprio come i significati che potrebbero essere intesi con il termine "desiderio" sono molteplici, ciascuno di questi significati è anche vario, il che rende difficile delinearli in modo chiaro. Per esempio, una comprensione di buon senso potrebbe far supporre che il termine "desiderio sessuale" significhi volere compiere atti sessuali specifici con particolari individui (o categorie di individui). Lo psichiatra Steven Levine articolò questa opinione comune nella sua definizione del desiderio sessuale come "la somma delle forze che ci spingono verso o ci allontanano dal comportamento sessuale".¹¹ Ma non è scontato che questa "somma" possa essere studiata in modo rigoroso. Non è neppure scontato il motivo per cui i diversi fattori che potrebbero potenzialmente influenzare il comportamento sessuale, come la povertà materiale – nel caso della prostituzione, per esempio – il consumo di alcool e un affetto intimo, dovrebbero essere tutti raggruppati insieme come aspetti del desiderio sessuale. Come Levine stesso sottolinea "nelle mani di chiunque, il desiderio sessuale può essere un concetto sdrucchiolevole".¹²

Si considerino alcuni dei modi in cui il termine "desiderio sessuale" è stato impiegato in contesti scientifici – ad indicare uno o più dei seguenti fenomeni distinti:

1. Stati di eccitazione fisica che possono o meno essere legati ad una specifica attività fisica e possono o meno essere oggetto di consapevolezza conscia.
2. Interesse erotico conscio in risposta all'attrazione avvertita nei confronti di altri (nella percezione, nella memoria o nella fantasia), che può o meno implicare uno o più dei processi corporei associati a stati misurabili di eccitazione fisica.
3. Forte interesse a trovare un compagno o a stabilire una relazione duratura.
4. Le aspirazioni e i sentimenti romantici associati all'infatuazione o all'innamoramento per un individuo specifico.
5. Inclinação all'attaccamento verso specifici individui.

¹¹ Stephen B. Levine, "Reexploring the Concept of Sexual Desire", *Journal of Sex and Marital Therapy*, 28, n. 1 (2002), 39, <http://dx.doi.org/10.1080/009262302317251007>.

¹² *Ibid.*

6. La motivazione generale a ricercare l'intimità con un membro di un qualche gruppo specifico.

7. Un criterio estetico che si attacca alla bellezza percepita in altri.¹³

In un dato studio di scienze sociali, ciascuno dei concetti menzionati sopra avrà spesso la propria particolare definizione operativa agli scopi della ricerca. Ma non possono avere tutti lo stesso significato. Il forte interesse a trovare un compagno, per esempio, è chiaramente distinguibile dall'eccitazione fisica. Guardando questo elenco di fenomeni esperienziali e psicologici, si può facilmente immaginare quali confusioni possano nascere nell'usare il termine "desiderio sessuale" senza sufficiente attenzione.

Il filosofo Alexander Pruss offre un utile sommario di alcune delle difficoltà implicate dalla definizione del concetto correlato di attrazione sessuale:

Cosa significa essere "sessualmente attratto" da qualcuno? Significa avere la tendenza ad essere eccitati in sua presenza? Ma certamente è possibile trovare qualcuno sessualmente attraente senza essere eccitati. Significa formarsi la convinzione che qualcuno sia sessualmente attraente per se stessi? Certamente no, poiché una convinzione su chi sia sessualmente attraente per se stessi potrebbe essere sbagliata – per esempio si potrebbe confondere l'ammirazione della forma con l'attrazione sessuale. Significa avere un desiderio non strumentale di avere una relazione sessuale o romantica con la persona? Probabilmente no: possiamo immaginare una persona che non ha attrazione sessuale verso alcuno, ma che prova un desiderio non strumentale di una relazione sentimentale a motivo di una convinzione, basata su testimonianze altrui, che le relazioni romantiche abbiano valore non strumentale. Queste ed altre questioni fanno pensare che sotto al titolo "attrazione sessuale" vi sia un grappolo di concetti correlati, e qualsiasi definizione precisa è probabile sia una forzatura indesiderata. Ma, se il concetto di attrazione sessuale è un grappolo di concetti, non ci sono neppure concetti semplicemente univoci di eterosessualità, omosessualità, e bisessualità.¹⁴

L'ambiguità del termine "desiderio sessuale" (e dei termini simili) dovrebbe indurci a soffermarci per considerare i diversi aspetti dell'esperienza umana che ad esso sono spesso associati. Il problema non è irrisolvibile e neppure una prerogativa di questo argomento. Altri concetti delle scienze sociali – aggressione e dipendenza, per esempio – potrebbero analogamente essere difficili da definire e operativizzare, e per questa ragione consentono usi vari.¹⁵ Purtuttavia, l'ambiguità presenta una sfida notevole sia per il progetto della ricerca sia per la sua interpretazione, e richiede che abbiamo cura di occuparci dei significati, contesti e risultanze specifici di ciascuno studio. È inoltre importante mettere tra parentesi qualsiasi associazione o uso soggettivi di questi termini che non siano conformi a classificazioni e tecniche scientifiche ben definite.

Sarebbe comunque un errore ignorare l'uso variegato di questo termine e dei termini ad esso collegati o cercare di ridurre ad un singolo concetto e ad una singola esperienza le molte e distinte esperienze alle

¹³ Si veda Lori A. Brotto et al., "Sexual Desire and Pleasure", in *APA Handbook of Sexuality and Psychology*, volume I; Person-based Approaches, APA (2014): 205-244; Stephen B. Levine, "Reexploring the Concept of Sexual Desire", *Journal of Sex and Marital Therapy* 28, n. 1 (2002): 39-51, <http://dx.doi.org/10.1080/009262302317251007>; Lisa M. Diamond, "What Does Sexual Orientation Orient? A Biobehavioral Model Distinguishing Romantic Love and Sexual Desire", *Psychological Review* 110, n. 1 (2003): 173-192, <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.110.1.173>; Gian C. Gonzaga et al., "Romantic Love and Sexual Desire in Close Relationships", *Emotion* 6, n. 2 (2006): 163-179, <http://dx.doi.org/10.1037/1528-3542.6.2.163>.

¹⁴ Alexander R. Pruss, *One Body: An Essay in Christian Sexual Ethics* (Notre Dame, Ind. University of Notre Dame Press, 2012), 360.

¹⁵ "L'operativizzazione" si riferisce al modo in cui gli studiosi delle scienze sociali rendono misurabile una variabile. L'omosessualità può essere operativizzata come le risposte dei partecipanti a un sondaggio a domande sul loro orientamento sessuale. Oppure potrebbe essere operativizzata come risposte a domande sui loro desideri, attrazioni e comportamento. L'operativizzazione delle variabili in modi che misurino con affidabilità il tratto o il comportamento che si sta studiando è una parte difficile ma importante di qualsiasi ricerca nelle scienze sociali.

quali potrebbero riferirsi. Come vedremo, farlo potrebbe in alcuni casi ripercuotersi negativamente sulla valutazione e sul trattamento dei pazienti.

Il contesto del desiderio sessuale

Possiamo ulteriormente chiarificare il complesso fenomeno del desiderio sessuale se esaminiamo la sua relazione con altri aspetti della nostra vita. Per farlo, prendiamo a prestito alcuni strumenti concettuali da una tradizione filosofica nota come fenomenologia, che concepisce l'esperienza umana come derivante il proprio significato dall'intero contesto in cui essa si manifesta.

La testimonianza dell'esperienza induce a pensare che la propria esperienza del desiderio e della attrazione sessuali non sia volontaria, almeno non in modo immediato. Tutta la serie di inclinazioni che generalmente associamo all'esperienza del desiderio sessuale – che sia l'impulso a compiere atti particolari o a godere di certe relazioni - non sembra essere esclusivamente il prodotto di una qualsiasi scelta deliberata. I nostri appetiti sessuali (come altri appetiti naturali) vengono sperimentati come dati, anche se la loro espressione è modellata in modi impercettibili da molti fattori, che potrebbero certamente comprendere la volizione. Per la verità, lungi dall'apparire un prodotto della nostra volontà, il desiderio sessuale - in qualsiasi modo lo definiamo – viene spesso sperimentato come una forza potente, simile alla fame, che molte persone (specialmente nell'adolescenza) faticano a orientare e controllare. Inoltre, il desiderio sessuale può avere un impatto involontario sull'attenzione o colorare le percezioni, le esperienze e gli incontri quotidiani. Ciò che sembra in certa misura sotto il nostro controllo è il modo in cui scegliamo di convivere con questo appetito, come lo integriamo con il resto della nostra vita.

Ma rimane la domanda: che cose è il desiderio sessuale? Cos'è questa parte della nostra vita che consideriamo data, prima ancora della nostra capacità di riflettere e fare scelte razionali al riguardo? Sappiamo che un qualche genere di appetito sessuale è presente negli animali non umani, come è evidente nel ciclo estrale dei mammiferi; nella maggior parte delle specie mammifere l'eccitamento e la ricettività sessuali sono legati alla fase del ciclo ovarico durante la quale la femmina è riproduttivamente recettiva.¹⁶ Una delle caratteristiche abbastanza uniche dell'*homo sapiens*, condivisa solo con pochi altri primati, è che il desiderio sessuale non è legato esclusivamente al ciclo ovarico della donna.¹⁷ Alcuni biologi hanno affermato che questo significa che il desiderio sessuale negli umani si è evoluto per facilitare la formazione di relazioni di supporto tra i genitori, che si aggiunge allo scopo biologico più basilare della riproduzione. Qualunque sia la spiegazione delle origini e delle funzioni biologiche della sessualità umana, l'esperienza vissuta dei desideri sessuali è carica di un valore che va oltre gli scopi biologici ai quali i desideri e i comportamenti sessuali sono utili. Questo valore non è semplicemente un'aggiunta soggettiva alle realtà fisiologiche e funzionali più basilari, ma qualcosa che pervade la nostra esperienza vissuta della sessualità.

Come hanno osservato i filosofi che studiano la struttura dell'esperienza cosciente, il nostro modo di sperimentare il mondo è modellato dalla nostra “mente incarnata, abilità corporee, contesto culturale, linguaggio e altre pratiche sociali”.¹⁸ Molto prima che la maggior parte di noi sperimenti qualcosa che sia in qualche modo simile a ciò che associamo tipicamente al desiderio sessuale, siamo già irretiti in un contesto

¹⁶ Neil A. Campbell e Jane B. Reece, *Biology*, settima edizione (San Francisco: Pearson Education, 2005), 973.

¹⁷ Si veda, per esempio, Nancy Burley, “The Evolution of Concealed Ovulation”, *American Naturalist* 114, n. 6 (1979): 835-858, <http://dx.doi.org/10.1086/283532>.

culturale e sociale che coinvolge altre persone, sentimenti, emozioni, opportunità, deprivazioni e così via. Forse la sessualità, come altri fenomeni umani che entrano gradualmente a fare parte della nostra costituzione psicologica, ha le proprie radici in queste precoci esperienze che costruiscono significato. Se la costruzione del significato è parte integrante dell'esperienza umana in generale, è probabile che abbia un ruolo chiave in modo particolare nell'esperienza sessuale. E, poiché la volizione è operativa in questi altri aspetti della nostra vita, è ovvio che la volizione sia operativa anche nella nostra esperienza della sessualità, seppure come uno tra molti altri fattori.

Questo non è per suggerire che la sessualità – compreso il desiderio, l'attrazione e l'identità sessuali – sia il risultato di un qualche calcolo decisionale deliberato. Sebbene la volizione giochi un ruolo importante nella sessualità, la volizione stessa è piuttosto complessa: molte, forse la maggior parte, delle nostre scelte volitive non sembrano presentarsi sotto forma di decisioni distinte, coscienti o deliberate; “volitivo” non significa necessariamente “deliberato”. La vita di un agente desiderante, volitivo, comprende molti schemi di comportamento impliciti, dovuti ad abitudini, esperienze passate, ricordi e modi impercettibili di assumere e abbandonare atteggiamenti diversi rispetto alla propria vita.

Se qualcosa come questo genere di comprensione della vita di un agente desiderante, volitivo, è vero, allora noi non “scegliamo” deliberatamente gli oggetti dei nostri desideri sessuali più di quanto non scegliamo gli oggetti dei nostri altri desideri. Sarebbe più preciso dire che gradualmente ci avviciniamo e ci abbandoniamo ad essi nel corso della nostra crescita e del nostro sviluppo. Questo processo in cui formiamo e riformiamo noi stessi come esseri umani è simile a ciò che Abraham Maslow chiama autorealizzazione.¹⁹ Perché la sessualità dovrebbe essere un'eccezione a questo processo? Nel quadro che stiamo presentando, i fattori interiori, come la nostra costituzione genetica, e i fattori ambientali esteriori, come le esperienze passate, sono solo degli ingredienti, per quanto importanti, nella complessa esperienza umana del desiderio sessuale.

L'orientamento sessuale

Proprio come il concetto di “desiderio sessuale” è complesso e difficile da definire, non ci sono al momento definizioni condivise di “orientamento sessuale”, “omosessualità” o “eterosessualità” ai fini della ricerca empirica. L'omosessualità, per esempio, dovrebbe essere definita facendo riferimento ai desideri di impegnarsi in particolari atti con individui dello stesso sesso, oppure a una storia che abbia come schema l'aver compiuto tali atti, oppure a particolari caratteristiche nei desideri o nelle fantasie segreti di una persona, o, ancora, a un costante impulso a ricercare l'intimità con membri del proprio sesso, o a una identità sociale imposta da se stessi o da altri, o a qualcosa di completamente diverso?

Già nel 1896, in un volume sull'omosessualità, il pensatore francese Marc-André Raffalovich sosteneva che vi fossero più di dieci diversi tipi di inclinazione affettiva o di comportamento rappresentati dal termine “omosessualità” (o ciò che lui chiamava “unisessualità”).²⁰ Raffalovich conosceva da vicino l'argomento: aveva steso la cronistoria del processo, dell'imprigionamento e della conseguente caduta in disgrazia dal

¹⁸ David Woodruff Smith, “Phenomenology”, *Stanford Encyclopedia of Philosophy* (2013), <http://plato.stanford.edu/entries/phenomenology/>.

¹⁹ Si veda, per esempio, Abraham Maslow, *Motivation and Personality*, terza edizione (New York: Addison-Wesley Educational Publishers, 1987). (Traduzione italiana *Motivazione e Personalità*, pubblicata da Armando Editore nel 2010).

punto di vista sociale dello scrittore Oscar Wilde, che era stato perseguito per “atti osceni” con altri uomini. Raffalovich stesso intrattenne una prolungata e intima relazione con John Gray, un uomo di lettere che si ritiene abbia ispirato il classico di Wilde *Il ritratto di Dorian Gray*.²¹ Potremmo anche considerare la vasta letteratura psicoanalitica a partire dai primi anni del ventesimo secolo sull'argomento del desiderio sessuale, in cui le esperienze dei singoli soggetti e i loro casi clinici sono catalogati molto dettagliatamente. Questi esempi storici mettono in rilievo la complessità che i ricercatori si trovano ad affrontare ancora oggi quando cercano di giungere a categorizzazioni nette dei fenomeni affettivi e comportamentali molto variegati che sono associati al desiderio sessuale, sia nelle attrazioni omosessuali sia in quelle eterosessuali.

Potremmo confrontare per contrasto questa complessità intrinseca con un diverso fenomeno, che può essere delineato senza ambiguità, come la gravidanza. Con rare eccezioni, una donna è incinta o non lo è, il che rende la classificazione agli scopi di studio dei soggetti della ricerca relativamente semplice: comparare delle donne incinte con altre donne non incinte. Ma come possono i ricercatori confrontare, facciamo un esempio, uomini “gay” e uomini “etero” all'interno di un singolo studio, o all'interno di una serie di studi, senza definizioni esaustive e reciprocamente escludenti dei termini “gay” e “etero”?

Per maggiore precisione, alcuni ricercatori definiscono i concetti associati alla sessualità umana lungo un continuum o una scala basati sulle gradazioni di pervasività, rilevanza o intensità. Alcune scale si concentrano sia sull'intensità sia sugli oggetti del desiderio sessuale. Tra le più comuni e ampiamente usate c'è la scala Kinsey, sviluppata negli anni '40 per classificare i desideri e gli orientamenti sessuali usando criteri ritenuti misurabili. Si chiede alle persone di scegliere tra una delle seguenti opzioni:

- 0 – esclusivamente eterosessuale
- 1 – prevalentemente eterosessuale, solo occasionalmente omosessuale
- 2 – prevalentemente eterosessuale, ma più che occasionalmente omosessuale
- 3 – in ugual misura eterosessuale e omosessuale
- 4 – prevalentemente omosessuale, ma più che occasionalmente eterosessuale
- 5 – prevalentemente omosessuale, solo occasionalmente eterosessuale
- 6 – esclusivamente omosessuale²²

Tuttavia, in questo approccio ci sono limiti considerevoli. In linea di principio, questo genere di misurazioni è prezioso per la ricerca nelle scienze sociali. Per esempio, possono essere usate nei test empirici come il classico “test t”, che è utile ai ricercatori per la misurazione delle differenze statisticamente significative tra set di dati. Molte delle misurazioni nelle scienze sociali sono tuttavia “ordinali”, ovvero le variabili sono ordinate lungo un unico continuum monodimensionale, ma non sono intrinsecamente significative al di là di questo. Nel caso della scala Kinsey, la situazione è persino peggiore, perché misura l'auto-identificazione degli individui, mentre non chiarisce se i valori che questi riferiscono siano tutti in relazione con lo stesso

²⁰ Marc André Raffalovich, *Uranisme et unisexualité: étude sur différentes manifestations de l'instinct sexuel* (Lyon, France: Storck, 1896).

²¹ Si veda, in generale, Brocard Sewell, *In the Dorian Mode: Life of John Gray 1866-1934* (Padstow, Cornwall, U.K.: Tabb House, 1983).

²² Per ulteriori informazioni sulla scala Kinsey, si veda “Kinsey's Heterosexual-Homosexual Rating Scale”, Kinsey Institute - Indiana University, <http://www.kinseyinstitute.org/research/publications/kinsey-scale.php>.

aspetto della sessualità – persone diverse potrebbero intendere che i termini “eterosessuale” e “omosessuale” si riferiscano a sentimenti di attrazione o eccitazione, o a fantasie, o a comportamenti, o a una qualsiasi combinazione di questi elementi. L'ambiguità dei termini limita pesantemente l'utilizzo della scala Kinsey come misurazione classificatoria che attribuisca una posizione alle variabili lungo un unico continuum monodimensionale. Non è quindi chiaro come questa scala sia utile ai ricercatori per stabilire una classificazione, per quanto rudimentale, tra i gruppi interessati usando criteri qualitativi, ancor meno per stabilire un ordine tra variabili o condurre esperimenti controllati.

Forse, data la complessità intrinseca dell'argomento, i tentativi di escogitare scale “oggettive” di questo genere sono fallaci. In una critica di questi approcci alle scienze sociali, il filosofo e neuropsicologo Daniel N. Robinson sottolinea che “le affermazioni che si prestano a interpretazioni differenti non diventano 'oggettive' semplicemente antepoendo loro un numero”.²³

Le identificazioni dichiarate dai soggetti interessati facendo ricorso a etichette connotate culturalmente e intrinsecamente complesse potrebbero semplicemente non essere in grado di offrire una base oggettiva per misurazioni quantitative negli individui o tra gruppi diversi.

Un altro ostacolo per la ricerca in questo campo può essere la convinzione diffusa, ma non saldamente fondata, che i desideri romantici siano sublimazioni dei desideri sessuali. Questa idea, ascrivibile alla teoria di Freud delle pulsioni inconsce, è stata messa in discussione dalla ricerca sulla “teoria dell'attaccamento” sviluppata da John Bowlby negli anni '50 del '900.²⁴

Approssimativamente, la teoria dell'attaccamento sostiene che le esperienze affettive posteriori che vengono spesso raggruppate sotto la voce generale di “esperienze sentimentali” si spiegano in parte con i comportamenti di attaccamento nella prima infanzia (associati a figure materne o di caregiver) – non con le pulsioni sessuali inconsce. I desideri romantici/sentimentali, secondo questa linea di pensiero, potrebbero non essere così fortemente correlati con i desideri sessuali come comunemente si pensa. Tutto questo per dire che le definizioni semplici dei concetti relativi alla sessualità umana non possono essere prese per buone e che la ricerca empirica in corso a volte cambia o complica i significati dei concetti.

Se guardiamo alle ricerche recenti, vediamo che gli scienziati fanno spesso ricorso a una di tre categorie quando cercano di classificare le persone come “omosessuali” o “eterosessuali”: il *comportamento* sessuale, le *fantasie* sessuali (o esperienze emotive o affettive a queste collegate); e l'*autoidentificazione* (come “gay”, “lesbica”, “bisessuale”, “asessuale” e così via).²⁵ Alcuni ne aggiungono una quarta: l'inclusione in una comunità definita dall'orientamento sessuale. Si consideri per esempio la definizione di orientamento sessuale in un documento del 2008 della American Psychological Association, pensato per informare il pubblico:

L'orientamento sessuale fa riferimento a uno schema duraturo di *attrazioni* emotive, sentimentali e/o sessuali verso uomini, donne o entrambi i sessi. L'orientamento sessuale si riferisce anche al senso di *identità* di una persona sulla base di quelle attrazioni, di *comportamenti* correlati e della appartenenza a una *comunità* di altre persone che condividono quelle attrazioni. La ricerca nel

²³ Dossier come *Amicus Curiae* di Daniel N. Robinson a sostegno dei richiedenti e a sostegno del ribaltamento, *Hollingsworth v. Perry*, 133 S. Ct. 2652 (2013).

²⁴ Si veda, per esempio, John Bowlby, “The Nature of the Child's Tie to His Mother”, *The International Journal of Psycho-Analysis* 39 (1958): 350-373.

²⁵ Edward O. Laumann et al., *The Social Organization of Sexuality: Sexual Practices in the United States* (Chicago: University of Chicago Press, 1994).

corso di diversi decenni ha dimostrato che l'orientamento sessuale varia, lungo un *continuum*, dalla esclusiva attrazione verso il sesso opposto fino alla attrazione esclusiva verso lo stesso sesso.²⁶ [corsivo nostro]

Una difficoltà nel raggruppare insieme queste categorie sotto la voce generale “orientamento sessuale” è che la ricerca induce a pensare che spesso nella vita reale non siano coincidenti. Il sociologo Edward O. Laumann e colleghi riassumono questo punto in modo chiaro in un libro del 1994:

Sebbene vi sia nel nostro sondaggio un nucleo di persone (circa il 2,4 % del totale degli uomini e circa l'1,3 % del totale delle donne) che *si definiscono* omosessuali o bisessuali, hanno *partner* dello stesso sesso, ed esprimono *desideri* omosessuali, ci sono anche gruppi consistenti che non si considerano omosessuali o bisessuali ma hanno avuto esperienze omosessuali in età adulta o esprimono un qualche grado di desiderio...[Q]uesta analisi preliminare fornisce una prova inequivocabile che non si può dare una descrizione accurata e valida dell'incidenza e della prevalenza della omosessualità nella popolazione generale attraverso un singolo numero. In sintesi, l'omosessualità è fondamentalmente un fenomeno multidimensionale che ha molteplici significati e interpretazioni, secondo il contesto e lo scopo.²⁷ [corsivo nostro]

Più recentemente, in uno studio del 2002, gli psicologi Lisa M. Diamond e Ritch C. Savin-Williams sostengono qualcosa di simile:

Più i ricercatori sono accurati nel tracciare una mappa di queste costellazioni – distinguendo, per esempio, tra *identità di genere* e *identità sessuale*, *desiderio sessuale* e *comportamento sessuale*, sentimenti *sessuali* e sentimenti *affettuosi*, *attrazioni* e *fantasie* precoci piuttosto che tardive, o *identificazioni sociali* e *profili sessuali* – più il quadro si complica, perché pochi individui riferiscono correlazioni uniformi tra questi ambiti.²⁸ [corsivo nostro]

Alcuni ricercatori riconoscono le difficoltà nel raccogliere queste varie componenti sotto una sola voce. Per esempio i ricercatori John C. Gonsiorek e James D. Weinrich scrivono in un libro del 1991: “Si può tranquillamente presumere che non ci sia alcuna relazione necessaria tra il comportamento sessuale di una persona e la sua identità, a meno che non siano entrambi valutati individualmente”.²⁹ In modo analogo, in una review delle ricerche sullo sviluppo dell'orientamento sessuale nelle donne del 1999, la psicologa sociale Letitia Anne Peplau afferma: “È ampiamente documentato che le attrazioni e i comportamenti omosessuali non sono inevitabilmente o intrinsecamente legati all'identità di una persona”.³⁰

²⁶ American Psychological Association, “Answers to Your Questions for a Better Understanding of Sexual Orientation & Homosexuality”, 2008, <http://www.apa.org/topics/lgbt/orientation.pdf>.

²⁷ Laumann et al., *The Social Organization of Sexuality*, 300-301.

²⁸ Lisa M. Diamond e Ritch C. Savin-Williams, “Gender and Sexual Identity” in *Handbook of Applied Development Science*, a cura di Richard M. Lerner, Francine Jacobs e Donald Wertlieb (Thousand Oaks, Calif.:SAGE Publications, 2002), 101. Si veda anche A.Elfin Moses e Robert O. Hawkins, *Counseling Lesbian Women and Gay Men: A Life-Issues Approach* (Saint Louis, MO.: Mosby, 1982).

²⁹ John C. Gonsiorek e James D. Weinrich, “The Definition and Scope of Sexual Orientation”, in *Homosexuality: Research Implications for Public Policy*, a cura di John C. Gonsiorek e James D. Weinrich (Newberry Park, Calif.: SAGE Publications, 1991), 8.

³⁰ Letitia Anne Peplau et al., “The Development of Sexual Orientation in Women”, *Annual Review of Sex Research* 10, n. 1 (1999): 83, <http://dx.doi.org/10.1080/10532528.1999.10559775>.

In sintesi, le complessità che circondano il concetto di “orientamento sessuale” presentano delle considerevoli sfide per la ricerca empirica sull'argomento. Sebbene il pubblico generale possa avere l'impressione che vi siano definizioni scientifiche ampiamente accettate di termini come “orientamento sessuale”, di fatto, non ci sono. La valutazione di Diamond della situazione nel 2003 è vera ancora oggi: “non c'è attualmente alcun consenso scientifico o popolare sulla precisa costellazione di esperienze che 'qualificano' definitivamente un individuo come lesbica, gay o bisessuale”.³¹

È a causa di queste complessità che alcuni ricercatori, per esempio Laumann, procedono su questa strada, definendo l'orientamento sessuale un “fenomeno multidimensionale”. Tuttavia ci si potrebbe anche chiedere se, tentando di costringere questo “fenomeno multidimensionale” dentro un'unica categoria non stiamo reificando un concetto che corrisponde a qualcosa che è in realtà troppo plastico e nebuloso per essere di qualche valore nella ricerca scientifica. Benché si ritenga spesso che le etichette come “eterosessuale” e “omosessuale” designino dei tratti psicologici o persino biologici, stabili, forse non è così. Può essere che le esperienze affettive, sessuali e i comportamentali degli individui mal si adattino a queste etichette categoriche, perché queste etichette, effettivamente, non si riferiscono a categorie naturali (psicologiche o biologiche). Quanto meno, dovremmo riconoscere che non abbiamo ancora un quadro chiaro e ben definito per la ricerca su queste tematiche. Piuttosto che cercare di condurre ricerche sul desiderio, l'attrazione, l'identità e il comportamento sessuali sotto l'unica categoria di “orientamento sessuale”, potrebbe essere meglio esaminare empiricamente ciascun ambito in modo separato e nella propria specificità.

A tal fine, questa parte del nostro report prende in considerazione la ricerca sul desiderio e sulla attrazione sessuali, concentrandosi sulle scoperte empiriche relative all'eziologia e allo sviluppo e mettendo in evidenza le complessità soggiacenti. Continueremo ad utilizzare termini ambigui come “orientamento sessuale” laddove vengono usati dagli autori di cui parliamo, ma cercheremo di prestare attenzione al contesto in cui vengono impiegati e alle ambiguità ad essi legate.

Mettere in discussione l'ipotesi del “nati così”

Tenendo presenti queste riflessioni sui problemi relativi alle definizioni, prendiamo in considerazione la questione di come i desideri sessuali abbiano origine e si sviluppino. Si prendano in considerazione i diversi schemi di attrazione tra individui che riferiscono di provare un'attrazione sessuale o sentimentale prevalente verso membri dello stesso sesso e individui che riferiscono di provare una attrazione sessuale o sentimentale prevalente verso membri del sesso opposto. Quali sono le cause di questi due schemi di attrazione? Queste attrazioni o preferenze sono delle caratteristiche innate, forse determinate dai nostri geni od ormoni prenatali? Sono caratteristiche acquisite attraverso fattori legati alle esperienze, all'ambiente o alla volizione? O si sviluppano dalla combinazione di entrambe le categorie causali? Quale ruolo ha, se ce l'ha, l'agire umano nella genesi degli schemi di attrazione? Quale eventuale ruolo giocano le influenze culturali o sociali?

La ricerca indica che sebbene sia possibile che dei fattori genetici o innati influenzino l'emergere di attrazioni per lo stesso sesso, questi fattori biologici non possono offrire una spiegazione completa e anche i fattori ambientali ed esperienziali possono avere un ruolo importante.

³¹ Lisa M. Diamond, “New Paradigms for Research on Heterosexual and Sexual Minority Development”, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 32, n. 4 (2003): 492.

L'opinione più comunemente accettata nelle conversazioni popolari – il concetto del “nati così”, secondo il quale l'omosessualità e l'eterosessualità sono biologicamente innate o il prodotto di fattori evolutivi molto precoci – ha portato molti non-specialisti a pensare che l'omosessualità o l'eterosessualità siano in una data persona immutabili e interamente determinate a prescindere da scelte, comportamenti, esperienze di vita e contesti sociali. Tuttavia, come mostra la seguente trattazione della letteratura scientifica pertinente, questa opinione non è adeguatamente supportata dalla ricerca.

Gli studi sui gemelli

Un importante progetto di ricerca per valutare se le caratteristiche biologiche o psicologiche hanno una base genetica è lo studio dei gemelli identici. Se c'è un'alta probabilità che entrambi i membri in una coppia di gemelli identici, che condividono lo stesso genoma, presentino una caratteristica quando essa è presente in uno dei due – si parla di tasso di concordanza – allora si può desumere che i fattori genetici sono probabilmente in gioco in quella caratteristica. Se tuttavia il tasso di concordanza nei gemelli identici non è superiore al tasso di concordanza per la stessa caratteristica nei gemelli eterozigoti, che hanno in comune (in media) solo la metà dei loro geni, questo indica che l'ambiente che essi condividono potrebbe essere un fattore più importante dei geni che hanno in comune.

Uno dei pionieri della genetica comportamentale e uno dei primi ricercatori ad impiegare i gemelli per studiare l'effetto dei geni sulle caratteristiche, compreso l'orientamento sessuale, fu lo psichiatra Franz Joseph Kallmann. In uno scritto pubblicato nel 1952 che costituisce una pietra miliare, egli riferiva che in tutte le coppie di gemelli omozigoti che aveva studiato, se uno dei gemelli era omosessuale, allora lo erano entrambi, producendo uno stupefacente tasso di concordanza del 100% per l'omosessualità nei gemelli identici.³² Se questo studio fosse stato replicato e meglio progettato, avrebbe dato un precoce sostegno all'ipotesi del “nati così”. Ma lo studio subì pesanti critiche. Per esempio, il filosofo e docente di diritto Edward Stein osserva che Kallmann non forniva alcuna prova che i gemelli nel suo studio fossero effettivamente geneticamente identici, e che il suo campione era stato composto reclutando tra pazienti psichiatrici, prigionieri e altri, attraverso quelli che Kallmann descriveva come “contatti diretti con il mondo omosessuale clandestino”; questo portò Stein a sostenere che il campione di Kallmann “non costituiva in alcun modo uno spaccato ragionevole della popolazione omosessuale”.³³ (I campioni come quello di Kallman sono noti come campioni di convenienza, il che implica la selezione di soggetti all'interno di popolazioni agevolmente raggiungibili dal ricercatore).

Ciò nonostante, studi ben progettati sui gemelli, che analizzano la genetica dell'omosessualità, indicano che è probabile che i fattori genetici giochino un qualche ruolo nel determinare l'orientamento sessuale. Per esempio, nel 2000, lo psicologo J. Michael Bailey e colleghi condussero un importante studio sull'orientamento sessuale utilizzando i gemelli nell'Australian National Health and Medical Research Council Twin Registry,³⁴ un ampio campione probabilistico, che era quindi più probabile fosse

³² Franz J. Kallman, “Comparative Twin Study on the Genetic Aspects of Male Homosexuality”, *Journal of Nervous and Mental Disease* 115, n. 4 (1952): 283-298, <http://dx.doi.org/10-1097/00005053-195201000-00025>.

³³ Edward Stein, *The Mismeasure of Desire: The Science, Theory, and Ethics of Sexual Orientation* (New York: Oxford University Press, 1999), 145.

rappresentativo della popolazione generale rispetto a quello di Kallman.³⁵ Lo studio impiegava la scala Kinsey per operativizzare l'orientamento sessuale e stimava i tassi di concordanza per l'omosessualità al 20% per gli uomini e al 24% per le donne nei gemelli identici (materni, monozigoti), rispetto allo 0% per gli uomini e al 10% per le donne in gemelli non identici (fraterni, eterozigoti).³⁶ La differenza nei tassi di concordanza stimati era statisticamente significativa per gli uomini ma non per le donne. Sulla base di questi risultati, i ricercatori stimarono che l'ereditarietà dell'omosessualità fosse per gli uomini pari a 0,45 con un ampio intervallo di confidenza del 95% tra 0,00 e 0,71; per le donne 0,08 con un intervallo di confidenza di analoga ampiezza tra 0,00 e 0,67. Queste stime indicano che per i maschi il 45% delle differenze tra determinati orientamenti sessuali (omosessualità versus eterosessualità come da misurazione secondo la scala Kinsey) potrebbe essere attribuito a differenze genetiche.

Gli ampi intervalli di confidenza nello studio di Bailey e colleghi significano che dobbiamo essere prudenti nel valutare la significatività sostanziale di questi risultati. Gli autori interpretano i loro risultati come indicativi che “qualsiasi importante gene per l'omosessualità in senso stretto ha o una bassa penetranza o una bassa frequenza,³⁷ ma i loro dati presentavano in effetti una (marginale) significatività statistica. Sebbene le stime di concordanza appaiano piuttosto alte nei modelli impiegati, gli intervalli di confidenza sono così ampi che è difficile giudicare l'affidabilità, replicabilità compresa, di queste stime.

Vale la pena di chiarire qui cosa significa “ereditarietà” in questi studi, poiché il significato tecnico nella genetica delle popolazioni è più ristretto e preciso rispetto al significato della parola nell'uso quotidiano. L'ereditarietà è una misura di quanto la variazione di una particolare caratteristica in una popolazione possa essere attribuita alla variazione dei geni in quella popolazione. Non è, tuttavia, una misura di quanto una caratteristica sia geneticamente determinata.

Caratteristiche che sono quasi interamente determinate geneticamente possono avere valori di ereditarietà molto bassi, mentre è possibile che si riscontri un'alta ereditarietà per caratteristiche quasi prive di una base genetica. Per esempio, il numero di dita negli esseri umani è quasi completamente determinato geneticamente. Ma c'è una variazione ridotta nel numero di dita presenti negli esseri umani, e la maggior

³⁴ Dalla fine degli anni '70 sono state inserite nel registro oltre 30.000 coppie di gemelli, rendendolo una risorsa per ricerche scientifiche in campo medico e sanitario (n.d.t.).

³⁵ J. Michael Bailey, Michael P. Dunne e Nicholas G. Martin, “Genetic and environmental influences on sexual orientation and its correlates in an Australian twin sample”, *Journal of Personality and Social Psychology* 78, n. 3 (2000): 524-536, <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.78.3.524>.

³⁶ Bailey e colleghi calcolarono questi tassi di concordanza utilizzando un criterio “rigido” per determinare la non eterosessualità, ovvero un punteggio Kinsey pari o maggiore di 2. Calcolarono anche un i tassi di concordanza utilizzando un criterio “elastico”, un punteggio Kinsey pari o maggiore di 1. i tassi di concordanza per questo criterio elastico erano del 38% per gli uomini e del 30% per le donne nei gemelli identici, rispetto al 6% per gli uomini e al 30% per le donne nei gemelli fraterni. Le differenze dei tassi di concordanza tra gemelli identici e gemelli fraterni utilizzando il criterio elastico erano statisticamente significative per gli uomini, ma non per le donne.

³⁷ Bailey, Dunne e Martin, “Genetic and environmental influences on sexual orientation and its correlates in an Australian twin sample”, 534.

parte delle variazioni che osserviamo è dovuta a fattori non genetici, come gli incidenti; questo porterebbe a delle stime di bassa ereditarietà relativamente a questa caratteristica. Di contro, le caratteristiche culturali possono risultare a volte fortemente ereditarie. Per esempio il fatto che un individuo portasse gli orecchini nell'America della metà del ventesimo secolo, sarebbe risultato altamente ereditario, perché era fortemente associato all'essere maschio o femmina, il che a sua volta è associato al possesso dei cromosomi sessuali XX o XY; questo rende la variabilità del comportamento relativo all'indossare gli orecchini fortemente associato a differenze genetiche, nonostante esso sia un fenomeno culturale più che biologico. Oggi le stime di ereditarietà per il comportamento di indossare gli orecchini sarebbero inferiori rispetto all'America della metà del ventesimo secolo, non perché ci sia stato un qualche cambiamento nel pool di geni americani, ma perché c'è maggiore accettazione degli uomini che indossano gli orecchini.³⁸

Quindi, una stima di ereditarietà di 0,45 non significa che il 45% della sessualità è determinato dai geni. Significa piuttosto che il 45% della variazione tra gli individui della popolazione studiata può essere attribuita in qualche modo a fattori genetici, e non, al contrario, a fattori ambientali.

Nel 2010 l'epidemiologo psichiatrico Niklas Långström e colleghi condussero un ampio e sofisticato studio su gemelli riguardante l'orientamento sessuale, esaminando i dati di 3.826 coppie di gemelli identici e fraterni dello stesso sesso (2.320 coppie di gemelli identici e 1.506 di gemelli fraterni).³⁹ I ricercatori hanno operativizzato l'omosessualità in termini di partner sessuali dello stesso sesso nel corso della vita. I tassi di concordanza del campione furono un po' inferiori rispetto a quelli riscontrati nello studio di Bailey e colleghi. Rispetto all'aver avuto almeno un partner dello stesso sesso, la concordanza per gli uomini era del 18% per i gemelli identici e 11% nei gemelli fraterni; per le donne, rispettivamente 22% e 17%. Per il numero totale dei partner sessuali, i tassi di concordanza per gli uomini erano del 5% nei gemelli identici e 0% nei gemelli fraterni; per le donne, rispettivamente 11% e 7%.

Per gli uomini questi tassi depongono per un tasso di ereditarietà stimato di 0,39 per avere avuto nella vita almeno un compagno dello stesso sesso (intervallo di confidenza del 95% tra 0,00 e 0,59), e di 0,34 per il numero totale di partner dello stesso sesso (intervallo di confidenza del 95% tra 0,00 e 0,53). Fattori ambientali sperimentati da un gemello, ma non dall'altro spiegavano, rispettivamente, il 61% e 66% della varianza, mentre i fattori ambientali comuni a entrambi i gemelli non riuscivano a spiegare alcuna varianza. Per le donne, il tasso di ereditarietà per almeno un partner dello stesso sesso nella propria vita era di 0,19 (intervallo di confidenza del 95% tra 0,11 e 0,49); per il numero totale di partner dello stesso sesso era di 0,18 (intervallo di confidenza del 95% tra 0,11 e 0,45). Fattori ambientali unici davano ragione, rispettivamente, del 64% e 66% della varianza, mentre fattori ambientali condivisi davano ragione, rispettivamente, del 17% e 16% di essa. Questi valori indicano che, sebbene la componente genetica del comportamento omosessuale sia tutt'altro che trascurabile, i fattori ambientali non condivisi giocano un ruolo cruciale, forse preponderante. Gli autori concludono che l'orientamento sessuale ha origine da

³⁸ Questi esempi sono tratti da Ned Block, "How heritability misleads about race", *Cognition* 56, n. 2 (1995): 103-104, [http://dx.doi.org/10.1016/0010-0277\(95\)00678-R](http://dx.doi.org/10.1016/0010-0277(95)00678-R).

³⁹ Niklas Långström et al., "Genetic and Environmental Effect on Same-sex Sexual Behavior: A Population Study of Twins in Sweden", *Archives of Sexual Behavior* 39, n. 1 (2010): 75-80, <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-008-9386-1>.

influenze sia ereditarie sia ambientali uniche per ciascun individuo, affermando che “i risultati di questo studio supportano l'idea che l'ambiente specifico dell'individuo influenzi di fatto la preferenza sessuale”.⁴⁰

Un altro studio sui gemelli, ampio e rappresentativo a livello nazionale, pubblicato nel 2002 dai sociologi Peter S. Bearman e Hannah Brückner, utilizzò dati dal National Longitudinal Study of Adolescent to Adult Health (comunemente abbreviato in “Add Health”)⁴¹ riguardanti gli adolescenti tra il 7° e 12° anno di scuola.⁴² Lo studio cercò di valutare la rispettiva influenza di fattori sociali, fattori genetici e fattori ormonali prenatali sullo sviluppo di attrazioni per lo stesso sesso. Complessivamente, l'8,7% dei 18.841 adolescenti nel loro studio riferivano attrazioni omosessuali, il 3,1% una relazione sessuale con un partner dello stesso sesso e l'1,5% un comportamento omosessuale. Gli autori analizzarono dapprima l'“ipotesi dell'influenza sociale”, in base alla quale i gemelli di sesso opposto ricevono dalle famiglie una socializzazione meno connotata dal punto di vista del genere rispetto ai gemelli dello stesso sesso o ai fratelli di sesso opposto, e riscontrarono che questa ipotesi era ben supportata nel caso dei maschi. Mentre le gemelle nello studio che facevano parte di una coppia gemellare di sesso opposto erano quelle che tra tutti i gruppi avevano minori probabilità di riferire attrazioni omosessuali (5,3%), i maschi nelle coppie gemellari di sesso opposto erano quelli che con maggiore probabilità riferivano attrazioni omosessuali (16,8%) - più del doppio rispetto ai maschi con una sorella non gemella (16,8% versus 7,3%). Gli autori concludevano che c'erano “considerevoli prove indirette a supporto di un modello di socializzazione a livello individuale”.⁴³

Gli autori hanno anche preso in esame l'“ipotesi del transfer ormonale intrauterino”, secondo la quale l'orientamento sessuale dei gemelli è influenzato da transfer ormonali prenatali tra feti gemellari di sesso opposto. (Si osservi che si tratta di cosa diversa dall'ipotesi più generale secondo la quale gli ormoni prenatali influenzano lo sviluppo dell'orientamento sessuale). Nello studio, il numero di maschi in coppie gemellari di sesso opposto che riferivano attrazione per lo stesso sesso era circa doppio tra quelli che non avevano fratelli maggiori (18,7%) rispetto a quelli che ne avevano (8,8%). Gli autori sostenevano che questo dato era una solida prova contraria all'ipotesi del transfer ormonale, poiché la presenza di fratelli maggiori non dovrebbe ridurre la probabilità di attrazione per lo stesso, se questa attrazione si basasse sui transfer ormonali prenatali. Tuttavia, tale conclusione sembra prematura: le osservazioni sono coerenti con la possibilità che sia i fattori ormonali sia la presenza di un fratello maggiore abbiano un effetto (specialmente se questa ultima va ad influenzare l'effetto dei primi). Questo studio riscontrò anche che non vi è correlazione tra lo sperimentare attrazione per lo stesso sesso e l'aver più fratelli maggiori, come era stato riportato invece in alcuni studi precedenti.⁴⁴

⁴⁰ *Ibid.*, 79.

⁴¹ Si tratta di uno studio longitudinale condotto negli Stati Uniti su un campione di adolescenti che nell'anno scolastico 1994-1995 frequentavano la scuola tra il 7° e 12° anno (*n.d.t.*).

⁴² Peter S. Bearman e Hannah Brückner, “Opposite-Sex Twins and Adolescent Same-Sex Attraction”, *American Journal of Sociology* 107, n.5 (2002): 1179-1205, <http://dx.doi.org/10.1086/341906>.

⁴³ *Ibid.*, 1189.

⁴⁴ Si veda per esempio Ray Balnchard e Anthony F. Bogaert, “Homosexuality in men and number of older brothers”, *American Journal of Psychiatry* 153, n. 1 (1996): 27-31, <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.153.1.27>.

Infine, Bearman e Brückner non trovarono prove di una significativa influenza genetica sull'attrazione sessuale. Perché una tale influenza fosse significativa, i gemelli identici dovrebbero avere tassi di concordanza per l'attrazione per lo stesso sesso significativamente superiori rispetto ai gemelli fraterni o a fratelli non gemelli. Tuttavia nello studio i tassi erano statisticamente simili: i gemelli identici avevano una concordanza del 6,7%, le coppie eterozigoti del 7,2%, e i fratelli del 5,5%. Gli autori conclusero che “è più probabile che qualsiasi influenza genetica, se presente, possa venire espressa solo in specifiche e circoscritte strutture sociali”.⁴⁵ Sulla base dei loro dati, essi avanzarono l'idea che la sola struttura sociale osservata che potrebbe capacitare questa espressione genetica sia la più limitata “socializzazione di genere associata alle coppie gemellari primogenite OS [di sesso opposto]”.⁴⁶ Perciò, ne dedussero che i loro risultati “supportano l'ipotesi secondo la quale una socializzazione meno connotata nel senso del genere nella prima infanzia e nella preadolescenza plasmi successivamente delle preferenze sentimentali per lo stesso sesso”.⁴⁷ Sebbene questi risultati siano suggestivi, sono necessarie ulteriori ricerche per confermare l'ipotesi. Gli autori affermarono anche che i superiori tassi di concordanza per l'attrazione per lo stesso sesso riferiti negli studi precedenti potrebbero non essere affidabili a causa di problemi metodologici, come la non rappresentatività dei campioni e la loro piccola dimensione. (Va notato comunque che queste osservazioni sono state pubblicate prima dello studio di Långström e colleghi di cui si è parlato in precedenza, il quale adotta un progetto di studio che non sembra avere queste limitazioni).

Per conciliare i dati in certa misura contrastanti sulla ereditarietà, potremmo ipotizzare che l'attrazione per lo stesso sesso abbia una maggiore componente ereditaria con l'aumentare dell'età delle persone – ovvero, quando i ricercatori cercano di misurare l'orientamento sessuale in un periodo della vita più avanzato (come nello studio del 2010 di Långström e colleghi) piuttosto che in uno più precoce. Le stime di ereditarietà possono cambiare in relazione all'età in cui una caratteristica viene valutata, perché i mutamenti nei fattori ambientali che potrebbero influenzare la variazione della caratteristica potrebbero variare negli individui ad età diverse, e perché le caratteristiche sottoposte a una influenza genetica potrebbero divenire più definite ad uno stadio successivo nell'evoluzione di un individuo (l'altezza, per esempio, diventa definita nella prima età adulta). Questa ipotesi è suggerita anche da risultanze, di cui parleremo di seguito, secondo le quali l'attrazione per lo stesso sesso potrebbe essere più fluida nell'adolescenza che in successivi stadi dell'età adulta.

In contrasto con gli studi appena sintetizzati, lo psichiatra Kenneth S. Kendler e colleghi condussero un ampio studio su gemelli utilizzando un campione probabilistico di 794 coppie gemellari e 1.380 fratelli non gemelli.⁴⁸ Sulla base dei tassi di concordanza per l'orientamento sessuale (definito in questo studio come identificazione da parte dei soggetti sulla base dell'attrazione), gli autori affermano che i loro risultati “indicano che i fattori genetici potrebbero esercitare una importante influenza sull'orientamento

⁴⁵ Peter S. Bearman e Hannah Brückner, 1198.

⁴⁶ *Ibid.* 1198.

⁴⁷ *Ibid.* 1179.

⁴⁸ Kenneth S. Kendler et al., “Sexual Orientation in a U.S. National Sample of Twin and Nontwin Sibling Pairs”, *American Journal of Psychiatry* 157, n. 11 (2000): 1843-1846, <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.157.11.1843>.

sessuale”.⁴⁹ Lo studio non sembra tuttavia avere la forza necessaria per trarre solide conclusioni relativamente al grado di influenza genetica sulla sessualità: solo 19 delle 324 coppie di gemelli identici avevano un membro non eterosessuale, con una concordanza in 6 delle 19 coppie; 15 delle 240 coppie di gemelli fraterni dello stesso sesso avevano un membro non eterosessuale, con una concordanza in 2 delle 15 coppie. Poiché solo 8 coppie gemellari mostravano una concordanza per la non eterosessualità, la capacità dello studio di tracciare dei confronti tra gemelli identici e fraterni (o tra gemelli e fratelli non gemelli) che abbiano una significatività sostanziale è limitata.

In generale, questi studi indicano che (in base a come viene definita l'omosessualità) in un numero di casi compreso tra il 6% e il 32%, entrambi i membri di una coppia di gemelli identici sarebbero omosessuali se lo fosse uno dei due. Poiché alcuni studi sui gemelli hanno riscontrato dei tassi di concordanza superiori nei gemelli identici rispetto ai gemelli fraterni o ai fratelli non gemelli, potrebbero esserci influenze genetiche sul desiderio sessuale e sulle preferenze di comportamento. È necessario tenere presente che i gemelli identici hanno in genere ambienti – prime esperienze di attaccamento, relazioni tra pari e cose simili – molto più simili dei gemelli fraterni o dei fratelli non gemelli. A causa della loro somiglianza nell'aspetto e nei temperamenti, per esempio, i gemelli identici hanno maggiori probabilità rispetto ai gemelli fraterni o ai fratelli non gemelli di essere trattati in modo simile. Così, alcuni dei maggiori tassi di concordanza potrebbero essere ascrivibili a fattori ambientali piuttosto che genetici. In ogni caso, se i geni davvero giocano un ruolo nel predisporre le persone verso determinati desideri o comportamenti sessuali, questi studi rendono chiaro che le influenze genetiche non possono essere la sola spiegazione.

Riassumendo gli studi sui gemelli, possiamo dire che non c'è prova scientifica affidabile che l'orientamento sessuale sia determinato dai geni di una persona. Ci sono tuttavia prove che i geni abbiano una influenza sull'orientamento sessuale. Quindi la domanda “Le persone omosessuali nascono così?” necessita di una chiarificazione. Non c'è praticamente alcuna prova che chiunque, omosessuale o eterosessuale, sia “nato così”, se questo significa che il loro orientamento sessuale è geneticamente determinato. Ma ci sono delle prove, derivate dagli studi sui gemelli, che è verosimile che alcuni profili genetici aumentino la probabilità che una persona si identifichi successivamente come omosessuale o adotti un comportamento sessuale omosessuale.

Gli studi futuri sui gemelli riguardanti l'ereditarietà dell'orientamento sessuale dovrebbero comprendere delle analisi di campioni più ampi, o delle meta-analisi, o altre revisioni sistematiche per superare il limite di dimensioni del campione e di forza statistica di alcuni degli studi esistenti, oltre che analisi dei tassi di ereditarietà che attraversino diverse dimensioni della sessualità (come l'attrazione, il comportamento e l'identità), per superare le imprecisioni dell'ambiguo concetto di orientamento sessuale e i limiti degli studi che prendono in considerazione solo una di queste dimensioni della sessualità.

Genetica molecolare

Nell'esaminare la questione se, e forse in quale misura, ci possano essere apporti genetici all'omosessualità, abbiamo finora preso in considerazione studi che impiegano metodi di genetica classica per valutare l'ereditarietà di una caratteristica come l'orientamento sessuale, ma che non identificano dei geni

⁴⁹ *Ibid.*, 1845.

particolari che possano essere associati alla caratteristica stessa⁵⁰. Tuttavia, è anche possibile studiare la genetica utilizzando quelli che vengono spesso chiamati metodi molecolari, che forniscono stime di quali particolari variazioni genetiche sono associate a date caratteristiche, siano esse fisiche o comportamentali.

Un tentativo dei primi tempi di identificare una base genetica più precisa per l'omosessualità, fu uno studio del 1993 del genetista Dean Hamer e colleghi su 40 coppie di fratelli omosessuali.⁵¹ Esaminando la storia familiare di omosessualità di questi individui, essi identificarono un possibile legame tra l'omosessualità maschile e la regione Xq28 del cromosoma X. I tentativi di replicare questo studio influente hanno avuto esiti alterni. George Rice e colleghi tentarono senza riuscirci di replicare i risultati di Hamer,⁵² anche se nel 2015 Alan R. Sanders e colleghi riuscirono a replicare i risultati originali di Hamer usando una popolazione più ampia di 409 coppie di gemelli maschi omosessuali e a trovare ulteriori siti genici di collegamento.⁵³ (Poiché l'effetto era limitato, tuttavia, il marcatore genetico non sarebbe stato un buon predittore dell'orientamento sessuale).

Gli studi del legame genetico come quelli di cui abbiamo parlato sopra sono in grado di identificare, osservando gli schemi di trasmissione ereditaria, particolari regioni di cromosomi che potrebbero essere associate ad una caratteristica. Attualmente, uno dei metodi principali per dedurre quali varianti genetiche sono associate ad una caratteristica è lo studio di associazione genome-wide, il quale utilizza le tecnologie di sequenziamento del DNA per identificare particolari differenze nel DNA che potrebbero essere associate ad una caratteristica. Gli scienziati esaminano milioni di varianti genetiche in un grande numero di individui che hanno una particolare caratteristica e di individui che non la presentano e confrontano la frequenza delle varianti genetiche tra coloro che presentano la caratteristica e quelli che non la presentano. Si deduce che specifiche varianti genetiche che si manifestano con maggiore frequenza tra coloro che presentano la caratteristica che in coloro che non la presentano abbiano un'associazione con essa. Gli studi di associazione genome-wide sono diventati popolari negli ultimi anni, tuttavia pochi di questi studi scientifici

⁵⁰ Gli studi di genetica quantitativa, compresi di studi sui gemelli, poggiano su un modello astratto che si basa su molte supposizioni, piuttosto che sulla misurazione di correlazioni tra geni e fenotipi. Questo modello astratto è utilizzato per inferire la presenza di un apporto genetico ad una caratteristica attraverso la correlazione tra parenti. Gli effetti ambientali possono essere controllati in esperimenti su animali da laboratorio, ma negli umani questo non è possibile; è quindi probabile che il meglio che si possa fare sia studiare i gemelli identici cresciuti separatamente. Va tuttavia osservato che anche questi studi possono essere in un qualche modo male interpretati, perché i gemelli identici adottati separatamente tendono ad essere adottati in ambienti socioeconomici simili. Gli studi su gemelli relativi all'omosessualità non comprendono alcun studio su gemelli separati, e i progetti di studio riportano pochi controlli efficaci che tengano conto degli effetti ambientali (per esempio, è probabile che i gemelli identici condividano un ambiente di crescita comune in misura maggiore di quanto non accada per i semplici fratelli o persino per i gemelli fraterni).

⁵¹ Dean H. Hamer et al. "A linkage between DNA markers on the X chromosome and male sexual orientation", *Science* 261, n. 5119 (1993): 321-327, <http://dx.doi.org/10.1126/science.8332896>.

⁵² George Rice et al., "Male Homosexuality: Absence of Linkage to Microsatellite Markers at Xq28", *Science* 284, n. 5414 (1999):665-667, <http://dx.doi.org/10.1126/science.284.5414.665>.

⁵³ Alan R. Sanders et al., "Genome-wide scan demonstrates significant linkage for male sexual orientation", *Psychological Medicine* 45. n.07 (2015): 1379-1388, <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291714002451>.

hanno riscontrato associazioni significative tra varianti genetiche e orientamento sessuale. Il più ampio tentativo di identificare delle varianti genetiche associate all'omosessualità - uno studio di oltre 23.000 individui dal database 23andMe presentato al convegno annuale del 2012 della American Society of Human Genetics - non riscontrò alcun legame che arrivasse a una significatività genome-wide per l'identità omosessuale maschile o femminile.⁵⁴

Quindi, ancora una volta, le prove di una base genetica per l'omosessualità sono inconsistenti e non conclusive; questo induce a pensare che, sebbene i fattori genetici spieghino parte della variazione nell'orientamento sessuale, è poco probabile che l'apporto genetico per questa caratteristica sia forte, e ancora meno che sia determinante.

Come è spesso vero per le tendenze comportamentali umane, potrebbero esserci apporti genetici alla tendenza verso inclinazioni o comportamenti omosessuali. L'espressione fenotipica dei geni è di solito influenzata da fattori ambientali – ambienti diversi potrebbero portare a fenotipi diversi anche per gli stessi geni. Quindi, anche se ci sono fattori genetici che contribuiscono all'omosessualità, le attrazioni o le preferenze sessuali di un individuo potrebbero anche essere influenzate da una serie di fattori ambientali, come gli agenti stressogeni sociali, compreso l'abuso emotivo, fisico o sessuale. Considerare i fattori evolutivi, ambientali, esperienziali, sociali o di volizione sarà indispensabile per arrivare ad un quadro più completo di come si sviluppano gli interessi, le attrazioni e i desideri sessuali.

Il ruolo limitato della genetica

I lettori profani potrebbero a questo punto osservare che, anche al livello puramente biologico della genetica, i triti dibattiti “natura versus cultura” riguardo alla psicologia umana sono stati abbandonati dagli scienziati, i quali riconoscono che non si può offrire alcuna ipotesi credibile per qualsiasi data caratteristica che sarebbe determinata puramente dalla genetica o dall'ambiente. L'ambito in evoluzione dell'epigenetica, per esempio, dimostra che anche per caratteristiche relativamente semplici, la stessa espressione genica può essere influenzata da innumerevoli altri fattori esterni che possono modellare il funzionamento dei geni.⁵⁵ Questo è ancora più importante quando si tratta della relazione tra i geni e caratteristiche complesse come l'attrazione, gli impulsi e i comportamenti sessuali.

Queste relazioni geni-ambiente sono complesse e multidimensionali. I fattori evolutivi non genetici e le esperienze ambientali possono essere in parte scolpite da fattori genetici che agiscono in modi sottili. Per esempio, i genetisti sociali hanno documentato il ruolo indiretto dei geni nei comportamenti allineati tra i pari, tali che l'aspetto fisico di un individuo potrebbe avere un effetto sulla sua inclusione o esclusione da parte di un particolare gruppo sociale.⁵⁶

⁵⁴ E.M. Drabant et al., “Genome-wide Association Study of Sexual Orientation in a Large, Web-based Cohort”, 23andMe, Inc., Mountain View, Calif. (2012), <http://blog.23andme.com/wp-content/uploads/2012/11/Drabant-Poster-v7.pdf>.

⁵⁵ Richard C. Francis, *Epigenetics: How Environment Shapes Our Genes* (New York: W. W. Norton & Company, 2012).

I genetisti contemporanei sanno che i geni possono influenzare la gamma degli interessi e delle motivazioni di una persona, influenzando quindi indirettamente il comportamento. Sebbene i geni potrebbero in questo modo rendere una persona incline a certi comportamenti, sembra meno plausibile che impongano direttamente un comportamento, indipendentemente da un'ampia serie di altri fattori. Essi potrebbero influire sul comportamento in modi più sottili, secondo gli stimoli dell'ambiente esterno (per esempio la pressione da parte dei pari, la suggestione e le gratificazioni comportamentali) insieme a fattori psicologici e costituzione fisica. Dean Hamer, il cui lavoro sul possibile ruolo della genetica nell'omosessualità è stato esaminato in precedenza, spiegò alcune delle limitazioni della genetica comportamentale in un articolo del 2012 su *Science*. “Il vero colpevole [per la mancanza di progressi nella genetica comportamentale] è la supposizione che la ricca complessità del pensiero e dell'emozione umani possa essere ridotta a una relazione semplice, lineare, tra singoli geni e comportamenti...Questo modello eccessivamente semplificato, che soggiace alla maggior parte delle attuali ricerche sulla genetica del comportamento ignora l'importanza cruciale del cervello, dell'ambiente e delle reti di espressione genica”.⁵⁷

Le influenze genetiche su qualsiasi comportamento umano complesso – che siano comportamenti sessuali o interazioni interpersonali – dipendono in parte dalle esperienze di vita degli individui durante la loro maturazione. I geni costituiscono solo una delle molte influenze chiave sul comportamento, che vanno a sommarsi alle influenze ambientali, alle scelte personali e alle esperienze interpersonali. La somma delle evidenze ad oggi indica fortemente che l'apporto dei fattori genetici è modesto. Possiamo dire con sicurezza che i geni non sono la sola causa essenziale dell'orientamento sessuale: ci sono prove che i geni hanno un ruolo modesto nel contribuire allo sviluppo delle attrazioni e dei comportamenti sessuali, ma scarse prove a sostegno di una versione semplicistica che riconduce la natura dell'orientamento sessuale alla teoria del “nati così”.

L'influenza degli ormoni

Un altro ambito di ricerca importante per l'ipotesi che le persone nascano con delle predisposizioni verso diversi orientamenti sessuali comprende le influenze ormonali prenatali sullo sviluppo fisico e sui conseguenti comportamenti tipicamente maschili o femminili nella prima infanzia. Per ragioni etiche e pratiche, il lavoro sperimentale in questo campo è condotto su mammiferi non umani, il che è un limite per la generalizzazione ai casi umani. Tuttavia, i bambini nati con un disturbo dello sviluppo sessuale (DSD) sono di aiuto, rappresentando una popolazione nella quale esaminare l'influenza delle anomalie genetiche ed ormonali sul successivo sviluppo di un'identità e di un orientamento sessuali non tipici.

Si ritiene generalmente che gli ormoni responsabili della differenziazione sessuale esercitino sul feto in fase di sviluppo degli effetti di *organizzazione* – che producono cambiamenti permanenti sulla struttura e sensibilità del cervello, e sono quindi considerati in larga parte irreversibili – o effetti di *attivazione*, che si verificano successivamente nella vita di un individuo (alla pubertà e fino all'età adulta).⁵⁸ È possibile che gli ormoni dell'*organizzazione* preparino strutturalmente i sistemi fetali (compreso il cervello), e gettino le basi

⁵⁶ Si veda, per esempio, Richard P. Ebstein et al., “Genetics of Human Social Behavior”, *Neuron* 65, n. 6 (2010): 831-844, <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuron.2010.02.020>.

⁵⁷ Dean Hamer, “Rethinking Behavior Genetics”, *Science* 298, n. 5591 (2002): 71, <http://dx.doi.org/10.1126/science.1077582>.

per la sensibilità agli ormoni che si presenteranno alla pubertà e oltre, quando l'ormone "attiverà" dei sistemi che sono stati "organizzati" in fase prenatale.

Si pensa che durante la gestazione si verifichino dei periodi in cui ci sono dei picchi di reazione all'ambiente ormonale. Per esempio, si pensa che il testosterone abbia la massima influenza sul feto maschile tra l'ottava e la ventiquattresima settimana, e poi di nuovo alla nascita, fino circa all'età di tre mesi.⁵⁹ Gli estrogeni sono forniti nel corso della gestazione dalla placenta e dal sistema sanguigno della madre.⁶⁰ Gli studi su animali rivelano che potrebbero persino esserci molteplici periodi di sensibilità verso una serie di ormoni, che la presenza di un ormone potrebbe influire sull'azione di un altro e che la sensibilità dei recettori di questi ormoni potrebbero influire sui loro effetti.⁶¹ La differenziazione sessuale, di per sé, è un sistema molto complesso.

Il testosterone, il diidrotestosterone (un metabolita del testosterone e più potente di quest'ultimo), l'estradiolo (che può essere metabolizzato in testosterone), il progesterone e il cortisolo sono degli ormoni specifici di interesse in questo ambito di ricerca. Esponiamo di seguito i percorsi generalmente accettati della normale influenza ormonale sullo sviluppo in utero. Lo schema tipico della differenziazione sessuale nei feti umani comincia con la differenziazione degli organi sessuali in testicoli o ovaie, un processo in gran parte orchestrato geneticamente. Una volta che questi organi si sono differenziati, essi producono degli ormoni specifici, che determinano lo sviluppo dei genitali esterni. Questa finestra di tempo durante la gestazione è il momento in cui gli ormoni esercitano i propri effetti fenotipici e neurologici. Il testosterone secreto dai testicoli contribuisce allo sviluppo dei genitali esterni maschili e influisce sullo sviluppo neurologico nei maschi,⁶² nelle femmine, è l'assenza di testosterone che permette lo sviluppo della struttura dei genitali esterni femminili.⁶³ Degli squilibri di testosterone o estrogeno, così come la loro presenza o

⁵⁸ Per una panoramica sulla distinzione tra gli effetti di organizzazione e di attivazione degli ormoni e sulla sua importanza nel campo dell'endocrinologia, si veda Arthur P. Arnold, "The organizational-activational hypothesis as the foundation for a unified theory of sexual differentiation of all mammalian tissues", *Hormones and Behavior* 55, n. 5 (2009): 570-578, <http://dx.doi.org/10.1016/j.yhbeh.2009.03.011>.

⁵⁹ Melissa Hines, "Prenatal endocrine influences on sexual orientation and on sexually differentiated childhood behavior", *Frontiers in Neuroendocrinology* 32, n. 2 (2011): 170-182, <http://dx.doi.org/10.1016/j.yfrnr.2011.02.006>.

⁶⁰ Eugene D. Albrecht e Gerald J. Pepe, "Estrogen regulation of placental angiogenesis and fetal ovarian development during primate pregnancy", *The International Journal of Developmental Biology* 54, n. 2-3 (2010): 397-408, <http://dx.doi.org/10.1387/ijdb.082758ea>.

⁶¹ Sheri A. Berenbaum, "How Hormones Affect Behavioral and Neural Development: Introduction to the Special Issue on 'Gonadal Hormones and Sex Differences in Behavior'", *Developmental Neuropsychology* 14 (1998): 175-196, <http://dx.doi.org/10.1080.87565649809540708>.

⁶² Jean D. Wilson, Fredrick W. George e James E. Griffin, "The Hormonal Control of Sexual Development", *Science* 211 (1981): 1278-1284, <http://dx.doi.org/10.1126/science.7010602>.

⁶³ *Ibid.*

assenza in specifici periodi cruciali della gestazione, possono causare disturbi dello sviluppo sessuale. (Anche le influenze genetiche o ambientali possono provocare disturbi dello sviluppo sessuale).

È possibile che anche lo stress giochi un ruolo nell'influire sul modo in cui gli ormoni modellano lo sviluppo gonadico, lo sviluppo neurologico e i conseguenti comportamenti tipici di un sesso nella prima infanzia.⁶⁴ Il cortisolo è il principale ormone associato alla reazione allo stress. Esso può avere origine dalla madre, se questa sperimenta dei gravi agenti stressogeni durante la gravidanza, o dal feto sotto stress.⁶⁵ Dei livelli elevati di cortisolo possono verificarsi anche per difetti genetici.⁶⁶ Uno dei disturbi dello sviluppo sessuale più ampiamente studiati è l'iperplasia surrenale congenita (CAH), che può provocare nelle femmine la virilizzazione genitale.⁶⁷ Oltre il 90% dei casi di CAH deriva da una mutazione in un gene che codifica un enzima che aiuta a sintetizzare il cortisolo.⁶⁸ Questo causa una sovrapproduzione di precursori del cortisolo, alcuni dei quali vengono trasformati in androgeni (ormoni associati allo sviluppo sessuale maschile).⁶⁹ Di conseguenza, le bambine nascono con dei genitali virilizzati in misura dipendente dalla gravità del loro difetto genetico.⁷⁰ Nei casi gravi di virilizzazione genitale, si esegue a volte un intervento chirurgico per normalizzare i genitali. Spesso vengono anche somministrate terapie ormonali per mitigare gli effetti dell'eccesso di produzione di androgeni.⁷¹ Le femmine con CAH, che allo stadio fetale sono state esposte a livelli di androgeni superiori alla media, hanno minori probabilità di essere esclusivamente eterosessuali

⁶⁴ Si veda, per esempio, Celina C. C. Cohen-Bendahan, Cornelieke van de Beek e Sheri A. Berenbaum, "Prenatal sex hormone effects on child and sex-typed behavior: methods and findings", *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 29, n. 2 (2005): 353-384, <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2004.11.004>; Mathe Weinstock, "The potential influence of maternal stress hormones on development and mental health of the offspring", *Brain, Behavior, and Immunity* 19, n. 4 (2005): 296-308, <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2004.09.006>; Marta Weinstock, "Gender Differences in the Effects of Prenatal Stress on Brain Development and Behaviour", *Neurochemical Research* 32, n. 10 (2007): 1730-1740, <http://dx.doi.org/10.1007/s11064-007-9339-4>.

⁶⁵ Vivette Glover, T. G. O'Connor e Kieran O'Donnell, "Prenatal stress and the programming of the HPA axis", *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 35, n.1 (2010): 17-22, <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.11.008>.

⁶⁶ Si veda, per esempio, Felix Beuschlein et al., "Constitutive Activation of PKA Catalytic Subunit in Adrenal Cushing's Syndrome", *New England Journal of Medicine* 370, n. 11 (2014): 1019-1028, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1310359>.

⁶⁷ Phyllis W. Speiser e Perrin C. White, "Congenital Adrenal Hyperplasia", *New England Journal of Medicine* 349, n. 8 (2003): 776-788, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMra021561>.

⁶⁸ *Ibid.*, 776.

⁶⁹ *Ibid.*

⁷⁰ *Ibid.*, 778.

⁷¹ Phyllis W. Speiser et al., "Congenital Adrenal Hyperplasia Due to Steroid 21-Hydroxylase Deficiency: AN Endocrine Society Clinical Practice Guideline", *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 95, n. 9 (2009): 4133-4160, <http://dx.doi.org/10.1210/jc.2009-2631>.

rispetto alle femmine non affette da CAH, e le femmine con forme gravi di CAH hanno maggiori probabilità di non essere eterosessuali rispetto alle femmine che presentano una forma più leggera della patologia.⁷²

Similmente, ci sono disturbi dello sviluppo in maschi genetici affetti da insensibilità agli androgeni. Nei maschi con sindrome da insensibilità agli androgeni, i testicoli producono testosterone normalmente, ma i recettori del testosterone non sono funzionanti.⁷³ I genitali, sembrano alla nascita femminili, e il bambino viene di solito cresciuto come una femmina. Il testosterone endogeno dell'individuo è metabolizzato in estrogeni, e l'individuo comincia quindi a sviluppare caratteri sessuali secondari femminili.⁷⁴ L'esistenza di un problema non si manifesta fino alla pubertà, quando nell'individuo non appare regolarmente il mestruo.⁷⁵ Questi pazienti preferiscono di solito continuare a vivere come femmine e il loro orientamento sessuale non differisce da quello delle femmine che presentano un genotipo XX.⁷⁶ Gli studi hanno indotto a pensare che essi hanno le stesse probabilità delle femmine XX, se non maggiori, di essere esclusivamente interessati a partner maschili.⁷⁷

Ci sono altri disturbi dello sviluppo sessuale che colpiscono alcuni maschi genetici (cioè con genotipo XY) in cui le deficienze androgeniche sono un diretta conseguenza del fatto che gli enzimi non sintetizzano diidrotestosterone dal testosterone o non producono testosterone dai suoi precursori ormonali.⁷⁸ Gli individui che presentano queste deficienze nascono con vari gradi di ambiguità genitale, e vengono talvolta cresciuti come ragazze. Durante la pubertà, tuttavia, questi individui vivono spesso una virilizzazione fisica e devono allora decidere se vivere con una identità maschile o femminile. Peggy T. Cohen-Kettenis, professore di sviluppo e psicopatologia di genere, riscontrò che una percentuale compresa tra il 39% e il 64% degli individui che presentano queste deficienze e che vengono cresciuti come ragazze passano a vivere con una identità maschile nell'adolescenza e nella prima età adulta, e riferì anche che "il grado di mascolinizzazione

⁷² Melissa Hines, "Prenatal endocrine influences on sexual orientation and on sexually differentiated childhood behavior", 173-174.

⁷³ Ieuan A. Hughes et al., "Androgen insensitivity syndrome", *The Lancet* 380, n. 9851 (2012): 1419-1428, <http://dx.doi.org/10.1016/S140-6736%2812%2960071-3>,

⁷⁴ *Ibid.*, 1420.

⁷⁵ *Ibid.*, 1419.

⁷⁶ Melissa S. Hines, Faisal Ahmed e Ieuan A. Hughes, "Psychological Outcomes and Gender-Related Development in Complete Androgen Insensitivity Syndrome", *Archives of Sexual Behavior* 32, n. 2 (2003): 93-101, <http://dx.doi.org/10.1023/A:1022492106974>.

⁷⁷ Si veda, per esempio, Claude J. Migeon Wisniewski et al., "Complete Androgen Insensitivity Syndrome: Long-Term Medical, Surgical, and Psychosexual Outcome", *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 85, n. 8 (2000): 2664-2669, <http://dx.doi.org/10.1210/jcem.85.8.6742>.

⁷⁸ Peggy T. Cohen-Kettenis, "Gender Change in 46,XY Persons with 5 α -Reductase-2 Deficiency and 17 β -Hydroxysteroid Dehydrogenase-3 Deficiency", *Archives of Sexual Behavior* 34, n. 4 (2005): 399-410, <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-005-4339-4>.

genitale esterna alla nascita non sembra essere correlato in modo sistematico con cambiamenti del ruolo di genere".⁷⁹

Gli studi sui gemelli passati in rassegna in precedenza potrebbero gettare luce sul ruolo delle influenze ormonali materne, poiché sia i gemelli identici sia i gemelli fraterni sono esposti in utero a influenze ormonali simili. I tassi di concordanza relativamente deboli negli studi sui gemelli indicano che gli ormoni prenatali, come i fattori genetici, non hanno un ruolo fortemente determinante dell'orientamento sessuale. Altri tentativi di trovare influenze ormonali significative sullo sviluppo sessuale hanno avuto esiti contrastanti, e la rilevanza dei risultati non è al momento chiara. Poiché gli studi diretti delle influenze ormonali prenatali sullo sviluppo sessuale sono metodologicamente difficili, alcuni studi hanno cercato di sviluppare modelli attraverso i quali le differenze nell'esposizione ormonale prenatale possa essere dedotta indirettamente – misurando leggeri mutamenti morfologici o esaminando i disturbi ormonali che si presentano più tardi durante lo sviluppo.

Per esempio, un vicario approssimativo dei livelli di testosterone prenatale utilizzato dai ricercatori è il rapporto tra la lunghezza del secondo dito (l'indice) e del quarto dito (anulare), che è comunemente chiamato "rapporto 2D:4D". Alcune evidenze indicano che il rapporto può essere influenzato dalla esposizione prenatale al testosterone, in modo tale che nei maschi livelli maggiori di esposizione al testosterone provocano degli indici più corti rispetto agli anulari (o un basso rapporto 2D:4D) e vice versa.⁸⁰ Secondo un'ipotesi, gli uomini omosessuali potrebbero avere un rapporto 2D:4D più alto (più prossimo al rapporto rilevato nelle femmine che nei maschi eterosessuali); sebbene un'altra ipotesi suggerisca il contrario, che gli uomini omosessuali possano essere ipermascolinizzati dal testosterone prenatale, causando un rapporto più basso che nei maschi eterosessuali. Per quanto riguarda le donne, è stata pure avanzata per l'omosessualità l'ipotesi che possano essere state ipermascolinizzate (rapporto più basso, maggiore testosterone). Diversi studi che confrontavano questa caratteristica nell'omosessualità confrontandola con l'eterosessualità hanno individuato che uomini e donne hanno presentato risultati contrastanti.

Uno studio pubblicato in *Nature* nel 2000 riscontrò che in un campione di 720 adulti in California, il rapporto 2D:4D della mano destra nelle donne omosessuali era significativamente più mascolino (ovvero, il rapporto era inferiore) di quello nelle donne eterosessuali e non era significativamente differente da quello degli uomini eterosessuali.⁸¹ Questo studio riscontrò anche che non vi erano differenze significative nella media del rapporto 2D:4D tra uomini eterosessuali e omosessuali. Un altro studio di quell'anno, che utilizzava un campione relativamente piccolo di uomini omosessuali ed eterosessuali nel Regno Unito, riferiva un rapporto 2D:4D inferiore (ovvero, più mascolino) negli uomini omosessuali.⁸² Anche uno studio del 2003 che utilizzava un campione residente a Londra riscontrò che gli uomini omosessuali avevano un

⁷⁹ *Ibid.*, 399.

⁸⁰ Si veda, per esempio, Johannes Hönekopp et al., "Second to fourth digit length ratio (2D:4D) and adult sex hormone levels: New data and a meta-analytic review", *Psychoneuroendocrinology* 32, n. 4 (2007): 313-321, <http://dx.doi.org/10.1016/j.psyneuen.2007.01.007>.

⁸¹ Terrance J. Williams et al., "Finger-length ratios and sexual orientation", *Nature* 404, n. 6777 (2000): 455-456, <http://dx.doi.org/10.1038/35006555>.

rapporto 2D:4D inferiore rispetto agli eterosessuali.⁸³ mentre altri due studi con campioni dalla California e dal Texas mostravano rapporti 2D:4D *maggiori* per gli uomini omosessuali.⁸⁴

Uno studio sui gemelli del 2003 confrontava sette coppie gemellari femminili monozigoti discordanti per l'omosessualità (una delle gemelle era lesbica) e cinque coppie gemellari femminili monozigoti concordanti per l'omosessualità (entrambe le gemelle erano lesbiche).⁸⁵ Nelle coppie gemellari discordanti per l'orientamento sessuale gli individui che si identificavano come omosessuali avevano rapporti 3D:4D significativamente minori rispetto alle loro gemelle, mentre le gemelle concordanti non presentavano alcuna differenza. Gli autori interpretarono questo risultato come indicazione che “un basso rapporto 2D:4D è un effetto delle differenze nell'ambiente prenatale”.⁸⁶ Infine, uno studio del 2005 sul rapporto 2D:4D in un campione austriaco di 95 uomini omosessuali e 79 eterosessuali riscontrò che i rapporti 2D:4D degli uomini eterosessuali non differivano significativamente da quelli degli uomini omosessuali.⁸⁷ Dopo avere passato in rassegna diversi studi su questa caratteristica, gli autori conclusero che “è essenziale acquisire ulteriori dati prima di potere essere certi rispetto all'esistenza di un effetto 2D:4D per l'orientamento sessuale negli uomini, una volta eliminata l'influenza della variazione etnica”.⁸⁸

Molte ricerche hanno analizzato gli effetti degli ormoni prenatali sul comportamento e sulla struttura cerebrale. Ancora una volta, questi risultati derivano principalmente dagli studi sui primati non umani, ma lo studio dei disturbi dello sviluppo sessuale ha offerto utili intuizioni degli effetti degli ormoni sullo sviluppo sessuale negli umani. Poiché le influenze ormonali si verificano di solito in periodi ben precisi dello sviluppo, quando i loro effetti si manifestano fisicamente, è ragionevole supporre che gli effetti organizzativi di questi pattern ormonali legati al fattore tempo governino probabilmente degli aspetti dello sviluppo neurale. La connettività neuroanatomica e le sensibilità neurochimiche potrebbero essere tra queste influenze.

⁸² S. J. Robinson e John T. Manning, “The ratio of 2nd to 4th digit length and male homosexuality”, *Evolution and Human Behavior* 21, n. 5 (2000): 333-345, [http://dx.doi.org/10.1016/S1090-5138\(00\)00052-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1090-5138(00)00052-0).

⁸³ Qazi Rahman e Glenn D. Wilson, “Sexual orientation and the 2nd to 4th finger length ratio: evidence for organising effects of sex hormones or developmental instability?”, *Psychoneuroendocrinology* 28, n. 3 (2003): 288-303, [http://dx.doi.org/10.1016/S036-4530\(02\)00022-7](http://dx.doi.org/10.1016/S036-4530(02)00022-7).

⁸⁴ Richard A. Lippa, “Are 2D:4D Finger-Length Ratios Related to Sexual Orientation? Yes for Men, No for Women”, *Journal of Personality and Social Psychology* 85, n.1 (2003): 179-188, <http://dx.doi.org/10.1037/022-3514.85.1.179>; Dennis McFadden and Erin Shubel, “Relative Lengths of Fingers and Toes in Human Males and Females”, *Hormones and Behavior* 42, n. 4 (2002): 492-500, <http://dx.doi.org/10.1016/hbeh.2002.1833>.

⁸⁵ Lynn S. Hall e Craig T. Love, “Finger-Length Ratios in Female Monozygotic Twins Discordant for Sexual Orientation”, *Archives of Sexual Behavior* 32, n. 1 (2003): 23-28, <http://dx.doi.org/10.1023/A:1021837211630>.

⁸⁶ *Ibid.*, 23.

⁸⁷ Martin Voracek, John T. Manning e Ivo Ponocny, “Digit ratio (2D:4D) in homosexual and heterosexual men from Austria”, *Archives of Sexual Behavior* 34, n. 3 (2005): 335-340, <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-005-3122-x>.

⁸⁸ *Ibid.*, 339.

Nel 1983, Günter Dörner e colleghi condussero uno studio che indagava se ci fosse una qualche relazione tra lo stress materno durante la gravidanza e l'identità sessuale successiva dei figli, intervistando 200 uomini riguardo a eventuali eventi stressogeni che avessero colpito le madri durante la loro vita prenatale.⁸⁹ Molti di questi eventi si verificarono a seguito della seconda Guerra Mondiale. Degli uomini che riferirono che le madri avevano vissuto eventi da moderatamente a fortemente stressogeni durante la gravidanza il 65% era omosessuale, il 25% era bisessuale e il 10% era eterosessuale. (L'orientamento sessuale venne valutato secondo la scala Kinsey). Tuttavia, studi più recenti hanno mostrato correlazioni significative molto inferiori o inesistenti.⁹⁰ In uno studio prospettico del 2002 sulla relazione tra orientamento sessuale e stress prenatale nel secondo e terzo trimestre, Hines e colleghi riscontrarono che lo stress riferito dalle madri durante la gravidanza mostrava “solo una piccola relazione” con i comportamenti tipicamente maschili nelle figlie all'età di 42 mesi, e “assolutamente nessuna relazione” con i comportamenti tipicamente femminili nei figli maschi.⁹¹

Riassumendo, alcune forme di esposizione ormonale prenatale, in modo particolare nella CAH nelle femmine, sono associate a differenze nell'orientamento sessuale, sebbene altri fattori siano spesso importanti nel determinare gli effetti fisici e psicologici di queste esposizioni. Le condizioni ormonali che contribuiscono ai disturbi dello sviluppo sessuale potrebbero concorrere allo sviluppo di orientamenti non eterosessuali in alcuni individui, ma questo non dimostra che tali fattori spieghino lo sviluppo di attrazioni, desideri e comportamenti sessuali nella maggioranza dei casi.

L'orientamento sessuale e il cervello

Parecchi studi hanno esaminato le differenze neurobiologiche tra individui che si identificano come eterosessuali e quelli che si identificano come omosessuali. Questo lavoro ha preso avvio con lo studio del 1991 del neuroscienziato Le Vay che riferiva differenze biologiche nei cervelli di uomini omosessuali rispetto a quelli di uomini eterosessuali – nello specifico, una differenza di volume in un particolare aggregato cellulare dei nuclei interstiziali dell'ipotalamo anteriore (INAH3).⁹² Il lavoro successivo dello psichiatra

⁸⁹Günter Dörner et al., “Stressful Events in Prenatal Life of BI- and Homosexual Men”, *Experimental and Clinical Endocrinology* 81, n. 1 (1983): 83-87, <http://dx.doi.org/10.1055/s-0029-1210210>.

⁹⁰ Si veda, per esempio, Lee Ellis et al., “Sexual orientation of human offspring may be altered by severe maternal stress during pregnancy”, *Journal of Sex Research* 25, n. 2 (1988): 152-157, <http://dx.doi.org/10.1080/002244988095514449>; J. Michael Bailey, Lee Willerman e Carlton Parks, “A Test of Maternal Stress Theory of Human Male Homosexuality”, *Archives of Sexual Behavior* 20, n. 3 (1991): 277-293, <http://dx.doi.org/10.1007/BF01541847>; Lee Ellis e Shirley Cole-Harding, “The effects of prenatal stress, and of prenatal alcohol and nicotine exposure, on human sexual orientation”, *Physiology & Behavior* 74, n.1 (2001): 213-226, [http://dx.doi.org/10.1016/S0031-9384\(01\)00564-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0031-9384(01)00564-9).

⁹¹ Melissa Hines et al., “Prenatal Stress and Gender Role Behavior in Girls and Boys: A Longitudinal, Population Study”, *Hormones and Behavior* 42, n. 2 (2002): 126-134, <http://dx.doi.org/10.1016/hbeh.2002.1814>.

⁹² Simon Le Vay, “A Difference in Hypothalamic Structure between Heterosexual and Homosexual Men”, *Science* 253, n. 5023 (1991): 1034-1037, <http://dx.doi.org/10.1126/science.1887219>.

William Byne e colleghi mostrò risultati più sfumati: “In accordo con due studi precedenti ...abbiamo riscontrato che INAH3 è sessualmente dimorfico, occupando un volume significativamente superiore nei maschi rispetto alle femmine. Inoltre, abbiamo determinato che la differenza sessuale nel volume era attribuibile a una differenza sessuale nel numero dei neuroni e non nelle loro dimensioni o densità”.⁹³ Gli autori osservarono che “Nonostante vi fosse una tendenza dell'INAH3 ad occupare un volume minore negli uomini omosessuali rispetto agli uomini eterosessuali, il numero di neuroni presenti nel nucleo non presentava differenze sulla base dell'orientamento sessuale”.Essi supposero che “l'esperienza postnatale” possa dare ragione delle differenze nel volume di questa regione tra gli uomini omosessuali e gli uomini eterosessuali, anche se sarebbero necessarie ulteriori ricerche per poterlo confermare.⁹⁴ Osservarono anche che la significatività funzionale del dimorfismo sessuale in INAH3 è sconosciuta. Gli autori conclusero: “Sulla base dei risultati dello studio presente, come anche di quello di Le Vay (1991), l'orientamento sessuale non può essere predetto in modo affidabile in base esclusivamente al volume di INAH3”.⁹⁵ Nel 2002 lo psicologo Mitchell S. Lasco e colleghi pubblicarono uno studio che esaminava una parte diversa del cervello – la commissura anteriore – e riscontrò che non vi erano differenze significative in quell'area sulla base del sesso o dell'orientamento sessuale.⁹⁶

Nel frattempo, altri studi sono stati condotti per accertare differenze strutturali o funzionali tra i cervelli di individui eterosessuali e omosessuali (usando criteri vari per la definizione di queste categorie). Le risultanze di parecchi di questi studi sono riassunte in un commento del 2008 pubblicato in *Proceedings of the National Academy of Sciences*.⁹⁷ Le ricerche di questo genere, tuttavia, non sembrano svelare molto di importante riguardo alla eziologia o alle origini biologiche dell'orientamento sessuale. A causa di limiti intrinseci, questa letteratura di ricerca è piuttosto irrilevante. Per esempio, in uno studio è stata usata la RM funzionale per misurare i cambiamenti di attività cerebrale quando venivano mostrate ai soggetti immagini di uomini e di donne, scoprendo che vedere un volto femminile produceva una maggiore attività nel talamo e nella corteccia orbito-frontale di uomini eterosessuali e donne omosessuali, mentre negli uomini omosessuali e nelle donne eterosessuali queste strutture reagivano più intensamente al volto di un uomo.⁹⁸ Che i cervelli di donne eterosessuali e uomini omosessuali reagissero in modo particolare ai volti di uomini, mentre i cervelli di uomini eterosessuali e donne omosessuali reagissero in modo particolare ai volti di

⁹³ William Byne et al., “The Interstitial Nuclei of the Human Anterior Hypothalamus: An Investigation of Variation with Sex, Sexual Orientation and HIV Status”, *Hormones and Behavior* 40, n. 2 (2001): 87, <http://dx.doi.org/10.1016/hbeh.2001.1680>.

⁹⁴ *Ibid.*, 91.

⁹⁵ *Ibid.*

⁹⁶ Mitchell S. Lasco et al., “A lack of dimorphism of sex or sexual orientation in the human anterior commissure”, *Brain Research* 936, n. 1 (2002): 95-98, [http://dx.doi.org/10.1016/S0006-8993\(02\)02590-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0006-8993(02)02590-8).

⁹⁷ Dick F. Swaab, “Sexual orientation and its basis in brain structure and function”, *Proceedings of the National Academy of Sciences* 105, n. 30 (2008): 10273-10274, <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.0805542105>.

⁹⁸ Felicitas Kranz e Alomit Ishai, “Face Perception Is Modulated by Sexual Preference”, *Current Biology* 16, n. 1 (2006): 63-68, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cub.2005.10.070>.

donne, è una scoperta che appare piuttosto di poco conto rispetto alla comprensione dell'eziologia delle attrazioni omosessuali. In modo analogo, uno studio riportò reazioni ai feromoni differenti tra uomini omosessuali ed eterosessuali,⁹⁹ e uno studio di follow-up mostrò una scoperta simile riguardo a donne omosessuali in confronto con le donne eterosessuali.¹⁰⁰ Un altro studio mostrò differenze nella asimmetria cerebrale e nella connettività funzionale tra soggetti omosessuali ed eterosessuali.¹⁰¹

Sebbene scoperte di questo genere possano suggerire vie di indagine future, non ci avvicinano molto alla comprensione dei fattori biologici o ambientali che determinano le attrazioni, gli interessi, le preferenze o i comportamenti sessuali. Diremo di più al riguardo in seguito. Per ora, illustreremo brevemente alcuni dei limiti intrinseci in questo ambito di ricerca, con il seguente esempio ipotetico. Supponiamo di studiare i cervelli degli insegnanti di yoga e di confrontarli con i cervelli dei bodybuilder. Se cerchiamo abbastanza a lungo, troveremo alla fine delle differenze statisticamente significative in una qualche area della morfologia cerebrale o della funzione cerebrale tra questi due gruppi. Ma questo non implicherebbe che tali differenze abbiano determinato i differenti percorsi di vita dell'insegnante di yoga e del bodybuilder. Le differenze cerebrali avrebbero potuto essere il risultato, piuttosto che la causa, di particolari schemi di comportamento o interessi.¹⁰² Consideriamo un altro esempio. Supponiamo che gli uomini omosessuali tendano ad avere meno grasso corporeo degli uomini eterosessuali (come mostrato da punteggi medi inferiori negli indici di massa corporea). Anche se la massa corporea è, in parte, determinata dalla genetica, non potremmo affermare sulla base di questa scoperta sia all'opera una causa innata, genetica, sia della massa corporea sia dell'omosessualità. Potrebbe essere, per esempio, che essere omosessuale sia associato ad una dieta che diminuisce la massa corporea. Questi esempi illustrano uno dei problemi comuni che si incontrano nella interpretazione popolare di tali ricerche: l'idea che la struttura neurobiologica determini una particolare espressione comportamentale.

Con questo quadro generale degli studi sui fattori biologici che potrebbero influenzare l'attrazione, le preferenze o i desideri sessuali, possiamo comprendere la conclusione piuttosto forte dello psicologo

⁹⁹ Ivanka Savic, Hans Berglund e Per Lindström, "Brain response to putative pheromones in homosexual men", *Proceedings of the National Academy of Sciences* 102, n. 20 (2005): 7356-7361, <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.0407998102>.

¹⁰⁰ Ivanka Savic, Hans Berglund e Per Lindström, "Brain response to putative pheromones in lesbian women", *Proceedings of the National Academy of Sciences* 103, n. 21 (2006): 8269-8274, <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.0600331103>.

¹⁰¹ Ivanka Savic e Per Lindström, "PET and MRI show differences in cerebral asymmetry and functional connectivity between homo- and heterosexual subjects", *Proceedings of the National Academy of Sciences* 105, n. 27 (2008): 9403-9408, <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.0801566105>.

¹⁰² Le ricerche sulla neuroplasticità mostrano che, sebbene vi siano periodi cruciali di sviluppo, nei quali il cervello cambia più rapidamente e in modo più profondo (per esempio durante lo sviluppo del linguaggio nei bambini piccoli), il cervello continua a cambiare nel corso della vita in risposta ai comportamenti (come praticare la giocoleria o suonare uno strumento musicale), alle esperienze di vita, alla psicoterapia, ai farmaci, ai traumi psicologici e alle relazioni. Per un'utile e in generale accessibile panoramica delle ricerche sulla neuroplasticità, si veda Norman Doidge, *The Brain That Changes Itself: Stories of Personal Triumph from the Frontiers of Brain Science* (New York: Penguin, 2007). (Traduzione italiana, *Il Cervello Infinito*, Ponte alle Grazie, 2007)

sociale Letitia Anne Peplau e colleghi in un articolo di review del 1999: “Ricapitolando, oltre 50 anni di ricerche non sono riusciti a dimostrare che i fattori biologici siano una influenza primaria nello sviluppo dell'orientamento sessuale femminile...Contrariamente alla convinzione popolare, gli scienziati non hanno dimostrato in modo convincente che la biologia determini l'orientamento sessuale femminile”.¹⁰³ Alla luce degli studi che abbiamo riassunto qui, lo stesso si potrebbe affermare per la ricerca sull'orientamento sessuale maschile, comunque il concetto venga definito.

Fraintendimenti delle ricerche

Ci sono significativi limiti intrinseci in quanto il tipo di ricerca empirica riassunto nelle sezioni precedenti può mostrare. Ignorare tali limiti è una delle principali ragioni per cui la ricerca è ordinariamente travisata nella sfera pubblica. Potrebbe essere allettante supporre, come abbiamo appena visto con l'esempio della struttura cerebrale, che se un particolare profilo biologico è associato a una qualche caratteristica comportamentale o psicologica, allora quel profilo biologico è la *causa* della caratteristica. Questo ragionamento è basato su un errore, e in questa sezione spiegheremo il perché, utilizzando concetti dal campo della epidemiologia. Sebbene alcune di queste questioni siano piuttosto tecniche nei dettagli, cercheremo di spiegarle in modo generale, che sia accessibile al lettore non specialista.

Supponiamo, per esemplificare, che si riscontrino una o più differenze tra uomini omosessuali e uomini eterosessuali rispetto a una caratteristica biologica. Tale differenza potrebbe essere una misura discreta (chiamiamola D) come la presenza di un marcatore genetico, o una misura continua (chiamiamola C) come il volume medio di una particolare parte del cervello,

Mostrare che un fattore di rischio aumenta significativamente le possibilità di un particolare esito di salute o di un particolare comportamento potrebbe darci un indizio sullo sviluppo di quel particolare esito di salute o comportamento, ma non ci fornisce prove di causalità. In realtà, potrebbe non fornirci prove di nulla, se non della più debole delle correlazioni. Si inferisce a volte che se è possibile mostrare che gli uomini gay e gli uomini eterosessuali differiscono significativamente quanto alla probabilità che D sia presente (sia esso un gene, un fattore ormonale o altro), indipendentemente da quanto la probabilità sia bassa, allora questa risultanza indica che essere gay ha una base biologica. Ma questa inferenza è ingiustificata. Raddoppiare (o anche triplicare o quadruplicare) la probabilità di una caratteristica relativamente rara può avere scarso valore predittivo di chi si identificherà come gay o meno.

Lo stesso varrebbe per una qualsiasi variabile continua (C). Mostrare una differenza significativa nella media di una determinata caratteristica (come per esempio il volume di una particolare area del cervello) tra gli uomini che si identificano come eterosessuali e gli uomini che si identificano come omosessuali non basta a dimostrare che questa differenza media aumenta la probabilità di identificarsi come eterosessuale o omosessuale. In aggiunta alle ragioni spiegate sopra, una differenza significativa nei valori medi di due distribuzioni può essere coerente con una grande sovrapposizione tra le distribuzioni. Ciò vale a dire che

¹⁰³ Letitia Anne Peplau et al., “The Development of Sexual Orientation in Women”, *Annual Review of Sex Research* 10, n. 1 (1999): 81, <http://dx.doi.org/10.1080/10532528.1999.10559775>. Si veda anche J. Michael Bailey, “What Is Sexual Orientation and Do Women Have One?” in *Contemporary Perspectives on Lesbian, Gay and Bisexual Identities*, a cura di Debra A. Hope (New York: Springer, 2009), 43-63, http://dx.doi.org/10.1007/978-0-387-09556-1_3.

potrebbe non esserci praticamente alcuna separazione rispetto alla individuazione di alcuni singoli membri di ciascun gruppo, e quindi la misura non offrirebbe grande predittività dell'orientamento o della preferenza sessuale.

Alcune di queste questioni potrebbero essere in parte affrontate con ulteriori approcci metodologici, come l'uso di un training sample o di procedure di validazione incrociata. Un training sample è un piccolo campione usato per sviluppare un modello (o un'ipotesi); questo modello viene poi testato su un più ampio campione indipendente. Questo metodo evita di mettere alla prova un'ipotesi usando gli stessi dati impiegati per sviluppare l'ipotesi stessa. La validazione incrociata comprende procedure usate per analizzare se un effetto statisticamente significativo è davvero presente o solo dovuto al caso. Se si vuole dimostrare che il risultato non è casuale (e se il campione è ampio), si possono condurre gli stessi test su un frazionamento casuale del campione interessato. Dopo avere riscontrato una differenza nella prevalenza della caratteristica D o C tra un campione gay e un campione eterosessuale, i ricercatori potrebbero suddividere in modo casuale il campione gay in due gruppi e poi mostrare che questi due gruppi non differiscono riguardo a D o C. Supponiamo che si trovino 5 differenze su 100 confrontando gli uomini gay e gli uomini eterosessuali nei campioni generali, e si trovino poi 5 differenze su 100 confrontando i campioni gay frazionati. Questo getterebbe ulteriori dubbi sulla scoperta iniziale di una differenza tra le medie di individui gay e eterosessuali.

Essere oggetto di abusi sessuali

Mentre la discussione precedente prendeva in considerazione la parte che potrebbero avere i fattori biologici nello sviluppo dell'orientamento sessuale, questa sezione riassumerà le evidenze che un particolare fattore ambientale – l'abuso sessuale nell'infanzia – sia riferito in modo significativamente più frequente tra coloro che successivamente si identificheranno come omosessuali. I risultati presentati di seguito sollevano la questione se vi sia un'associazione tra abuso sessuale, particolarmente nell'infanzia, e successive espressioni dell'attrazione, del comportamento o dell'identità sessuali. Se così fosse, è forse possibile che l'abuso infantile aumenti la possibilità di avere un orientamento non eterosessuale?

Sono state trovate, quanto meno, delle correlazioni, come riassumeremo di seguito. Ma dovremmo prima osservare che queste potrebbero essere spiegate attraverso una o più delle seguenti congetture:

1. L'abuso potrebbe contribuire allo sviluppo di un orientamento non eterosessuale.

2. I bambini con (segni di) future tendenze non eterosessuali potrebbero attrarre i molestatore, il che li esporrebbe ad un rischio elevato.

3. Alcuni fattori potrebbero contribuire *sia* all'abuso sessuale infantile *sia* a tendenze non eterosessuali (per esempio, una famiglia disfunzionale o un genitore alcolista).

Andrebbe tenuto presente che queste tre ipotesi non si escludono reciprocamente; tutte e tre, e forse anche altre, potrebbero essere in azione. Mentre riassumiamo gli studi su questo punto, cercheremo di valutare ciascuna di queste ipotesi alla luce dell'attuale ricerca scientifica.

Il professore di salute comportamentale e comunitaria Mark S. Friedman e colleghi hanno condotto nel 2011 una meta-analisi di 37 studi statunitensi e canadesi che esaminavano l'abuso sessuale, l'abuso fisico e la vittimizzazione tra pari negli eterosessuali rispetto ai non eterosessuali.¹⁰⁴ I loro risultati mostrarono che i non eterosessuali avevano una probabilità 2,9 volte maggiore di riferire abusi nell'infanzia (al di sotto dei 18 anni). In particolare, la probabilità di riferire un abuso sessuale era di 4,9 volte maggiore per i maschi non eterosessuali – e di 1,5 volte maggiore per le femmine non eterosessuali – rispetto alle loro controparti eterosessuali. Gli adolescenti non eterosessuali nel complesso avevano una probabilità di 1,3 volte maggiore di riferire abuso fisico da parte dei genitori rispetto ai pari eterosessuali, ma gli adolescenti gay e lesbiche avevano una probabilità di 0,9 volte maggiore (i bisessuali 1,4). Per quanto riguarda la vittimizzazione tra pari, i non eterosessuali avevano una probabilità maggiore di 1,7 volte di riferire di essere stati feriti o minacciati con un arma o di essere stati aggrediti.

Gli autori osservano che, nonostante essi ipotizzassero che i tassi di abuso sarebbero diminuiti all'aumentare dell'accettazione sociale dell'omosessualità “le disparità nei tassi di prevalenza dell'abuso sessuale, abuso fisico da parte dei genitori e vittimizzazione da parte dei pari tra i giovani della minoranza sessuale e i giovani della non minoranza non sono cambiati dagli anni 90 alla prima decade degli anni 2000”.¹⁰⁵ Nonostante le citazioni autorevoli di Friedman e colleghi, secondo le quali l'abuso sessuale non “è la causa per cui gli individui diventano gay, lesbica o bisessuale”,¹⁰⁶ i loro dati non offrono prove contrarie all'ipotesi che l'abuso sessuale in età infantile possa influire sull'orientamento sessuale. D'altro canto, la sequenza causale potrebbe essere in direzione opposta o bi-direzionale. Le evidenze non confutano né supportano questa congettura; il progetto dello studio non è in grado di fare molta luce sulla questione della direzione della sequenza.

Gli autori si appellano ad un'ipotesi ampiamente citata per spiegare i maggiori tassi di abuso sessuale tra non eterosessuali, l'ipotesi che “è più probabile che gli individui appartenenti a una minoranza sessuale siano... presi di mira per l'abuso sessuale, perché i giovani percepiti come gay, lesbiche o bisessuali hanno maggiore probabilità di subire bullismo da parte dei loro pari”.¹⁰⁷ Le due congetture – che l'abuso sia una causa e che sia un risultato di tendenze non eterosessuali – non si escludono reciprocamente: l'abuso può essere un fattore causale nello sviluppo di attrazioni e desideri non eterosessuali, e al tempo stesso, attrazioni, desideri e comportamenti non eterosessuali potrebbero aumentare il rischio di essere oggetto di abuso.

¹⁰⁴ Mark S. Friedman et al., “A Meta-Analysis of Disparities in Childhood Sexual Abuse, Parental Physical Abuse, and Peer Victimization Among Sexual Minority and Sexual Nonminority Individuals”, *American Journal of Public Health* 101, n. 8 (2011): 1481-1494, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2009.190009>.

¹⁰⁵ *Ibid.*, 1490.

¹⁰⁶ *Ibid.*, 1492.

¹⁰⁷ *Ibid.*

Il professore di scienze della salute di comunità Emily Faith Rothman e colleghi condussero nel 2011 uno studio di review sistematica delle ricerche che indagavano la prevalenza di aggressioni sessuali sulle persone che si identificano come gay, lesbiche o bisessuali negli Stati Uniti.¹⁰⁸ Vennero esaminati 75 studi (25 dei quali impiegavano campioni probabilistici) che coinvolgevano un totale di 139.635 uomini gay o bisessuali (GB) e donne lesbiche o bisessuali (LB), e che misuravano la prevalenza di soprusi a causa di aggressioni sessuali nel corso della vita (LSA), aggressioni sessuali durante l'infanzia (CSA), aggressioni sessuali in età adulta (ASA), aggressione sessuale da parte del partner intimo (IPSA) e aggressione sessuale collegato a crimini dell'odio (HC). Sebbene lo studio avesse il limite di non avere un gruppo di controllo eterosessuale, esso mostrava per questa popolazione dei tassi di aggressione sessuale - compresa l'aggressione sessuale nell'infanzia - che erano alti in modo allarmante, come riassunto nella tavola 1.

**Tavola 1. Aggressioni sessuali tra gli uomini gay/bisessuali
e tra le donne lesbiche/bisessuali**

Uomini GB (%)	Donne LB (%)
CSA: 4,1-59,2 (mediana 22,7)	CSA: 14,9-76,0 (mediana 34,5)
ASA: 10,8-44,7 (mediana 14,7)	ASA: 11,30-53,2 (mediana 23,2)
LSA: 11,8-54,0 (mediana 30,4)	LSA: 15,6-85,0 (mediana 43,4)
IPSA: 9,5-57,0 (mediana 12,1)	IPSA: 3,0-45,00 (mediana 13,3)
HC: 3,0-19,8 (mediana 14,0)	HC: 1,0-12,3 (mediana 5,00)

In uno studio del 2013, la psicologa Judith Anderson e colleghi, utilizzando un campione da più Stati su base probabilistica, confrontarono le differenze nelle esperienze infantili avverse – compresi i contesti familiari disfunzionali, l'abuso fisico, sessuale o emotivo e il disaccordo tra genitori – tra adulti che si identificavano come omosessuali, eterosessuali e bisessuali.¹⁰⁹ Essi riscontrarono che tutti i fattori di esperienze infantili avverse erano presenti percentuali significativamente maggiori nei bisessuali rispetto agli eterosessuali, e che i gay e le lesbiche presentavano percentuali maggiori rispetto agli eterosessuali di questi valori, tranne che per la separazione o il divorzio dei genitori. Nel complesso, rispetto al tasso di esperienze infantili

¹⁰⁸ Emily F. Rothman, Deineria Exner e Allyson L. Baughman, "The Prevalence of Sexual Assault Against People Who Identify as Gay, Lesbian, or Bisexual in the United States: A Systematic Review", *Trauma, Violence & Abuse* 12, n. 2 (2011): 55-66, <http://dx.doi.org/10.1177/1524838010390707>.

¹⁰⁹ Judith P. Andersen e John Blosnich, "Disparities in Adverse Childhood Experiences among Sexual Minority and Heterosexual Adults: Results from a Multi-State Probability-Based Sample", *PLOS ONE* 8 n. 1 (2013): e54691, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0054691>.

avverse negli eterosessuali, i gay e le lesbiche presentavano dei tassi 1,7 volte superiori, e i bisessuali 1,6 volte superiori. I dati relativi agli abusi sono riassunti nella tavola 2.

Tavola 2. Esperienze infantili avverse tra

gay/lesbiche, bisessuali ed eterosessuali

Abuso sessuale (%)

GL	Bisessuali	Eterosessuali
29,7	34,9	14,8

Abuso emotivo (%)

GL	Bisessuali	Eterosessuali
47,9	48,4	29,6

Abuso fisico (%)

GL	Bisessuali	Eterosessuali
29,3	30,3	16,7

Sebbene questo studio, come altri che abbiamo discusso, possa essere limitato da un recall bias – ovvero, inesattezze introdotte per errori della memoria – esso ha il merito di avere un gruppo di controllo di persone che si identificavano come eterosessuali da confrontare con gruppi che si identificavano come gay/lesbiche o bisessuali. Nella loro discussione delle risultanze, gli autori analizzano l'ipotesi che il trauma infantile abbia una relazione causale con le preferenze omosessuali. Tra le ragioni per cui si dicono scettici al riguardo, osservano che la maggior parte degli individui che subiscono un trauma nell'infanzia non diventano gay o bisessuali e che il comportamento non conforme dal punto di vista del genere potrebbe essere d'aiuto nello spiegare gli alti tassi di abusi. Tuttavia, sulla base di questi risultati ed altri correlati è plausibile ipotizzare che queste esperienze avverse nell'infanzia possano essere un fattore significativo – ma non determinante – nello sviluppo di preferenze omosessuali. Sono necessari ulteriori studi per verificare se una o entrambe le ipotesi siano valide.

Uno studio del 2010 del professore di scienze sociali e comportamentali Andrea Roberts e colleghi esaminò l'orientamento sessuale e il rischio di disturbo da stress post-traumatico (PTSD) usando i dati tratti da una

inchiesta epidemiologica condotta de visu su scala nazionale su circa 35.000 adulti.¹¹⁰ Gli individui vennero collocati in più categorie: eterosessuali senza attrazione per lo stesso sesso o partner dello stesso sesso (gruppo di riferimento); eterosessuali con attrazione per lo stesso sesso ma senza partner dello stesso sesso; eterosessuali con partner dello stesso sesso; gay/lesbiche autodichiarati; bisessuali autodichiarati. Tra coloro che riferivano di essere stati esposti a eventi traumatici, gli individui gay e lesbiche, così come pure i bisessuali, avevano un rischio doppio rispetto al gruppo di riferimento eterosessuale di incorrere nel corso della loro vita in un PTSD. Si riscontrarono differenze nei tassi di maltrattamento infantile e di violenza interpersonale: gay, lesbiche, bisessuali ed eterosessuali con partner dello stesso sesso riferirono di avere sperimentato traumi maggiori nell'infanzia e nell'adolescenza rispetto al gruppo di riferimento. Le risultanze sono riassunte nella tavola 3.

Tavola 3. esposizione infantile al maltrattamento

o alla violenza interpersonale (al di sotto dei 18 anni)

Donne	Uomini
49,2% di lesbiche	31,5% di gay
51,2% di bisessuali	All'incirca 32% di bisessuali ¹¹¹
40,9% di eterosessuali con partner dello stesso sesso	27,9% di eterosessuali con partner dello stesso sesso
21,2 di eterosessuali	19,8% di eterosessuali

Degli schemi simili emergevano in uno studio del 2012 dello psicologo Brendan Zietsch e colleghi, che si concentrava principalmente sul preciso quesito se i comuni fattori causali potessero spiegare l'associazione tra orientamento sessuale – definito in questo studio come preferenza sessuale – e depressione.¹¹²

Gli autori riscontrarono che, in un campione comunitario di 9.884 gemelli adulti, i non eterosessuali avevano nel corso della vita una prevalenza significativamente elevata di depressione (odds ratio per i maschi di 2,8; odds ratio per le femmine di 2,7). Come sottolineano gli autori, i dati facevano sorgere dei dubbi circa il fatto che i maggiori tassi di depressione per i non eterosessuali potessero essere spiegati, nella loro interezza, dall'ipotesi dello stress sociale (l'idea, discussa approfonditamente nella Parte Seconda di questo report, che lo stress sociale sperimentato dalle minoranze sessuali giustifichi gli elevati rischi per loro di esiti di precaria salute mentale). Gli eterosessuali con un gemello non eterosessuale

¹¹⁰ Andrea L. Roberts et al., "Pervasive Trauma Exposure Among US Sexual Orientation Minority Adults and Risk of Posttraumatic Stress Disorder", *American Journal of Public Health* 100, n. 12 (2010): 2433-2441, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2009.168971>.

¹¹¹ La cifra esatta non è riportata nel testo per ragioni non specificate dagli autori.

¹¹² Brendan P. Zietsch et al., "Do shared etiological factors contribute to the relationship between sexual orientation and depression?", *Psychological Medicine* 42, n. 3 (2012): 521-535, <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291711001577>.

avevano maggiori tassi di depressione (39%) rispetto alle coppie gemellari eterosessuali (31%), il che induce a pensare che fattori genetici, familiari o altri fattori possano giocare un ruolo.

Gli autori osservano che “sia nei maschi sia nelle femmine, si riscontrarono tassi significativamente più alti di non eterosessualità in partecipanti che avevano subito abusi sessuali nell'infanzia e in quelli con un ambiente familiare a rischio nell'infanzia”.¹¹³ Infatti, il 41% dei maschi non eterosessuali e il 42% delle femmine non eterosessuali riferivano disfunzioni familiari durante l'infanzia, in confronto al 24% e 30% dei maschi e delle femmine eterosessuali rispettivamente. Inoltre, il 12% dei maschi non eterosessuali e il 24% delle femmine non eterosessuali riferivano un abuso infantile prima dei 14 anni, in confronto con il 4% e l'11% dei maschi e delle femmine eterosessuali rispettivamente. Gli autori hanno cura di sottolineare che le loro risultanze non dovrebbero essere interpretate come una confutazione dell'ipotesi dello stress sociale, ma che suggeriscono che potrebbero esserci altri fattori in gioco. Le loro risultanze, comunque, fanno pensare che potrebbero esserci fattori eziologici comuni per la depressione e le preferenze non eterosessuali, avendo riscontrato che i fattori genetici spiegano il 60% della correlazione tra orientamento sessuale e depressione.¹¹⁴

In uno studio del 2001, la psicologa Marie E. Tomeo e colleghi osservarono che la letteratura precedente aveva riscontrato in modo costante una crescita nei tassi di molestie infantili riferite dalla popolazione omosessuale; una percentuale compresa tra il 10% e il 46% riferiva di avere subito abuso sessuale nell'infanzia.¹¹⁵ Gli autori riscontrarono che il 46% degli uomini omosessuali e il 22% delle donne omosessuali riferivano di essere stati molestati da persone dello stesso genere, rispetto al 7% degli uomini eterosessuali e l'1% delle donne eterosessuali. Inoltre, il 38% delle donne omosessuali intervistate non si identificò come omosessuale fino a dopo l'abuso, mentre gli autori riportano numeri discordanti – 68% in una parte dello studio e (per inferenza) 32% in un'altra – per il numero di uomini omosessuali che non si sono identificati come omosessuali fino a dopo l'abuso. Il campione per questo studio era relativamente piccolo, solo 267 individui; in aggiunta, in questa indagine, l'unità di misura del “contatto sessuale” dell'abuso era piuttosto vaga, e i soggetti erano stati reclutati tra i partecipanti agli eventi dei *gay pride* in California. Tuttavia, gli autori affermano che “è altamente improbabile che tutte le risultanze in questa indagine siano applicabili solo alle persone omosessuali che partecipano alle feste omosessuali e si offrono volontarie per prendere parte a ricerche che prevedano la compilazione di questionari”.¹¹⁶

Nel 2010, le psicologhe Helen Wilson e Cathy S. Widom pubblicarono uno studio prospettico con follow-up di 30 anni – uno studio che prendeva in considerazione i bambini che avevano subito abuso o trascuratezza tra il 1961 e il 1971, e ha poi seguito quei bambini con un follow-up a 30 anni - per verificare se l'abuso fisico, l'abuso sessuale o l'essere stati trascurati durante l'infanzia aumentasse successivamente, nel corso

¹¹³ *Ibid.*, 526.

¹¹⁴ *Ibid.*, 527.

¹¹⁵ Marie E. Tomeo et al., “Comparative Data of Childhood and Adolescence Molestation in Heterosexual and Homosexual Persons”, *Archives of Sexual Behavior* 30, n. 5 (2001): 535-541, <http://dx.doi.org/10.1023/A:1010243318426>.

¹¹⁶ *Ibid.*, 541.

della loro vita, la probabilità di relazioni sessuali con persone dello stesso sesso.¹¹⁷ Un campione originario di 908 bambini abusati o trascurati è stato abbinato a un gruppo di controllo di 667 individui non maltrattati (abbinati per età, sesso, razza, etnia e approssimativo stato socioeconomico). L'omosessualità è stata operativizzata come chiunque avesse convissuto con un partner sentimentale dello stesso sesso o avesse avuto un partner sessuale dello stesso sesso, il che costituiva l'8% del campione. All'interno di questo 8% la maggior parte degli individui riferirono anche di avere avuto dei partner di sesso opposto, facendo pensare ad alti tassi di bisessualità o fluidità nelle attrazioni o comportamenti sessuali. Lo studio ha riscontrato che coloro che riferivano storie di abuso sessuale infantile avevano una probabilità maggiore di 2,8 volte di riferire di avere avuto relazioni sessuali con persone dello stesso sesso, anche se la "relazione tra abuso sessuale infantile e orientamento omosessuale era significativo solo per gli uomini".¹¹⁸ Questa scoperta indica che i ragazzi che vengono abusati sessualmente potrebbero avere maggiori probabilità di stabilire relazioni sia eterosessuali sia omosessuali.

Gli autori consigliavano cautela nell'interpretazione di questo risultato, perché il campione di uomini abusati sessualmente era di piccole dimensioni, ma l'associazione rimase significativa anche quando tennero conto del peso del numero totale di partner sessuali nel corso della vita e della pratica della prostituzione. Lo studio aveva anche il limite di una definizione di orientamento sessuale che non coglieva il modo in cui i partecipanti si identificavano. Potrebbe non avere rilevato le persone con attrazioni omosessuali, ma che non avevano una storia di relazioni sentimentali con lo stesso sesso. Lo studio presentava due notevoli punti di forza metodologici. Il progetto prospettico è più adatto per la valutazione di relazioni causali rispetto al consueto progetto retrospettivo. In aggiunta, l'abuso infantile registrato era stato documentato quando si era verificato, riducendo così il recall bias.

Ora che abbiamo esaminato l'associazione statistica tra abuso sessuale infantile e successiva omosessualità, affrontiamo la questione se l'associazione indichi un nesso causale..

Un'analisi del 2013 della ricercatrice in campo sanitario Andrea Roberts e colleghi tentò di fornire una risposta a questa domanda.¹¹⁹ Gli autori osservarono che, sebbene gli studi mostrino che l'abuso sessuale e fisico infantile sia da 1,6 a 4 volte superiore tra gli individui gay e lesbiche rispetto agli eterosessuali, i metodi statistici tradizionali non sono in grado di dimostrare una relazione statistica sufficientemente solida da sostenere l'argomento della causalità. Ritenevano che un sofisticato metodo statistico chiamato "variabili strumentali", importato dalla econometria e dall'analisi economica, potesse aumentare il livello di associazione.¹²⁰ (Il metodo è in qualche modo simile a quello degli "indici di propensione", che è più sofisticato e più familiare ai ricercatori in sanità pubblica). Gli autori applicarono il metodo delle variabili strumentali ai dati raccolti da un campione rappresentativo a livello nazionale.

¹¹⁷ Helen H. Wilson e Cathy Spatz Widom, "Does Physical Abuse, Sexual Abuse, or Neglect in Childhood Increase the Likelihood of Same-sex Sexual Relationships and Cohabitation? A Prospective 30-year Follow-up", *Archives of Sexual Behavior* 39, n. 1 (2010): 63-74, <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-008-9449-3>.

¹¹⁸ *Ibid.*, 70.

¹¹⁹ Andrea L. Roberts, M. Maria Glymour e Karestan C. Koenen, "Does Maltreatment in Childhood Affect Sexual Orientation in Adulthood?", *Archives of Sexual Behavior* 42, n.2 (2013): 161-171, <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-012-0021-9>.

Essi hanno utilizzato tre misure dicotomiche dell'orientamento sessuale: qualsiasi versus nessuna attrazione; qualsiasi versus nessun partner dello stesso sesso nel corso della vita; identificazione lesbica, gay o bisessuale versus eterosessuale. Come in altri studi, i dati mostravano delle associazioni tra abuso sessuale o maltrattamento infantile e tutte e tre le dimensioni della non eterosessualità (attrazione, partner, identità), tra le quali le più forti erano le associazioni tra l'abuso sessuale e l'identità sessuale.

I modelli di variabile strumentale degli autori inducevano a pensare che l'abuso sessuale precoce aumentasse il tasso di attrazione omosessuale previsto di 2 punti percentuali, la presenza di un partner dello stesso sesso di 1,4 punti percentuali e l'identità omosessuale di 0,7 punti percentuali. Gli autori fecero una stima del tasso di omosessualità che poteva essere attribuito all'abuso sessuale "usando una stima degli effetti tratti da modelli convenzionali" e riscontrarono che secondo stime di effetto convenzionali "il 9% della attrazione omosessuale, il 21% della presenza di partner dello stesso sesso nel corso della vita e il 23% dell'identità omosessuale o bisessuale erano dovute ad abuso sessuale nell'infanzia".¹²¹ Dovremmo osservare che queste correlazioni sono trasversali: esse confrontano gruppi di persone con gruppi di persone, piuttosto che fornire un modello del percorso degli individui nel tempo. (Un progetto di studio con un'analisi di una serie storica darebbe il più forte sostegno statistico all'affermazione di causalità). In aggiunta, questi risultati sono stati fortemente criticati per ragioni metodologiche, perché sono state fatte supposizioni ingiustificate nella regressione con variabili strumentali; un commento di Drew H. Bailey e J. Michael Bailey afferma "Non solo i risultati di Roberts et al. non riescono a dare supporto all'idea che il maltrattamento infantile causi l'omosessualità in età adulta; il modello delle differenze tra maschi e femmine è opposto a quanto ci si dovrebbe aspettare sulla base di migliori evidenze".¹²²

Roberts e colleghi concludono il loro studio con diverse congetture per spiegare le associazioni epidemiologiche. Essi ripetono idee proposte altrove, secondo le quali l'abuso sessuale perpetrato dagli uomini può far sì che i ragazzi pensino di essere gay o rendere le ragazze avverse al contatto sessuale con gli uomini. Gli autori fanno anche la supposizione che l'abuso sessuale lasci le vittime con una sensazione di

¹²⁰ Per coloro che sono interessati ai dettagli metodologici: questo metodo statistico utilizza un processo a due fasi in cui gli "strumenti" - in questo caso le caratteristiche familiari che sono notoriamente legate al maltrattamento (presenza di un patrigno/matrigna, abuso di alcool da parte dei genitori o patologie mentali dei genitori) - sono utilizzate come "variabili strumentali" per prevedere il rischio di maltrattamento. Nella seconda fase, il rischio di maltrattamento previsto è utilizzato come variabile indipendente e l'orientamento sessuale adulto come variabile dipendente; i coefficienti sono le stime di variabile strumentale. Va anche osservato che queste tecniche di stima delle variabili strumentali si basano su alcune supposizioni importanti (e discutibili), in questo caso la supposizione che gli strumenti (patrigno/matrigna, abuso di alcool, patologia mentale) non influiscano sulle rilevazioni dell'orientamento sessuale del bambino, se non nel caso dell'abuso. Tuttavia, questa supposizione non è dimostrata e potrebbe quindi costituire un limite fondativo del metodo. La causalità è difficile da corroborare statisticamente e continua a trarre in inganno le ricerche nel campo delle scienze sociali, nonostante gli sforzi per progettare studi in grado di generare più solide associazioni che diano un più solido sostegno alle affermazioni di causalità.

¹²¹ Roberts, Glymour e Koenen, "Does Maltreatment in Childhood Affect Sexual Orientation in Adulthood?", 167.

¹²² Drew H. Bailey e J. Michael Bailey, "Poor Instruments Lead to Poor Inferences : Comment on Roberts, Glymour, and Koenen (2013)", *Archives of Sexual Behavior* 42, n. 8 (2013): 1649-1652, <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-013-0101-5>.

stigma, il che a sua volta potrebbe aumentare la probabilità che agiscano in modi socialmente stigmatizzati (come l'intraprendere relazioni sessuali con persone dello stesso sesso). Essi menzionano inoltre gli effetti biologici del maltrattamento, citando studi che mostrano che la "qualità genitoriale" può influire sui recettori chimici e ormonali dei bambini, e ipotizzando che questo possa influenzare la sessualità "attraverso mutazioni epigenetiche, particolarmente nella stria terminale e nella amigdala mediale, regioni cerebrali che regolano il comportamento sociale".¹²³ Roberts e colleghi citano anche la possibilità che l'ottundimento emotivo provocato dal maltrattamento possa spingere le vittime a ricercare dei comportamenti rischiosi associati alla sessualità omosessuale, o che le attrazioni e la frequentazione di un partner omosessuale possa derivare dalla "spinta verso l'intimità e il sesso per riparare stati d'animo di depressione, stress o rabbia", o da un disturbo della personalità borderline, che costituisce un fattore di rischio negli individui che hanno subito maltrattamenti.¹²⁴

In breve, sebbene questo studio suggerisca che l'abuso sessuale possa a volte essere una concausa dell'orientamento non eterosessuale, sono necessarie ulteriori ricerche per spiegare i meccanismi biologici o psicologici. Senza tali ricerche, l'idea che l'abuso possa essere un fattore causale nell'orientamento sessuale rimane una congettura.

Distribuzione dei desideri sessuali e cambiamenti nel corso del tempo

Comunque evolvano i desideri e gli interessi sessuali, c'è una questione attinente che viene dibattuta dagli scienziati: se i desideri e le attrazioni sessuali tendano a rimanere fissi e inalterabili in tutto l'arco vitale di una persona – o se siano fluidi e soggetti al cambiamento nel tempo, ma tendano a divenire fissi dopo una certa età o periodo evolutivo. I sostenitori dell'ipotesi del "nati così", come detto in precedenza, affermano talvolta che non solo una persona è nata con un certo orientamento sessuale, ma che quell'orientamento è immutabile, rimane fisso per tutta la vita.

Ci sono al momento notevoli evidenze scientifiche che i desideri, le attrazioni, i comportamenti e persino le identità sessuali, possono cambiare, e talvolta cambiano, nel corso del tempo. Per le scoperte in quest'ambito possiamo fare riferimento al più ampio studio della sessualità ad oggi, la National Health and Social Life Survey, condotta dal NORC (National Opinion Research Center) dell'Università di Chicago.¹²⁵ Due importanti pubblicazioni hanno utilizzato i dati dell'ampia indagine del NORC: *The Social Organization of Sexuality: Sexual Practices in the United States*, un voluminoso tomo di dati destinati alla comunità dei ricercatori, e *Sex in America: A Definitive Survey*, un libro di dimensioni più ridotte e più accessibile che riassume le scoperte per il pubblico generale.¹²⁶ Questi libri presentano dei dati provenienti da un affidabile campione probabilistico della popolazione americana tra i 18 e 59 anni. Secondo i dati dell'indagine del NORC, la prevalenza stimata della non eterosessualità, andava all'incirca

¹²³ Roberts, Glymour e Koenen, "Does Maltreatment in Childhood Affect Sexual Orientation in Adulthood?", 169.

¹²⁴ *Ibid.*, 169.

¹²⁵ Per informazioni sullo studio, si veda "National Health and Social Life Survey", Population Research Center of the University of Chicago, <http://popcenter.uchicago.edu/data/nhsls.shtml>.

¹²⁶ Edward O. Laumann et al., *The Social Organization of Sexuality: Sexual Practices in the United States* (Chicago: University of Chicago Press, 1994); Robert T. Michael et al., *Sex in America, a Definitive Survey* (New York: Warner Books, 1994).

dall'1% al 9%, a seconda del modo in cui veniva operativizzata e del fatto che i soggetti fossero maschi o *femmine*.¹²⁷ Gli studi del NORC aggiunsero rispettabilità scientifica alle indagini sulla sessualità, e queste risultanze sono state ampiamente replicate negli Stati Uniti e all'estero. Per esempio, il National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyle (Natsal) britannico – uno studio condotto ogni dieci anni a partire dal 1990¹²⁸ – è probabilmente la fonte più affidabile di informazioni sul comportamento sessuale in quel Paese.

Lo studio del NORC indicava anche modi in cui i comportamenti e le identità sessuali possono variare significativamente in situazioni sociali e ambientali diverse. Le scoperte rivelavano, per esempio, una considerevole differenza nei tassi di comportamento omosessuale maschile tra gli individui che avevano trascorso la loro adolescenza in centri rurali americani piuttosto che in grandi città metropolitane, indicando un'influenza degli ambienti sociali e culturali. Mentre solo l'1,2% dei maschi che avevano trascorso l'adolescenza in un ambiente rurale rispondevano di avere avuto un partner sessuale maschile nell'anno dell'inchiesta, quelli che avevano trascorso l'adolescenza in aree metropolitane avevano una probabilità di circa 4 volte maggiore (4,4%) di riferire che avevano avuto un incontro di questo tipo.¹²⁹ Da questi dati non è possibile inferire le differenze tra questi ambienti rispetto alla prevalenza degli interessi o delle attrazioni sessuali, tuttavia i dati indicano differenze nei comportamenti sessuali. È anche degno di nota che le donne che hanno frequentato il college avevano una probabilità di nove maggiore di identificarsi come lesbiche rispetto alle donne che non lo avevano frequentato.¹³⁰

Inoltre, altre indagini condotte sulla popolazione indicano che il desiderio sessuale può essere fluido per un considerevole numero di individui, specialmente tra gli adolescenti mentre attraversano, nella loro maturazione, i primi stadi dello sviluppo adulto. A questo proposito, l'attrazione e l'identità eterosessuale sembrano essere più stabili dell'attrazione e dell'identità omosessuale o bisessuale. Questo è quanto inducono a pensare i dati del National Longitudinal Study of Adolescent to Adult Health (lo studio "Add Health" discusso in precedenza). Questo studio longitudinale prospettico di un campione rappresentativo su scala nazionale di adolescenti statunitensi a partire dal settimo al dodicesimo anno di scuola è iniziato nell'anno scolastico 1994-1995, ed ha seguito il gruppo fino alla giovane età adulta, con quattro interviste di follow-up (indicate in letteratura come *Wave* – n.d.t. - I, II, III, IV).¹³¹ La più recente è stata nel 2007-2008, quando il campione aveva un'età compresa tra i 24 e i 32 anni.

¹²⁷ Laumann et al., *The Social Organization of Sexuality*, 295.

¹²⁸ La terza ripresa del Natsal del 2010 riscontrò, in un arco di età compreso tra i 16 e i 74 anni, che l'1,0% delle donne e l'1,5% degli uomini si considerano lesbica/gay, e l'1,4% delle donne e l'1,0% degli uomini si considerano bisessuali. Si veda Catherine H. Mercer et al. "Changes in sexual attitudes and lifestyles in Britain through the life course and over time: findings from the National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal)", *The Lancet* 382, n. 9907 (2013): 1781-1794, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62035-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62035-8). I risultati completi di questa indagine sono riportati in diversi articoli sullo stesso numero di *The Lancet*.

¹²⁹ Si veda la tavola 8.1 in Laumann et al., *The Social Organization of Sexuality*, 304.

¹³⁰ Questa cifra è calcolata a partire dalla tavola 8.2 in Laumann et al., *The Social Organization of Sexuality*, 305.

Le attrazioni sentimentali verso lo stesso sesso o verso entrambi i sessi avevano una certa prevalenza nel primo blocco di interviste dello studio, con tassi di circa il 7% per i maschi e 5% per le femmine.¹³² Tuttavia, l'80% dei maschi adolescenti che avevano riferito attrazioni omosessuali al blocco di interviste I, si sono in seguito identificati come esclusivamente eterosessuali da giovani adulti al blocco di interviste IV.¹³³ In modo simile, l'80% degli adolescenti maschi che al blocco di interviste I riferivano attrazione sentimentale per entrambi i sessi, non riferiva attrazione sentimentale per lo stesso sesso al blocco di interviste III.¹³⁴ I dati riguardanti le femmine coinvolte nell'indagine erano simili, benché meno lampanti: delle adolescenti femmine che avevano attrazioni verso entrambi i sessi al blocco di interviste I, più della metà riferivano al blocco III un'attrazione esclusiva verso i maschi.¹³⁵

J. Richard Udry, direttore dell'Add Health per i blocchi di interviste I, II e III,¹³⁶ fu tra i primi a sottolineare la fluidità e l'instabilità dell'attrazione sentimentale tra i due primi blocchi. Egli riferì che dei ragazzi che al blocco I riferivano attrazione sentimentale *solo* verso ragazzi e *mai* verso le ragazze, il 48% riferiva la stessa cosa durante il blocco II; 35% non riferiva attrazioni per alcun sesso; l'11% riferiva attrazione esclusivamente omosessuale e il 6% attrazione verso entrambi i sessi.¹³⁷

Richard Savin-Williams e Geoffrey Ream pubblicarono un'analisi del 2007 dei dati dei blocchi di interviste I-III dell'Add Health.¹³⁸ Le misurazioni utilizzate includevano l'aver mai provato attrazione sentimentale per un certo sesso, il comportamento e l'identità sessuale. (Le categorie per l'identità sessuale erano 100%

¹³¹ Per maggiori informazioni sul progetto di studio dell'ADD Health, si veda Kathleen Mullan Harris et al., "Study Design", The National Longitudinal Study of Adolescent to Adult Health, <http://www.cpc.unc.edu/projects/addhealth/design>. Alcuni studi basati sui dati dell'Add Health utilizzano numeri arabi piuttosto che romani per denominare le interviste; nelle descrizioni o citazioni di questi studi, noi ci atteniamo ai numeri romani.

¹³² Si veda la tavola 1 in Ritch C. Savin-Williams e Kara Joyner, "The Dubious Assessment of Gay, Lesbian, and Bisexual Adolescents of Add Health", *Archives of Sexual Behavior* 43, n. 3 (2014): 413-422, <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-013-0219-5>.

¹³³ *Ibid.*, 415.

¹³⁴ *Ibid.*

¹³⁵ *Ibid.*

¹³⁶ "Research Collaborators", The National Longitudinal Study of Adolescent to Adult Health, <http://www.cpc.unc.edu/projects/addhealth/people>.

¹³⁷ J. Richard Udry e Kim Chantala, "Risk Factors Differ According to Same-Sex and Opposite-Sex Interest", *Journal of Biosocial Science* 37, n. 4 (2005): 481-497, <http://dx.doi.org/10.1017/S0021932004006765>.

¹³⁸ Ritch C. Savin-Williams e Geoffrey L. Ream, "Prevalence and Stability of Sexual Orientation Components During Adolescence and Young Adulthood", *Archives of Sexual Behavior* 36, n.3 (2007): 385-394, <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-006-9088-5>

eterosessuale, prevalentemente eterosessuale ma con una certa attrazione per lo stesso sesso, bisessuale, prevalentemente omosessuale ma con una certa attrazione per il sesso opposto, e 100% omosessuale). Sebbene gli autori osservassero la “stabilità dell'attrazione e del comportamento eterosessuale” tra i blocchi I e III, essi trovarono “una larga parte dei partecipanti con attrazioni e comportamenti omosessuali e bisessuali che migrava verso le categorie eterosessuali tra un blocco e l'altro”.¹³⁹ Il numero dei partecipanti che dalle categorie eterosessuali si spostava verso le categorie non eterosessuali era di molto inferiore. Gli autori sintetizzano: “Tutte le categorie di attrazione diverse da quella verso il sesso opposto erano associate ad una minore stabilità nel tempo. Ovvero, gli individui che riferivano una qualsiasi attrazione verso lo stesso sesso avevano maggiore probabilità di riferire spostamenti successivi nelle loro attrazioni di quante ne avessero gli individui senza alcuna attrazione verso lo stesso sesso”.¹⁴⁰

Gli autori osservano anche le difficoltà presentate da questi dati nel cercare di definire l'orientamento sessuale e di classificare gli individui secondo queste categorie: “la considerazione cruciale è se avere 'una qualche' sessualità omosessuale si qualifica come non eterosessualità. Nei dati presenti non è stato risolto il punto di quanto deve essere presente una dimensione per spostare l'ago della bilancia da un orientamento sessuale all'altro; solo che queste decisioni contano in termini di tassi di prevalenza”.¹⁴¹ Gli autori suggerirono che i ricercatori potrebbero “abbandonare completamente il concetto generale di orientamento sessuale e valutare solo quelle componenti rilevanti ai fini del quesito di ricerca”.¹⁴²

Un altro studio prospettico del biostatistico Miles Ott e colleghi su 10.515 giovani (3.980 maschi; 6.535 femmine) mostrò nel 2013 delle risultanze riguardo al cambiamento di orientamento sessuale negli adolescenti che erano coerenti le risultanze dei dati dell'Add Health, indicando ancora una volta fluidità e plasticità delle attrazioni omosessuali in molti adolescenti.¹⁴³

Alcuni anni dopo la prima pubblicazione dei dati dell'Add Health, *Archives of Sexual Behavior* pubblicò un articolo di Savin Williams e Joyner che sottoponeva a critica i dati dell'Add Health sul cambiamento di attrazione sessuale.¹⁴⁴ Prima di definire la loro critica, Savin-Williams e Joyner riassumono le scoperte chiave dell'Add Health: “nei circa 13 anni tra i blocchi di interviste I e IV, indipendentemente dal fatto che la misurazione fosse identica da un blocco all'altro (attrazione sentimentale) o discrepante nelle parole, ma non in teoria (attrazione sentimentale e identità dell'orientamento sessuale), circa l'80% dei ragazzi adolescenti e la metà delle ragazze adolescenti che esprimevano attrazione sentimentale omosessuale

¹³⁹ *Ibid.*, 388.

¹⁴⁰ *Ibid.*, 389.

¹⁴¹ *Ibid.*, 392-393.

¹⁴² *Ibid.*, 393.

¹⁴³ Miles Q. Ott et al., “Repeated Changes in Reported Sexual Orientation Identity Linked to Substance Use Behavior in Youth”, *Journal of Adolescent Health* 52, n. 4 (2013): 465472. <http://dx-doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.08.004>.

¹⁴⁴ Savin-Williams e Joyner, “The Dubious Assessment of Gay, Lesbian and Bisexual Adolescents of Add Health”.

parziale o esclusiva al blocco I “diventavano” eterosessuali (attrazione per il sesso opposto o identità esclusivamente eterosessuale) da giovani adulti”.¹⁴⁵ Gli autori propongono tre ipotesi per spiegare queste discrepanze:

(1) adolescenti gay che nascondono la loro omosessualità durante gli anni da giovani adulti; (2) confusione riguardo all'uso e al significato dell'attrazione sentimentale come sostituta dell'orientamento sessuale; e (3) l'esistenza di adolescenti dispettosi che avevano fatto i “burloni”, riferendo un'attrazione omosessuale quando non ve ne era alcuna.¹⁴⁶

Savin-Williams e Joyner rifiutano la prima ipotesi, ma trovano sostegno per la seconda e la terza. Riguardo alla seconda ipotesi, mettono in discussione l'uso dell'attrazione sentimentale per operativizzare l'identità sessuale:

Per aiutarci a valutare se la questione del costrutto/misurazione (attrazione sentimentale versus identità dell'orientamento sessuale) stava influenzando i risultati, abbiamo confrontato i due costrutti al blocco IV...Mentre oltre il 99% dei giovani adulti con un'attrazione sentimentale per il sesso opposto si identificava come eterosessuale o prevalentemente eterosessuale e il 94% di quelli con una attrazione sentimentale per lo stesso sesso si identificavano come omosessuali o prevalentemente omosessuali, il 33% degli uomini attratti da entrambi i sessi si identificava come eterosessuale (solo il 6% delle donne attratte da entrambi i sessi si identificavano come eterosessuali). Questi dati indicavano che in generale, uomini e donne giovani adulti avevano una comprensione del significato della attrazione sentimentale verso il sesso opposto o verso lo stesso sesso come comprensiva di una particolare (e coerente) identità dell'orientamento sessuale, con una evidente eccezione – un consistente sottinsieme di giovani uomini adulti che, nonostante la loro attrazione sentimentale dichiarata per entrambi i sessi, si identificavano come eterosessuali.

Relativamente alla terza ipotesi per la spiegazione dei dati Add Health, Savin-Williams e Joyner osservano che le indagini sugli adolescenti producono a volte risultati insoliti o distorti a causa di adolescenti che non rispondono in modo sincero. L'indagine Add Health, osservano, ha avuto un numero significativo di rispondenti atipici. Per esempio, diverse centinaia di adolescenti riportavano nel questionario del blocco I di avere un arto artificiale, mentre in interviste successive fatte a casa loro, solo due di questi adolescenti riferirono di avere un arto artificiale.¹⁴⁷ I ragazzi adolescenti che passarono dalla non eterosessualità nel blocco di interviste I all'eterosessualità nel blocco IV avevano una probabilità significativamente inferiore di dichiarare che avevano compilato in modo veritiero il questionario al blocco I; questi ragazzi mostravano anche altre differenze significative, come una media dei voti inferiore. Inoltre, come per i ragazzi che permanevano eterosessuali, i ragazzi per i quali c'era una discontinuità tra il blocco di interviste I e il blocco IV erano più popolari a scuola tra i ragazzi che tra le ragazze, mentre i ragazzi che permanevano non eterosessuali erano più popolari con le ragazze. Questi e altri dati¹⁴⁸ portarono gli autori a concludere che “i

¹⁴⁵ *Ibid.*, 416.

¹⁴⁶ *Ibid.*, 414.

¹⁴⁷ Per un'ulteriore analisi di partecipanti che hanno risposto in modo scorretto nei sondaggi Add Health, si veda Xitao Fan et al., “An Exploratory Study About Inaccuracy and Invalidity in Adolescent Self-Report Surveys”, *Field Methods* 18, n. 3 (2006): 223-244, <http://dx.doi.org/10.117/152822X06289161>.

¹⁴⁸ Savin-Williams e Joyner erano scettici sui dati del sondaggio Add Health anche perché l'alto numero di giovani che riferivano attrazioni verso lo stesso sesso o verso entrambi i sessi (7,3% dei ragazzi e 5,0 % delle ragazze) al blocco di interviste I era molto insolito se confrontato con studi simili, e a causa della drastica riduzione nell'attrazione verso lo stesso sesso che veniva riferita dopo poco più di un anno, all'intervista II.

ragazzi che emergevano da un'adolescenza gay o bisessuale e diventavano giovani adulti eterosessuali erano, in linea di massima, adolescenti eterosessuali che o erano confusi e non comprendevano la misurazione dell'attrazione sentimentale, o erano dei burloni che decidevano, per ragioni che non siamo riusciti a scoprire, di dare riscontri non veritieri sulla propria sessualità".¹⁴⁹ Tuttavia, gli autori non furono in grado di stimare il numero dei partecipanti che avevano risposto in modo scorretto, cosa che avrebbe aiutato a valutare il potere esplicativo delle ipotesi.

Più avanti nel corso del 2014, gli *Archives of Sexual Behavior* pubblicarono una critica della spiegazione dei dati della Add Health data da Savin-Williams e Joyner, scritta dallo psicologo Gu Li e colleghi.¹⁵⁰ Oltre a criticare la metodologia di Savin-Williams e Joyner, questi autori sostenevano che i dati erano coerenti con uno scenario in cui alcuni adolescenti non eterosessuali tornavano "nel segreto" negli anni successivi come possibile reazione allo stress sociale. (Esamineremo gli effetti dello stress sociale sulla salute mentale nelle popolazioni LGBT nella Parte Seconda di questo report). Essi dichiararono anche che "ha poco senso usare risposte relative all'identità sessuale del blocco di interviste IV per validare o invalidare risposte ai blocchi I o IV sulle attrazioni sentimentali, quando, in primo luogo, questi aspetti dell'orientamento sessuale potrebbero non essere allineati".¹⁵¹ A proposito dell'ipotesi dei burloni, questi autori fanno presente questa difficoltà: "Anche se alcuni dei partecipanti potrebbero essere dei 'burloni', e noi, come ricercatori, dovremmo essere attenti, nell'analisi e nella interpretazione dei dati, ai problemi associati ai sondaggi basati sulle dichiarazioni fornite dai soggetti stessi, non è chiaro perché i "burloni" avrebbero fornito risposte sincere alle domande sulla delinquenza, ma non alle domande sul proprio orientamento sessuale".¹⁵²

Savin-Williams e Joyner pubblicarono una risposta alla critica nello stesso numero della rivista.¹⁵³ Rispondendo alla critica secondo la quale il loro confronto tra l'identità sessuale autodichiarata del blocco di interviste IV e le attrazioni sentimentali autodichiarate nel blocco I fosse poco sensato, Savin-Williams e Joyner sostennero che i risultati erano piuttosto simili, se si fosse usata l'attrazione come misurazione del blocco IV. Essi ritenevano anche altamente improbabile che un ampio numero di partecipanti classificati come non eterosessuali nel blocco I e come eterosessuali nel blocco IV fossero tornati "nel segreto", perché il numero di adolescenti e giovani adulti che "escono allo scoperto" aumenta di solito nel corso del tempo.¹⁵⁴

¹⁴⁹ Savin-Williams e Joyner, "The Dubious Assessment of Gay, Lesbian and Bisexual Adolescents of Add Health", 420.

¹⁵⁰ Gu Li, Sabra L. Katz-Wise e Jerel P. Calzo, "The Unjustified Doubt of Add Health Studies on the Health Disparities of Non-Heterosexual Adolescents: Comment on Savin-Williams and Joyner (2014)", *Archives of Sexual Behavior*, 43 n. 6 (2014): 1023-1026, <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-014-0313-3>.

¹⁵¹ *Ibid.*, 1024.

¹⁵² *Ibid.*, 1025.

¹⁵³ Ritch C. Savin-Williams e Kara Joyner, "The Politicization of Gay Youth Health: Response to Li, Katz-Wise, and Calzo (2014)", *Archives of Sexual Behavior* 43, n. 6 (2014): 1027-1030, <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-014-0359-2>.

L'anno seguente, gli *Archives of Sexual Behavior* pubblicarono un'altra risposta a Savin-Williams e Joyner da parte della psicologa Sabra Katz-Wise e colleghi, che sostenevano che "l'approccio [di Savin-Williams e Joyner] per l'identificazione di giovani appartenenti a una minoranza sessuale 'dubbiosa' è intrinsecamente viziato".¹⁵⁵ Essi scrissero che "l'attrazione sentimentale e l'identità dell'orientamento sessuale sono due dimensioni distinte dell'orientamento sessuale che possono non essere concordi, persino nello stesso punto nel tempo".¹⁵⁶ Essi dichiararono anche che "seppure Add Health avesse valutato gli stessi aspetti dell'orientamento sessuale in tutti i blocchi di interviste, resterebbe comunque scorretto inferire la presenza di minoranze sessuali 'dubbiose' a partire dai cambiamenti riguardanti la stessa dimensione dell'orientamento sessuale, perché questi cambiamenti potrebbero riflettere una fluidità sessuale".¹⁵⁷

Purtroppo, non sembra che lo studio Add Health contenga i dati che consentirebbero una valutazione per determinare quali di queste interpretazioni è probabile sia, eventualmente, corretta. Potrebbe benissimo essere che una combinazione di fattori abbia contribuito alle differenze tra i dati del blocco di interviste I e del blocco IV. Per esempio potrebbero esserci stati alcuni adolescenti che hanno risposto alle domande sull'attrazione sessuale del blocco I in modo scorretto, alcuni adolescenti dichiaratamente non eterosessuali che sono successivamente tornati "nel segreto", e alcuni adolescenti che hanno sperimentato attrazioni non eterosessuali prima del blocco di interviste I che sono in gran parte scomparse prima del blocco IV. Altri progetti di studio prospettico che seguano specifici individui nel corso dello sviluppo nell'adolescenza e nell'età adulta potrebbero fare ulteriore luce su queste problematiche.

Sebbene le difficoltà nella definizione e nella caratterizzazione del desiderio e dell'orientamento sessuale renda difficile studiare i mutamenti nel desiderio sessuale, i dati di questi ampi studi di popolazione condotti su base nazionale su individui reclutati in modo randomizzato fanno pensare che tutte e tre le dimensioni della sessualità – affetto, comportamento e identità – possano per alcune persone cambiare nel corso del tempo. Non è chiaro, e la ricerca attuale non se ne occupa, se e fino a che punto dei fattori soggetti al controllo della volizione – la scelta dei partner sessuali o i comportamenti sessuali, per esempio – possano influenzare questi cambiamenti attraverso il condizionamento e altri meccanismi descritti nelle scienze comportamentali.

Diversi ricercatori hanno suggerito che l'orientamento e le attrazioni sessuali possano essere particolarmente plastiche per le donne.¹⁵⁸ Per esempio, Lisa Diamond, sulla base di ricerche sue e di molti altri, sosteneva nel suo libro del 2008 *Sexual Fluidity* che "la sessualità femminile è fondamentalmente più

¹⁵⁴ Si veda, per esempio, Stephen T. Russel et al., "Being Out at School: The Implications for School Victimization and Young Adult Adjustment", *American Journal of Orthopsychiatry* 84, n. 6 (2014): 635-643, <http://dx.doi.org/10.1037/ort0000037>.

¹⁵⁵ Sabra L. Katz-Wise et al., "Same Data, Different Perspectives: What Is at Stake? Response to Savin-Williams and Joyner (2014a)", *Archives of Sexual Behavior* 44 n. 1 (2015): 15, <http://dx-doi.org/10.1007/s10508-014-0434-8>.

¹⁵⁶ *Ibid.*, 15.

¹⁵⁷ *Ibid.*, 15-16.

¹⁵⁸ *Ibid.*, 15.

fluida di quella maschile e rende possibile una maggiore variabilità nel suo sviluppo e nelle sue espressioni nel corso della vita”.¹⁵⁹

Anche le interviste longitudinali di Lisa Diamond, durate 5 anni, a donne che avevano relazioni sessuali con altre donne chiariscono i problemi riguardanti il concetto di orientamento sessuale. In molti casi, le donne nel suo studio riferivano non tanto di essersi prefisse di intraprendere una relazione lesbica, ma piuttosto di avere sperimentato una graduale crescita dell'intimità affettiva con una donna, che ha portato alla fine ad un coinvolgimento sessuale. Alcune di queste donne rifiutavano le etichette di “lesbica”, “etero” o “bisessuale” come non rispondenti alla loro esperienza vissuta.¹⁶⁰ In un altro studio, la Diamond mette in discussione l'utilità del concetto di orientamento sessuale, specialmente riferito alle donne. La Diamond sottolinea che, se la base neurale dell'attaccamento genitore-figlio – incluso l'attaccamento alla madre - costituisce almeno una parte del fondamento degli attaccamenti sentimentali nell'età adulta, non sarebbe allora sorprendente che una donna sperimentasse sentimenti romantici per un'altra donna, senza necessariamente volere una intimità sessuale con lei. La ricerca della Diamond indica che questi tipi di relazione si formano più spesso di quanto noi in genere riconosciamo, specialmente tra le donne.

Alcuni ricercatori hanno anche suggerito che la sessualità maschile sia più fluida di quanto si pensasse in passato. Per esempio, la Diamond ha presentato, in una conferenza del 2014, una relazione sulla base dei risultati iniziali di una inchiesta su 394 persone, intitolata “I Was Wrong! Men Are Pretty Darn Sexually Fluid, Too!” (Mi sbagliavo, anche gli uomini sono maledettamente fluidi sessualmente!- n.d.t.).¹⁶¹ La ricercatrice basò questa conclusione su un sondaggio condotto su uomini e donne di età compresa tra i 18 e i 35 anni, in cui si facevano domande sulle loro attrazioni sessuali e sulle loro identità, nella descrizione che essi stessi ne davano, in fasi diverse delle loro vite. L'indagine riscontrò che il 35% degli uomini che si identificavano come gay riferivano di avere sperimentato attrazioni verso il sesso opposto nell'anno precedente, e il 10% degli uomini che si dichiaravano gay aveva avuto nello stesso periodo comportamenti eterosessuali. Inoltre, quasi altrettanti uomini erano passati in un qualche periodo della loro vita da gay a bisessuali, queer o a una identità non definita, di quanti erano passati da una identità bisessuale a una gay.

In un articolo di review del 2012 intitolato “Can We Change Sexual Orientation?” (Possiamo cambiare l'orientamento sessuale? - n.d.t.) pubblicato in *Archives of Sexual Behavior*, lo psicologo Lee Beckstead scriveva, “Nonostante il loro comportamento, l'identità e le attrazioni sessuali possano cambiare nel corso della loro vita, questo potrebbe non essere indicativo di un cambiamento dell'orientamento sessuale..bensì di un cambiamento nella consapevolezza e di una espansione della sessualità”.¹⁶²

¹⁵⁹ Lisa M. Diamond, *Sexual Fluidity* (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 2008), 52.

¹⁶⁰ Lisa M. Diamond, “Was It a Phase?” Young Women's Relinquishment of Lesbian/Bisexual Identities Over a 5-Year Period”, *Journal of Personality and Social Psychology* 84, n. 2 (2003): 352-364, <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.84.2.352>.

¹⁶¹ Diamond, “What Does Sexual Orientation Orient?”, 173-192.

¹⁶² Questo testo per una conferenza è stato riassunto in Denizet-Lewis, “The Scientific Quest to Prove Bisexuality Exists”.

È difficile sapere come interpretare questa affermazione – che il comportamento, l'identità e le attrazioni sessuali possono cambiare ma che questo non indica necessariamente un cambiamento dell'orientamento sessuale. Abbiamo già analizzato le difficoltà inerenti la definizione di orientamento sessuale, ma comunque si scelga di definire questo concetto, sembra che la definizione sarebbe in qualche modo legata al comportamento, identità o attrazione sessuali. Forse possiamo recepire questa affermazione di Beckstead come una ragione in più per prendere in considerazione di rinunciare al concetto di orientamento sessuale nel contesto della ricerca nelle scienze sociali, poiché sembra che qualsiasi cosa possa rappresentare, esso sia legato solo vagamente o in modo incostante a fenomeni empiricamente misurabili.

Data la possibilità di cambiamenti nel desiderio e nell'attrazione sessuale, che le ricerche suggeriscono non essere rare, qualsiasi tentativo di inferire un'identità stabile, innata e fissa a partire da un miscuglio complesso e spesso mutevole di fantasie, desideri e attrazioni intime – sessuali, romantiche, estetiche o di altro tipo – è irto di difficoltà. Possiamo immaginare, per esempio, che un ragazzo di sedici anni infatuato di un giovane uomo intorno ai vent'anni sviluppi fantasie incentrate sul corpo e sul fisico dell'altro, o forse su qualcuno dei suoi tratti e punti di forza caratteriali. Forse una sera, ad una festa, i due entrano in intimità fisica, con l'aiuto dell'alcool e del clima generale della festa. Questo giovane uomo comincia poi un angosciato processo di introspezione ed esplorazione di sé, mirato a trovare la risposta all'enigmatica domanda “Questo significa che sono gay?”

Le ricerche attuali delle scienze biologiche, psicologiche e sociali fanno pensare che questa domanda, almeno posta in questo modo, abbia poco senso. Per quanto la scienza sia in grado di dirci, non c'è nulla da scoprire per questo giovane – nessun dato di natura da svelare o da trovare sepolto in se stesso. Quello che le sue fantasie, o la sua relazione occasionale “significano davvero” è soggetto a un numero indefinito di interpretazioni: che trovi bella la figura maschile, che la sera della festa fosse solo e si sentisse rifiutato e abbia risposto alle attenzioni e ai gesti affettuosi del suo pari, che fosse ubriaco e influenzato dalla musica ad alto volume e dalle luci stroboscopiche, che abbia davvero una profonda attrazione sessuale o sentimentale verso altri uomini e così via. In realtà, si possono costruire, citando fattori motivazionali e conflitti interiori inconsci, infinite interpretazioni psicodinamiche di questi comportamenti, molte di queste interessanti, la maggior parte impossibili da dimostrare.

Ciò che possiamo affermare con maggiore sicurezza è che questo giovane uomo ha avuto una esperienza che comportava sentimenti complessi, o che ha agito un atto sessuale condizionato da molteplici fattori complessi, e che queste fantasie, i sentimenti o i comportamenti ad essi associati, potrebbero essere soggetti a cambiamento durante la sua crescita e sviluppo (o potrebbero non farlo). Questi comportamenti potrebbero diventare più abituali, e quindi più stabili, se vengono ripetuti, oppure potrebbero estinguersi e ripresentarsi solo raramente, o mai. Le ricerche sui comportamenti, i desideri e le identità sessuali indica che entrambe le traiettorie sono realmente possibili.

Conclusione

Il concetto di orientamento sessuale è insolitamente ambiguo rispetto ad altre caratteristiche psicologiche. Generalmente si riferisce ad almeno una di tre cose: attrazioni, comportamenti o identità. Inoltre, abbiamo visto che l'orientamento sessuale si riferisce spesso anche ad altre cose: l'appartenenza a una certa

comunità, le fantasie (distinte per alcuni versi dalle attrazioni), i desideri, le aspirazioni, i bisogni percepiti di certe forme di compagnia. E così via. È importante, allora, che i ricercatori siano chiari su quali di questi ambiti si sta indagando, e che noi teniamo presenti le definizioni specificate dai ricercatori quando interpretiamo le loro scoperte.

Inoltre, non solo il termine “orientamento sessuale” può essere inteso in molti sensi diversi, ma molti di questi sensi sono essi stessi concetti complessi. Attrazione, per esempio, potrebbe fare riferimento a schemi di eccitamento, o a sentimenti romantici, o a desideri di compagnia o altre cose; e ciascuna di queste cose potrebbe essere presente sporadicamente o temporaneamente o in modo pervasivo e a lungo termine, in modo esclusivo o meno, profondo o superficiale, e così via. Per questa ragione, anche specificare uno dei sensi di base dell'orientamento (attrazione, comportamento o identità) è insufficiente a rendere giustizia del fenomeno notevolmente variegato della sessualità umana.

In questa parte abbiamo criticato la supposizione comune che i *desideri*, le *attrazioni*, le *aspirazioni* sessuali rivelino una qualche caratteristica innata e fissa della nostra costituzione biologica o psicologica, una *identità* o un *orientamento* sessuali fissi. Inoltre, potremmo avere una qualche ragione per dubitare della supposizione comune che per vivere vite felici e prospere, dobbiamo in qualche modo scoprire questo dato innato su di noi che chiamiamo *sessualità* od *orientamento sessuale*, ed esprimerlo invariabilmente attraverso particolari schemi di comportamento sessuale o un particolare percorso di vita. Forse dovremmo invece considerare quali tipi di comportamento – in ambito sessuale o altri ambiti – tendano a condurre alla salute e prosperità, e quali tipi di comportamento tendano a pregiudicare una vita sana e prospera.

Parte Seconda

Sessualità, esiti di salute mentale e stress sociale

Rispetto alla popolazione generale, le subpopolazioni non eterosessuali e transgender hanno tassi superiori di problemi di salute mentale come ansia, depressione e suicidi, come anche problemi comportamentali e sociali quali l'abuso di sostanze e la violenza tra partner intimi. La spiegazione prevalente in letteratura scientifica è il modello dello stress sociale, che postula che i fattori stressogeni sociali – come la stigmatizzazione e la discriminazione – affrontati dai membri di queste sottopopolazioni rendano ragione della differenza negli esiti di salute mentale. Gli studi mostrano che, sebbene i fattori stressogeni sociali contribuiscano al maggior rischio di esiti di precaria salute mentale in queste subpopolazioni, essi probabilmente non spiegano la differenza nella sua totalità.

Molte delle questioni che riguardano l'orientamento sessuale e l'identità di genere rimangono controverse tra i ricercatori, ma c'è un consenso generale sull'osservazione che sta alla radice della Parte Due: le subpopolazioni lesbiche, gay, bisessuali e transgender (LGBT) sono esposte ad un maggior rischio di numerosi problemi mentali rispetto alla popolazione generale. Sono invece meno certe le cause di questo maggior rischio, e quindi gli approcci sociali e clinici che potrebbero essere d'aiuto per porvi rimedio. In

questa parte passiamo in rassegna alcune delle ricerche che documentano il maggior rischio, concentrandoci sugli studi che si basano su dati raccolti con una solida metodologia e che sono ampiamente citati in letteratura scientifica.

Un consistente e sempre crescente corpus di ricerche esamina le relazioni tra sessualità o comportamenti sessuali e lo stato di salute mentale. La prima metà di questa parte tratta delle associazioni tra identità o comportamenti sessuali e disturbi psichiatrici (come i disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, e disturbi di adattamento), suicidio, e violenza tra partner intimi. La seconda parte esplora le ragioni per gli elevati rischi di questi esiti tra le popolazioni non eterosessuali e transgender e prende in considerazione ciò che le scienze sociali ci possono dire su uno dei modi prevalenti per spiegare questi rischi, il modello dello stress sociale. Come vedremo, i fattori di stress sociale, come le molestie e lo stigma, spiegano probabilmente una parte, ma non tutto, degli elevati rischi di salute mentale per queste popolazioni. Sono necessarie ulteriori ricerche per comprendere le cause e le potenziali soluzioni per queste importanti problematiche cliniche e di salute pubblica.

Alcune premesse

Prendiamo dapprima in considerazione le evidenze relative ai legami statistici tra identità o comportamenti sessuali ed esiti di salute mentale. Prima di riassumere le ricerche attinenti, è bene menzionare i criteri usati nella selezione degli studi pesi in esame. Nel tentativo di sintetizzare le scoperte complessive di un ampio corpus di ricerca, ogni sezione inizia riassumendo le più ampie e attendibili meta-analisi – studi che raccolgono ed esaminano i dati statistici della letteratura di ricerca pubblicata. Per alcuni ambiti di ricerca non sono state condotte meta-analisi esaurienti e in queste aree ci basiamo su articoli di review che riassumono la letteratura di ricerca, senza entrare in analisi quantitative dei dati pubblicati. Oltre a riportare queste sintesi, discutiamo anche alcuni studi scelti che sono di particolare valore per metodologia, dimensione del campione, controlli per fattori di confondimento, o modi in cui concetti come eterosessualità o omosessualità sono operativizzati; ci occupiamo inoltre di studi chiave pubblicati successivamente alle meta-analisi o agli articoli di recensione. Come abbiamo mostrato nella Parte Prima, spiegare le esatte origini biologiche e psicologiche di desideri e comportamenti sessuali è un compito scientifico difficile, che ancora non è stato portato a termine in modo soddisfacente, e forse non lo sarà mai. Tuttavia i ricercatori possono studiare le correlazioni tra comportamento, attrazione o identità sessuale ed esiti di salute mentale, anche se potrebbero esserci – e spesso vengono rilevate - delle differenze rispetto al modo in cui il comportamento, l'attrazione o l'identità sessuali si correlano a particolari esiti di salute mentale. Comprendere la portata delle sfide dal punto di vista della salute a cui vanno incontro gli individui che agiscono particolari comportamenti sessuali o sperimentano alcune attrazioni sessuali è un passo necessario per offrire a questi individui le attenzioni di cui hanno bisogno.

Sessualità e salute mentale

In una meta-analisi del 2008 delle ricerche sugli esiti di salute mentale nei non eterosessuali il professore di psichiatria dell'University College of London Michael King e colleghi concludevano che gay, lesbiche, e bisessuali sono esposti “un rischio maggiore di comportamento suicida, disturbo mentale, abuso e

dipendenza da sostanze, rispetto alle persone eterosessuali".¹⁶³ Questa indagine sulla letteratura prendeva in esame articoli pubblicati tra gennaio 1966 e Aprile 2005 con dati provenienti da 214.344 individui eterosessuali e 11.971 individui non eterosessuali. L'ampio campione permetteva agli autori di fornire stime molto affidabili, come indicato dagli intervalli di confidenza relativamente ristretti.¹⁶⁴

Raccogliendo i tassi di rischio riscontrati in queste pubblicazioni, gli autori stimavano che gli individui lesbiche, gay e bisessuali avevano un tasso di rischio di tentare il suicidio nel corso della vita di 2,47 volte superiore rispetto agli eterosessuali,¹⁶⁵ che avevano una probabilità circa doppia di sperimentare depressione in un periodo di 12 mesi,¹⁶⁶ e una probabilità di circa 1,5 volte superiore di sperimentare disturbi d'ansia.¹⁶⁷ Si riscontrò che sia gli uomini sia le donne non eterosessuali avevano un alto rischio di problemi da abuso di sostanze (1,51 volte),¹⁶⁸ il rischio era particolarmente alto per le donne non eterosessuali – 3,42 volte più alto rispetto alle donne eterosessuali.¹⁶⁹ Gli uomini non eterosessuali, d'altro canto, erano particolarmente a rischio per i tentativi di suicidio: mentre gli uomini e le donne non

¹⁶³ Michael King et al., "A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people", *BMC Psychiatry* 8 (2008): 70, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-8-70>.

¹⁶⁴ I ricercatori che hanno eseguito questa meta-analisi hanno trovato inizialmente 13.706 pubblicazioni nei database di ricerca accademica e medica, ma, dopo avere espunto i duplicati e altri risultati fallaci, hanno preso in esame 476 pubblicazioni. Dopo l'ulteriore esclusione di studi privi di controlli, lavori qualitativi, rassegne e commenti, gli autori trovarono 111 studi basati su raccolte dati, dei quali ne esclusero 87, che non erano studi basati sulla popolazione, o che non utilizzavano diagnosi psichiatriche, o che utilizzavano un campione insufficiente. Le 28 pubblicazioni rimanenti si basavano su 25 studi (alcune prendevano in esame dati provenienti dagli stessi studi), che King e colleghi valutarono usando quattro criteri qualitativi: (1) l'uso o meno di un campionamento randomizzato; (2) la rappresentatività dello studio (misurata attraverso i tassi di risposta al sondaggio); (3) il campionamento tratto dalla popolazione generale o da qualche altro sottogruppo limitato, per esempio gli studenti universitari; e (4) le dimensioni del campione. Tuttavia, un solo studio rispondeva a tutti e quattro i criteri. Riconoscendo i limiti e le incoerenze intrinseci dei concetti relativi all'orientamento sessuale, gli autori inclusero delle informazioni sul modo in cui quei concetti sono stati operativizzati negli studi presi in esame – che fosse nei termini di attrazione omosessuale (quattro studi), di comportamento omosessuale (tredici studi), di autoidentificazione (quindici studi), punteggio superiore a zero nella scala Kinsey (tre studi), due diverse definizioni di orientamento sessuale (due studi), tre diverse definizioni (uno studio). Diciotto degli studi utilizzavano uno specifico quadro temporale per definire la sessualità dei propri soggetti. Gli studi erano anche raggruppati in base al fatto che si concentrassero o meno sull'arco vitale o sulla prevalenza in dodici mesi, e che gli autori analizzassero gli esiti relativi alle popolazioni LGB separatamente o collettivamente.

¹⁶⁵ Intervallo di confidenza del 95%: 1,87-3,28.

¹⁶⁶ Intervallo di confidenza del 95%: 1,69-2,48.

¹⁶⁷ Intervallo di confidenza del 95%: 1,23-1,92.

¹⁶⁸ Intervallo di confidenza del 95%: 1,23-1,86.

¹⁶⁹ Intervallo di confidenza del 95%: 1,97-5,92.

eterosessuali avevano insieme un rischio di 2,47 volte maggiore di tentativi di suicidio nel corso della vita, si rilevò che gli uomini non eterosessuali avevano un rischio superiore di 4,28 volte.¹⁷⁰

Queste risultanze sono state replicate in altri studi, sia negli Stati Uniti, sia internazionalmente, confermando uno schema costante ed allarmante. Tuttavia, c'è una considerevole variazione nelle stime di aumentato rischio di vari problemi di salute mentale, dipendenti dal modo in cui i ricercatori definiscono termini come "omosessuale" o "non eterosessuale". Le scoperte di uno studio del 2010 del professore di studi infermieristici e sanitari della Northern Illinois University Wendy Bostwick e colleghi esaminava le associazioni dell'orientamento sessuale con i disturbi dell'umore e dell'ansia tra uomini e donne che si identificavano come gay, lesbiche o bisessuali o che riferivano di avere agito comportamenti sessuali con partner dello stesso sesso, o che riferivano di provare attrazioni per lo stesso sesso. Lo studio utilizzava un ampio campione casuale della popolazione statunitense, usando dati raccolti dal blocco di interviste 2004-2005 del National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, che si basava su 34.653 interviste.¹⁷¹ Nel suo campione, l'1,4% dei partecipanti si identificava come lesbica, gay o bisessuale; il 3,4% riferiva un qualche comportamento sessuale con persone dello stesso sesso nel corso della propria vita; e il 5,8% riferiva attrazioni non eterosessuali.¹⁷²

Le donne che si identificavano come lesbiche, bisessuali, o "incerte" riferivano tassi maggiori di disturbi dell'umore nel corso della loro vita rispetto alle donne che si identificavano come eterosessuali: la prevalenza era del 44,4% nelle lesbiche, 58,7% nelle bisessuali e 36,5% nelle donne insicure della propria identità sessuale, rispetto al 30,5% nelle eterosessuali. Uno schema simile fu riscontrato per i disturbi d'ansia, con le donne bisessuali che sperimentavano la prevalenza maggiore, seguite dalle lesbiche e da quelle insicure; le donne eterosessuali sperimentavano la prevalenza minore. Esaminando i dati per le donne con *comportamento* sessuale o *attrazione* sessuale (piuttosto che identità), quelle che riferivano comportamento sessuale o attrazione sia verso uomini che verso donne avevano un tasso superiore di disturbi nel corso della vita rispetto alle donne che riferivano comportamenti o attrazioni esclusivamente eterosessuali o omosessuali; le donne che riferivano comportamento sessuale esclusivamente omosessuale o attrazione esclusivamente omosessuale avevano di fatto i tassi *più bassi* di disturbi dell'umore o da ansia nel corso della vita.¹⁷³

Gli uomini che si identificavano come gay avevano una prevalenza di disturbi dell'umore più che doppia rispetto agli uomini che si identificavano come eterosessuali (42,3% contro il 19,8%), e un tasso più che doppio di un qualche disturbo d'ansia nel corso della vita (41,2% contro 18,6%), mentre quelli che si

¹⁷⁰ Intervallo di confidenza del 95%: 2,32-7,88.

¹⁷¹ Wendy B. Bostwick et al., "Dimensions of Sexual Orientation and the Prevalence of Mood and Anxiety Disorders in the United States", *American Journal of Public Health* 100, n. 3 (2010): 468-475, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2008.152942>.

¹⁷² *Ibid.*, 470.

¹⁷³ La differenza negli esiti di salute tra le donne che si identificano come lesbiche e le donne che riferiscono comportamenti o attrazioni esclusivamente verso lo stesso sesso illustra efficacemente come le differenze tra identità, comportamento e attrazione sessuale siano importanti.

identificavano come bisessuali avevano una prevalenza leggermente inferiore di disturbi dell'umore (36,9%) e di disturbi d'ansia (38,7%) rispetto agli uomini gay. Considerando l'attrazione o il comportamento sessuale tra gli uomini, coloro che riferivano attrazione sessuale "prevalentemente verso i maschi" o comportamento sessuale "sia con partner femminili sia maschili" avevano la maggiore prevalenza di disturbi dell'umore e disturbi d'ansia nel corso della vita rispetto agli altri gruppi, mentre quelli che riferivano attrazione o comportamento esclusivamente eterosessuale avevano la prevalenza più bassa di qualsiasi gruppo.

Altri studi hanno riscontrato che le popolazioni non eterosessuali sono esposte ad un rischio maggiore di problemi di salute fisica oltre che di problemi di salute mentale. Uno studio del 2007 del prof. di epidemiologia della UCLA Susan Cochran e colleghi esaminava i dati della California Quality of Life Survey, condotta su 2.272 adulti per valutare i collegamenti tra l'orientamento sessuale e lo stato di salute fisica, le condizioni di salute, la disabilità come anche il disagio psicologico dichiarati da lesbiche, gay, bisessuali, e quelli che venivano classificati come "individui eterosessuali con esperienza di omosessualità".¹⁷⁴ Sebbene lo studio, come è per la maggior parte, fosse limitato dall'uso delle dichiarazioni degli interessati riguardo alle condizioni di salute, aveva diversi punti di forza: studiava un campione basato sulla popolazione; misurava separatamente l'identità e le dimensioni comportamentali dell'orientamento sessuale; e tiene conto di razza (appartenenza etnica), istruzione, status relazionale, reddito familiare, tra gli altri fattori.

Sebbene gli autori di questo studio abbiano trovato una serie di patologie che sembravano avere una elevata prevalenza tra i non eterosessuali, dopo avere tenuto conto dei fattori demografici che sono potenziali variabili confondenti l'unico gruppo con una prevalenza significativamente maggiore di patologie fisiche diverse dall'HIV erano le donne bisessuali, che presentavano maggiori probabilità di avere problemi di salute rispetto alle donne eterosessuali. Coerentemente con lo studio del 2010 di Bostwick e colleghi, tassi maggiori di stress psicologico erano riferiti da lesbiche, donne bisessuali, gay e uomini eterosessuali con esperienza di omosessualità, sia prima che dopo l'aggiustamento per tenere conto del fattore di confondimento demografico. Tra gli uomini, i rispondenti gay autodichiarati ed eterosessuali con esperienza di omosessualità riferivano i tassi più alti di diversi problemi di salute.

Utilizzando la stessa California Quality of Life Survey, uno studio del 2009 del professore di psichiatria e scienze biocomportamentali Christine Grella e colleghi (tra i quali Cochran) esaminava la relazione tra l'orientamento sessuale e la terapia per uso di sostanze o disturbi mentali.¹⁷⁵ Essi hanno utilizzato un campione basato sulla popolazione, nel quale le minoranze sessuali erano sovracampionate per fornire una maggiore capacità statistica di rilevare le differenze tra i gruppi. Il ricorso a terapie è stato classificato sulla base del fatto che i partecipanti avessero o meno riferito di essere stati in terapia nei dodici mesi precedenti per "problemi emotivi, di salute mentale, alcool o altre droghe". L'orientamento sessuale è stato operativizzato da una combinazione di teoria comportamentale e auto identificazione. Per esempio, i ricercatori hanno raggruppato insieme come "gay/bisessuali" o "lesbiche/bisessuali" sia coloro che si

¹⁷⁴ Susan D. Cochran e Vickie M. Mays, "Physical Health Complaints Among Lesbians, Gay Men, and Bisexual and Homosexually Experienced Heterosexual Individuals: Results from the California Quality of Life Survey", *American Journal of Public Health* 97, n. 11 (2007): 2048-2055, <http://dx.doi.org/1.2105/AJPH.2006.087254>.

¹⁷⁵ Christine E. Grella et al., "Influence of gender, sexual orientation, and need on treatment utilization for substance use and mental disorders. Findings from the California Quality of Life Survey", *BMC Psychiatry* 9, n. 1 (2009): 52, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-9-52>.

identificavano come gay, lesbiche o bisessuali sia coloro che avevano riferito comportamenti sessuali con individui dello stesso sesso. Essi scoprirono che le donne che erano lesbiche o bisessuali erano quelle che avevano maggiore probabilità di essere state in terapia, seguite dagli uomini che erano gay o bisessuali, poi dalle donne eterosessuali; gli uomini eterosessuali erano il gruppo che meno probabilmente riferiva di essere stato in terapia. In generale, gli individui LGB che riferivano di essere stati in terapia nel corso dei dodici mesi precedenti erano più del doppio rispetto agli eterosessuali (48,5% rispetto al 22,5%). Il modello era simile per gli uomini e per le donne; il 42,5% degli uomini omosessuali, rispetto al 17,1% degli uomini eterosessuali, aveva riferito di essere stato in terapia, mentre il 55,3% delle donne lesbiche e bisessuali e il 27,1% delle donne eterosessuali riferivano di essere stati in terapia. (Bostwick e colleghi avevano riscontrato che le donne con attrazioni e comportamenti esclusivamente omosessuali avevano una prevalenza inferiore di disturbi dell'umore e di ansia rispetto alle donne eterosessuali. La differenza di risultati potrebbe essere dovuta al fatto che Grella e colleghi raggruppavano quelle che si identificavano come lesbiche insieme a quelle che si identificavano come bisessuali o che riferivano comportamento sessuale con partner dello stesso sesso). Uno studio del 2006 del professore di psichiatria della Columbia University Theodorus Sandfort e colleghi esaminava un campione rappresentativo basato sulla popolazione tratto dal secondo Dutch National Survey of General Practice, condotto nel 2001, per valutare i collegamenti tra orientamento sessuale autodichiarato e stato di salute in 9.511 partecipanti, dei quali lo 0,9% era classificato come bisessuale e l'1,5% come gay o lesbiche.¹⁷⁶ Per operativizzare l'orientamento sessuale, i ricercatori hanno chiesto agli intervistati le loro preferenze sessuali su una scala di 5 punti: esclusivamente donne, prevalentemente donne, ugualmente uomini e donne, prevalentemente uomini ed esclusivamente uomini. Solo coloro che hanno riferito una pari preferenza per gli uomini e per le donne sono stati classificati come bisessuali, mentre gli uomini che riferivano una preferenza prevalente per le donne, o le donne che riferivano una preferenza prevalente per gli uomini sono stati classificati come eterosessuali. Gli autori riscontrarono che gli intervistati gay, lesbiche e bisessuali riferivano di sperimentare un numero superiore di problemi mentali acuti e riferivano una salute mentale generale peggiore degli eterosessuali. I risultati riguardanti la salute fisica erano comunque contrastanti: gli intervistati lesbiche e gay riferivano di sperimentare sintomi fisici più acuti (come mal di testa, mal di schiena, mal di gola) negli ultimi quattordici giorni, anche se non superavano gli eterosessuali nel riferire due o più di questi sintomi.

I partecipanti lesbiche e gay avevano maggiore probabilità di riferire problemi di salute cronici, anche se gli uomini bisessuali (cioè, gli uomini che riferivano pari preferenza sessuale per gli uomini e per le donne) avevano minore probabilità di riferire problemi di salute cronici e le donne bisessuali avevano le stesse probabilità delle donne eterosessuali. I ricercatori non hanno trovato una relazione statisticamente significativa tra orientamento sessuale e salute fisica generale. Dopo avere tenuto in considerazione i possibili effetti di confondimento dei problemi di salute mentale su ciò che veniva riferito riguardo a problemi di salute fisica, i ricercatori scoprirono anche che l'effetto statistico sulle patologie fisiche acute o croniche delle dichiarazioni di una propria preferenza sessuale gay o lesbica spariva, anche se l'effetto della preferenza bisessuale restava.

Lo studio di Sandfort definiva l'orientamento sessuale in termini di preferenza o attrazione, senza riferimento al comportamento o alla autoidentificazione, il che rende difficile confrontare i suoi risultati con i risultati di studi che operativizzano l'orientamento sessuale in modo diverso. Per esempio è difficile

¹⁷⁶ Theo G. M. Sandfort et al., "Sexual Orientation and Mental and Physical Health Status: Findings from a Dutch Population Survey", *American Journal of Public Health* 96, (2006): 1119-1125, <http://dx.doi.org/10.2105/FAJPH.2004.058891>.

confrontare le risultanze di questo studio riguardo ai bisessuali (definiti come uomini o donne che riferiscono una pari preferenza sessuale per gli uomini e per le donne) con le scoperte di altri studi che riguardavano “individui eterosessuali con esperienza omosessuale” o coloro che sono “incerti” della propria identità sessuale. Come nella maggior parte di questi studi, le valutazioni riguardanti la salute erano quelle dichiarate dai soggetti, il che potrebbe rendere i risultati in certa misura inattendibili. Tuttavia, questo studio presenta anche diversi punti di forza: ha utilizzato un campione ampio e rappresentativo della popolazione di un Paese, a differenza dei campioni di convenienza che vengono a volte utilizzati per questo tipo di studi, e questo campione comprendeva un numero sufficiente di gay e lesbiche per far sì che i loro dati fossero trattati in gruppi separati nelle analisi statistiche dello studio. Solo tre persone nello studio riferivano infezione HIV, quindi questo non sembrava essere un potenziale fattore di confondimento, anche se i casi di HIV potrebbero essere stati dichiarati in un numero inferiore a quello reale.

Nel tentativo di riassumere le scoperte in questo ambito, possiamo citare il report del 2011 dell'Institute of Medicine (IOM), *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender People*.¹⁷⁷ Questo report è un'ampia rassegna della letteratura scientifica che cita centinaia di studi che esaminano lo stato di salute delle popolazioni LGBT. Gli autori sono scienziati esperti di queste tematiche (anche se vorremmo che ci fosse stato un maggiore coinvolgimento di esperti in psichiatria). Il report passa in rassegna le risultanze relative alla salute fisica e mentale nell'infanzia, adolescenza, prima età adulta, maturità e terza età. Coerentemente con gli studi citati in precedenza, questo report esamina evidenze che mostrano come, in confronto con i giovani eterosessuali, i giovani LGB sono esposti ad un maggior rischio di depressione, come pure di tentativi di suicidio e ideazione suicidaria. Essi hanno anche maggiori probabilità di subire violenza e molestie e di essere senza tetto. Nella prima età adulta e nella maturità, gli individui LGB sono più esposti a disturbi dell'umore e dell'ansia, depressione, ideazione suicidaria e tentativi di suicidio.

Il report IOM mostra che, come i giovani LGB, gli adulti LGB – e le donne in particolare – sembrano avere maggiori probabilità rispetto agli eterosessuali di fumare, usare o abusare di alcool, abusare di droghe. Il report cita uno studio¹⁷⁸ che ha riscontrato che coloro che si autoidentificavano come non eterosessuali ricorrevano ai servizi di salute mentale più spesso degli eterosessuali, e un altro¹⁷⁹ che riscontrava che i tassi di ricorso ai servizi di salute mentale erano superiori nelle lesbiche che negli eterosessuali.

¹⁷⁷ Robert Graham et al., Committee on Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Health Issues and Research Gaps and Opportunities, Institute of Medicine, *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding* (Washington, D.C.: The National Academic Press, 2011), <http://dx.doi.org/10.17226/13128>.

¹⁷⁸ Susan D. Cochran, J. Greer Sullivan e Vickie M. Mays, “Prevalence of Mental Disorders, Psychological Distress, and Mental Health Services Use Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults in the United States”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71, n. 1 (2007): 53-61, <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.71.153>.

¹⁷⁹ Lisa A. Razzano, Alicia Matthews e Tonda L. Hughes, “Utilization of Mental Health Services: A comparison of Lesbian and Heterosexual Women”, *Journal of Gay & Lesbian Social Services* 14, n. 1 (2002): 51-66, http://dx.doi.org/10.1300/J041v14n01_03.

Il report IOM annota che “sono più le ricerche che si sono concentrate su uomini gay e lesbiche di quelle su persone bisessuali e transgender”.¹⁸⁰ I relativamente pochi studi che si sono concentrati su popolazioni transgender mostrano alti tassi di disturbi mentali, ma l'uso di campioni non probabilistici e la mancanza di controlli non transgender mette in discussione la validità degli studi.¹⁸¹ Sebbene alcuni studi abbiano fatto pensare che l'uso di trattamenti ormonali possa essere associato ad esiti di salute fisica negativi nelle popolazioni transgender, il report osserva che la ricerca al riguardo è stata “limitata” e “non sono stati condotti trial clinici sul soggetto”.¹⁸² (Gli esiti di salute negli individui transgender verranno ulteriormente discussi oltre in questa parte e anche nella Parte Terza).

Il report IOM afferma che le evidenze che le popolazioni LGBT hanno esiti di salute mentale e fisica peggiori non sono del tutto conclusive. Per sostenere questa affermazione, il report IOM cita uno studio del 2001¹⁸³ sulla salute mentale di 184 coppie di sorelle di cui una era lesbica e l'altra eterosessuale. Lo studio non ha rilevato differenze significative nei tassi di problemi di salute mentale, ed ha riscontrato una autostima significativamente maggiore nelle sorelle lesbiche. Il report IOM cita anche uno studio del 2003¹⁸⁴ che non ha riscontrato differenze significative tra uomini eterosessuali e gay o bisessuali quanto a felicità in generale, la salute percepita e la soddisfazione lavorativa. Dando atto di queste precisazioni e degli studi che non corroborano la tendenza generale, la grande maggioranza degli studi citati nel report indica un rischio generalmente maggiore di uno stato di precaria salute nelle popolazioni LGBT in confronto alle popolazioni eterosessuali.

Sessualità e suicidio

L'associazione tra orientamento sessuale e suicidio è fortemente supportata dalla scienza. Questa associazione merita particolare attenzione, perché tra tutti i rischi per la salute mentale, il maggior rischio di suicidio è il più preoccupante, in parte per il fatto che le prove sono solide e costanti, e in parte per il fatto che il suicidio è molto devastante e tragico per la persona, la famiglia e la comunità. Una migliore comprensione dei fattori di rischio per il suicidio potrebbe permetterci, letteralmente, di salvare delle vite.¹⁸⁵

¹⁸⁰ Robert Graham et al., *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People*, 4.

¹⁸¹ *Ibid.*, 190, si veda anche 258-259.

¹⁸² *Ibid.* 211.

¹⁸³ Esther D. Rothblum e Rhonda Factor, “Lesbian and Their Sisters as a Control Group: Demographic and Mental Health Factor”, *Psychological Science* 12, n. 1 (2001): 63-69, <http://dx.doi.org/10.1111/1467-9280-00311>.

¹⁸⁴ Stephen M. Hotowitz, David L. Weis e Molly T. Laflin, “Bisexuality, Quality of Life, Lifestyle, and Health Indicators”, *Journal of Bisexuality* 3, n. 2 (2003): 5-28, http://dx-doi.org/10.1300/J159v03n02_02.

¹⁸⁵ Per contestualizzare, potrebbe valere la pena di osservare che negli Stati Uniti il tasso generale di suicidi è aumentato negli anni recenti: “Dal 1999 al 2014, il tasso di suicidi negli Stati Uniti standardizzato per età è aumentato del 24%, da 10,5 a 13,0 ogni 100.000 abitanti, con la maggiore velocità di crescita dopo il 2016”. Sally C. Curtin, Margaret Warner e Holly Hedegaard, “Increase in suicide in the United States, 1999-2014”, National Center

Ann Haas, sociologa e ricercatrice che si occupa di suicidio, e colleghi hanno pubblicato nel 2011 un'ampio articolo di review sulla base dei risultati di una conferenza del 2007 sponsorizzata da Gay and Lesbian Medical Association, American Foundation for Suicide Prevention e Suicide Prevention Resource Center.¹⁸⁶ Essi esaminarono anche gli studi segnalati dopo la conferenza del 2007. Ai fini del loro report, gli autori definivano l'orientamento sessuale come "autoidentificazione sessuale, comportamento sessuale e attrazione o fantasia sessuale".¹⁸⁷

Haas e colleghi riscontrarono che l'associazione tra orientamento omosessuale o bisessuale e i tentativi di suicidio era ben supportata dai dati. Osservarono che le indagini basate sulla popolazione condotte tra gli adolescenti statunitensi a partire dagli anni '90 indicavano che i tentativi di suicidio sono da due a sette volte più probabili negli studenti di scuola superiore che si identificano come LGB; l'orientamento sessuale rappresentava un predittore più forte nei maschi che nelle femmine. I ricercatori analizzarono dati neozelandesi che inducevano a pensare che gli individui LGB avessero una probabilità sei volte maggiore di avere tentato il suicidio. Citarono delle inchieste sulla salute condotte su uomini statunitensi e uomini e donne olandesi, che mostravano come il comportamento omosessuale fosse legato ad un maggiore rischio di tentativi di suicidio. Gli studi citati nel report mostrano che le donne lesbiche o bisessuali hanno maggiore probabilità, in media, di avere ideazioni suicidarie, che gli uomini gay o bisessuali hanno maggiore probabilità, in media, di tentare il suicidio, e che i tentativi di suicidio nel corso della vita tra i non eterosessuali sono maggiori tra gli uomini che tra le donne.

Esaminando gli studi che prendevano in considerazione i tassi di disturbi mentali in relazione al comportamento suicidario, Haas e colleghi discussero uno studio neozelandese¹⁸⁸ che mostrava che le persone gay che riferivano tentativi di suicidio avevano tassi maggiori di depressione, ansia e disturbi del comportamento. Le inchieste su ampia scala in tema di salute hanno indotto a pensare che i tassi di abuso di sostanze arrivino ad essere fino ad un terzo superiori per la sottopopolazione LGB. Studi combinati a livello mondiale hanno mostrato tassi superiori fino al 50% di disturbi mentali e abusi di sostanze tra persone che nei sondaggi si autodichiaravano lesbiche, gay o bisessuali. Le donne lesbiche o bisessuali mostravano livelli superiori di abuso di sostanze, mentre gli uomini gay o bisessuali avevano tassi maggiori di depressione e disturbi di panico.

Haas e colleghi presero in esame anche le popolazioni transgender. Essi osservarono che per i suicidi transgender sono disponibili scarse informazioni, ma che gli studi esistenti indicano un marcato aumento

for Health Statistics, fascicolo dati NCHS n.241 (22 Aprile 2016),
<http://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db241.htm>.

¹⁸⁶ Ann P. Haas et al., "Suicide and Suicide Risk in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations: Review and Recommendations", *Journal of Homosexuality* 58, n. 1 (2010): 10-51, .,
[13http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2011.534038](http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2011.534038).

¹⁸⁷ *Ibid.*, 13.

¹⁸⁸ David M. Fergusson, L. John Horwood e Annette L. Beautrais, "Is Sexual Orientation Related to Mental Health Problems and Suicidality in Young People?", *Archives of General Psychiatry* 56, n. 10 (1999): 876-880,
<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.56.10.876>.

del rischio di suicidi portati a termine. (Queste risultanze vengono accennate qui, ma verranno esaminate in maggiore dettaglio nella Parte Terza). Uno studio clinico del 1997¹⁸⁹ stimava dei rischi elevati di suicidio tra gli individui olandesi transessuali MtF in terapia ormonale, ma non riscontrava differenze significative nella mortalità generale. Una review internazionale di 2.000 persone sottoposte a chirurgia di riassegnazione sessuale identificava 16 possibili suicidi, un “tasso spaventosamente alto di 800 suicidi ogni 100.000 transessuali che si erano sottoposti a intervento chirurgico”.¹⁹⁰ In uno studio del 1984, un campione clinico di individui transgender che richiedevano l'intervento chirurgico di riassegnazione sessuale mostravano tassi di tentativi di suicidio compresi tra il 19% e il 25%.¹⁹¹ Inoltre, un vasto campione di 40.000 volontari prevalentemente statunitensi che hanno partecipato a un sondaggio su internet nel 2000, ha mostrato che le persone transgender riferiscono tassi superiori di tentativi di suicidio di qualsiasi altro gruppo, fatta eccezione per le lesbiche.¹⁹²

Infine, la review di Haas e colleghi induce a pensare che non è chiaro quali aspetti della sessualità (identità, attrazione, comportamento) siano più strettamente legati al rischio di suicidio. Gli autori citano uno studio del 2010¹⁹³ che mostra come gli adolescenti che si identificano come eterosessuali, sebbene riferissero attrazione o comportamento omosessuale non avevano tassi di suicidio significativamente superiori rispetto agli altri adolescenti che si identificavano come eterosessuali. Essi citano anche l'ampia indagine nazionale su adulti statunitensi condotta da Wendy Bostwick e colleghi (di cui si è parlato in precedenza)¹⁹⁴, che mostrava che i disturbi dell'umore e d'ansia – fattori di rischio cruciali per il comportamento suicidario – erano più strettamente legati alla autoidentificazione sessuale che al comportamento o all'attrazione, specialmente per le donne.

¹⁸⁹ Paul J. M. Van Kesteren et al., “Mortality and Morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones”, *Clinical Endocrinology* 47, n. 3 (1997): 337-343, <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2265.1997.2601068.x>.

¹⁹⁰ Friedemann Pfäfflin e Astrid Junge, *Sex Reassignment: Thirty Years of International Follow-Up Studies After Sex Reassignment Surgery: A Comprehensive Review, 1961-1991*, traduzione dal tedesco all'inglese di Roberta B. Jacobson e Alf B. Meier, (Düsseldorf: Symposion Publishing, 1998), <https://web.archive.org/web/20070503090247/http://www.symposion.com/ijt/pfaefflin/1000.htm>.

¹⁹¹ Jean M. Dixon et al., “Psychosocial characteristics of applicants evaluated for surgical gender reassignment”, *Archives of Sexual Behavior* 13, n. 3 (1984): 269-276, <http://dx.doi.org/10.1007/BF01541653>.

¹⁹² Robin M. Mathy, “Transgender Identity and Suicidality in a Nonclinical Sample: Sexual Orientation, Psychiatric History, and Compulsive Behaviors”, *Journal of Psychology & Human Sexuality* 14, n. 4 (2003): 47-65, http://dx.doi.org/10.1300/J056v14n04_03.

¹⁹³ Yue Zhao et al., “Suicidal Ideation and Attempt Among Adolescents Reporting 'Unsure' Sexual Identity or Heterosexual Identity Plus Same-Sex Attraction or Behavior: Forgotten Groups?”, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 49, n. 2 (2010) 104-113, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2009.11.003>.

¹⁹⁴ Wendy B. Bostwick et al., “Dimensions of Sexual Orientation and the Prevalence of Mood and Anxiety Disorders in the United States”.

Una rassegna critica più recente degli studi esistenti su rischio suicidario e orientamento sessuale è stata presentata dallo psicologo clinico australiano Martin Plöderl e colleghi.¹⁹⁵ Questa review rifiuta parecchie delle ipotesi sviluppate per spiegare il maggiore rischio di suicidio tra i non eterosessuali, compresa quella secondo la quale ci sarebbero dei vizi nelle dichiarazioni riferite dai soggetti e degli errori nella valutazione accurata dei tentativi di suicidio. La review sostiene che dal 1997 ci sono stati dei miglioramenti metodologici negli studi: presenza di gruppi di controllo, maggiore rappresentatività dei campioni di studio e maggiore chiarezza nel definire sia i tentativi di suicidio, sia l'orientamento sessuale.

La review cita uno studio¹⁹⁶ del 2001 di Ritch Savin-Williams, professore di psicologia evolutiva della università di Cornell, che non riportava differenze statisticamente significative tra giovani eterosessuali e LGB dopo avere eliminato i report falso-positivi di tentativi di suicidio e che attribuiva la colpa di una sovrastima del comportamento suicidario tra i giovani gay ad un copione "sofferente suicidario". Plöderl e colleghi sostengono, comunque, che la scoperta dello studio di Savin-Williams che non c'era differenza statisticamente significativa tra giovani LGB ed eterosessuali nei tassi di suicidio potrebbe essere attribuibile alle ridotte dimensioni del campione, che sono causa di una ridotta forza statistica.¹⁹⁷ Il lavoro svolto in seguito non ha replicato questa risultanza. Studi successivi basati su questionari o interviste, che contenevano definizioni più stringenti del tentativo di suicidio, ne hanno riscontrato tassi significativamente maggiori tra i non eterosessuali. Diversi sondaggi su larga scala condotti tra i giovani hanno rilevato che un maggior rischio di comportamenti suicidari dichiarati e la gravità dei tentativi stessi aumentavano insieme.¹⁹⁸ Infine, secondo Plöderl e colleghi, il confronto tra i risultati dei questionari e le interviste cliniche mostra che, rispetto ai giovani eterosessuali, i giovani omosessuali hanno minore tendenza nei sondaggi a riferire in maniera eccessiva i tentativi di suicidio.

Plöderl e colleghi concludevano che tra i pazienti psichiatrici, le popolazioni omosessuali o bisessuali sono sovrarappresentate per quanto riguarda i "tentativi di suicidio seri", e che l'orientamento sessuale è uno dei più forti predittori di suicidio. Analogamente, negli studi non clinici basati sulla popolazione lo status non eterosessuale si riscontra sia uno dei più forti predittori di tentativi di suicidio. Gli autori osservano:

La collazione più esaustiva di studi internazionali, pubblicati e non, condotti con metodologie molto diverse, sulla associazione tra tentativi di suicidio e orientamento sessuale ha prodotto un quadro molto coerente: quasi tutti gli studi hanno riscontrato tra le minoranze sessuali una maggiore incidenza dei tentativi di suicidio dichiarati dai soggetti.¹⁹⁹

¹⁹⁵ Martin Plöderl et al., "Suicide Risk and Sexual Orientation: A Critical Review", *Archives of Sexual Behavior* 42, n. 5 (2013): 715-727, <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-012-0056-y>.

¹⁹⁶ Ritch C. Savin-Williams, "Suicide Attempts Among Sexual-Minority Youths: Population and Measurement Issues", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69, n. 6 (2001): 983-991, <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.69.6.983>.

¹⁹⁷ Per quanto riguarda le femmine in questo studio, eliminare i tentativi corrispondenti a dei falsi positivi ha ridotto in modo consistente la differenza tra gli orientamenti. Per i maschi, la differenza relativamente ai "veri tentativi di suicidio" si avvicinava alla rilevanza statistica; il 2% dei maschi eterosessuali (1 su 61) e il 9% dei maschi omosessuali (5 su 53) avevano tentato il suicidio, dando un odds ratio di 6,2.

¹⁹⁸ Martin Plöderl et al., "Suicide Risk and Sexual Orientation", 716-717.

Nel riconoscere le sfide presenti in tutto questo genere di ricerche, gli autori fanno capire che “il problema principale resta il punto in cui tracciare la riga tra un orientamento eterosessuale o non eterosessuale”.²⁰⁰

Uno studio del 1999 di Richard Herrel e colleghi analizzava 103 coppie gemellari maschili di mezza età tratte dal Vietnam Era Twin Registry a Hines, Illinois; in queste coppie uno solo dei due gemelli riferiva di avere avuto un partner sessuale maschile dopo i 18 anni.²⁰¹ Lo studio adottava diverse misurazioni della suicidalità e teneva conto di potenziali fattori di confondimento, come l'abuso di sostanze o la depressione. Esso riscontrava una “prevalenza considerevolmente maggiore di sintomi suicidari nel corso della vita” nei gemelli maschi che avevano avuto rapporti sessuali con uomini rispetto ai gemelli che non li avevano avuti, a prescindere dai potenziali effetti di confondimento dell'abuso di alcol e droga.²⁰² Sebbene si tratti di uno studio di dimensioni relativamente limitate e basato sulle dichiarazioni dei soggetti sia per i comportamenti omosessuali sia per i pensieri o comportamenti suicidari, è degno di nota l'uso di un campione probabilistico (che elimina il vizio nella selezione) e l'utilizzo del metodo di controllo del proprio gemello (il che riduce gli effetti di genetica, età, razza e simili). Lo studio prendeva in considerazione uomini di mezza età; non è chiaro quali possano essere le implicazioni per gli adolescenti.

In uno studio del 2011, Robin Mathy e colleghi analizzavano l'impatto dell'orientamento sessuale sui tassi di suicidio in Danimarca durante i primi dodici anni successivi alla legalizzazione nel Paese delle partnership domestiche registrate (RDP) omosessuali, usando dati tratti dai certificati di morte redatti tra il 1990 e il 2001, come pure le stime di popolazione del censimento danese.²⁰³ I ricercatori riscontrarono che il tasso suicidario standardizzato per età relativo agli uomini che avevano contratto una RDP omosessuale era quasi otto volte quello degli uomini sposati con una donna, e quasi due volte il tasso degli uomini che non si erano mai sposati. Per le donne, lo status di RDP aveva un piccolo influsso, statisticamente insignificante, sul rischio di mortalità per suicidio; gli autori congetturarono che l'impatto della condizione di HIV sulla salute degli uomini gay potrebbe avere contribuito a questa differenza di risultato tra gli uomini e le donne. Un limite dello studio è che lo status di RDP è una misurazione indiretta dell'orientamento o del comportamento sessuale, e non comprende quei gay e lesbiche che non hanno contratto una partnership domestica registrata; lo studio escludeva anche individui al di sotto dei 18 anni di età. Infine, il numero assoluto di individui con status di RDP, attuale o passata, era relativamente piccolo, il che potrebbe limitare le conclusioni dello studio.

¹⁹⁹ *Ibid.*, 723.

²⁰⁰ *Ibid.*

²⁰¹ Richard Herrel et al., “Sexual Orientation and Suicidality: A Co-twin Control Study in Adult Men”, *Archives of General Psychiatry* 56, n. 10 (1999): 867-874, <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.56.10.867>.

²⁰² *Ibid.*, 872.

²⁰³ Robin M. Mathy et al., “The association between relationship markers of sexual orientation and suicide: Denmark, 1990-2001”, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 46, n. 2 (2011): 111-117, <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-009-0177-3>.

Il professore di pediatria Gary Remafedi e colleghi pubblicarono nel 1991 uno studio che prendeva in considerazione 137 maschi di età compresa tra i 14 e i 21 anni che si autoidentificavano come gay (88%) o bisessuali (12%). Remafedi e colleghi tentarono, con un approccio caso-controllo, di esaminare quali fattori fossero, per questa popolazione, maggiormente predittivi del suicidio.²⁰⁴ In confronto con quelli che non avevano tentato il suicidio, quelli che lo avevano fatto avevano probabilità significativamente maggiori di etichettarsi e identificarsi pubblicamente come bisessuali od omosessuali ad età più giovani e di riferire abuso sessuale e uso di droghe illecite. Gli autori osservarono che le probabilità di un tentativo di suicidio “diminuivano all'aumentare dell'età in cui i soggetti si erano etichettati come bisessuali o omosessuali”. Nello specifico, “ad ogni anno di ritardo nella identificazione di sé, le probabilità di un tentativo di suicidio diminuivano di oltre l'80%”.²⁰⁵ Questo studio ha il limite di un campione non probabilistico relativamente piccolo, sebbene gli autori osservino che i risultati sono concordi con le loro scoperte precedenti²⁰⁶ riguardanti una proporzionalità inversa tra i problemi psicosociali e l'età alla quale una persona si identifica come omosessuale.

In uno studio del 2010, Plöderl e colleghi fecero richiesta dei tentativi di suicidio dichiarati dai soggetti stessi tra 1.382 adulti australiani, per confermare le evidenze esistenti secondo le quali gli individui omosessuali e bisessuali sono esposti a un rischio maggiore.²⁰⁷ Per mettere a fuoco i risultati, gli autori svilupparono definizioni più rigorose di “tentativi di suicidio” e valutarono molteplici dimensioni dell'orientamento sessuale, distinguendo tra fantasie sessuali, partner preferiti, auto-identificazione, comportamento sessuale recente, e comportamento sessuale nel corso della vita. Questo studio riscontrò un maggior rischio di tentativi suicidari per le minoranze sessuali distribuito su tutte le dimensioni dell'orientamento sessuale. Tra le donne, l'aumento del rischio era maggiore per quelle che avevano comportamenti omosessuali; per gli uomini era massimo in presenza di comportamento omosessuale o bisessuale nei dodici mesi precedenti e di autoidentificazione come omosessuali o bisessuali. Coloro che dichiaravano di essere incerti della propria identità riferivano la più alta percentuale di tentativi di suicidio (44%), sebbene questo gruppo fosse piccolo, comprendendo meno dell'1% dei partecipanti.

Una meta-analisi del 2016 svolta dallo studente specializzando dell'Università di Toronto Travis Salway Hottes e colleghi aggregava i dati di trenta studi trasversali sui tentativi di suicidio che complessivamente coinvolgevano 21.201 adulti appartenenti a minoranze sessuali.²⁰⁸ Questi studi utilizzavano un

²⁰⁴ Gary Remafedi, James A. Farrow e Robert W. Deisher, “Risk Factors for Attempted Suicide in Gay and Bisexual Youth”, *Pediatrics* 87, n. 6 (1991): 869-875, <http://pediatricsaappublications.org/content/87/6/869>.

²⁰⁵ *Ibid.*, 873.

²⁰⁶ Gary Remafedi, “Adolescent Homosexuality: Psychosocial and Medical Implications”, *Pediatrics* 79, n.3 (1987): 331-337, <http://pediatrics.aappublications.org/content/79/3/331>.

²⁰⁷ Martin Plöderl, Karl Kralovec e Reinhold Fartacek, “The Relation Between Sexual Orientation and Suicide Attempts in Austria”, *Archives of Sexual Behavior* 39, n. 6 (2010): 1403-1414, <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-009-9597-0>.

²⁰⁸ Travis Salway Hottes et al., “Lifetime Prevalence of Suicide Attempts Among Sexual Minority Adults by Study Sampling Strategies: A Systematic Review and Meta-Analysis”, *American Journal of Public Health* 106, n. 5 (2016): e1-e12, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2016.303088>.

campionamento basato sulla popolazione o basato sulla comunità. Poiché ogni metodo di campionamento ha i propri punti di forza e i propri vizi potenziali,²⁰⁹ era intenzione dei ricercatori esaminare qualsiasi differenza nei tassi di tentativo di suicidio tra i due tipi di campionamento. Dei partecipanti LGB alle indagini basate sulla popolazione, l'11% riferiva di avere tentato il suicidio almeno una volta, a fronte di un corrispondente 4% tra i partecipanti eterosessuali a queste ricerche.²¹⁰ Dei partecipanti LGB alle indagini basate sulla comunità, il 20% riferiva di avere tentato il suicidio.²¹¹ L'analisi statistica mostrò che la differenza nel metodo di campionamento spiegava il 33% della variazione nei numeri sui suicidi riportati negli studi.

Le ricerche su sessualità e rischio di suicidio fanno pensare che coloro che si identificano come gay, lesbiche, bisessuali o transgender, o coloro che sperimentano un'attrazione omosessuale o agiscono comportamenti sessuali con lo stesso sesso sono esposti ad un rischio considerevolmente maggiore di ideazione suicidaria, tentativi di suicidio, e suicidi portati a termine. Nella sezione più avanti nella Parte Due sul modello dello stress sociale, esamineremo – e solleveremo delle domande al riguardo – una serie di argomentazioni avanzate a spiegazione di queste scoperte. Date le tragiche conseguenze che un'informazione inadeguata o incompleta su questi argomenti ha sulle politiche pubbliche e sulla cura clinica, c'è un disperato bisogno di ricerche sulle ragioni di un alto rischio di suicidio tra le minoranze sessuali.

Sessualità e violenza domestica

Diversi studi hanno analizzato le differenze tra i tassi di violenza nelle relazioni intime (IPV, Intimate Partner Violence) nelle coppie dello stesso sesso e di sesso opposto. La letteratura di ricerca prende in esame i tassi di *vittimizzazione* da IPV (subire violenza da un partner) e di *perpetrazione* di IPV (commettere violenza su un partner). Oltre alla violenza fisica e sessuale, alcuni studi esaminano anche la violenza psicologica, che comprende le aggressioni verbali, le minacce e forme simili di abuso. Il peso dell'evidenza indica che il tasso di IPV è significativamente maggiore nelle coppie dello stesso sesso.

Nel 2014, la ricercatrice della London School of Hygiene and Tropical Medicine Ana Buller e colleghi condussero una review sistematica di 19 studi (con una meta-analisi di 17 di questi studi) che esaminavano l'associazione tra IPV e salute tra gli uomini che avevano rapporti omosessuali.²¹² Combinando i dati disponibili, hanno riscontrato che la prevalenza complessiva di IPV in generale era del 48% (le stime degli studi erano piuttosto eterogenee, e andavano dal 32% all'82%). Per l'IPV nel corso dei cinque anni precedenti, la prevalenza complessiva era del 32% (le stime erano comprese tra il 16% e il 51%). La

²⁰⁹ Per una breve spiegazione dei punti di forza e dei limiti del campionamento basato sulla popolazione e sulla comunità, si veda Hottes et al., e2.

²¹⁰ Intervalli di confidenza del 95%: 8-15% e 3-5%, rispettivamente.

²¹¹ Intervalli di confidenza del 95%: 18-22%.

²¹² Ana Maria Buller et al., "Associations between Intimate Partner Violence and Health among Men Who Have Sex with Men: A Systematic Review and Meta-Analysis", *PLOS Medicine* 11, n. 3 (2014): e1001609, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001609>.

vittimizzazione da IPV era associata a maggiori tassi di uso di sostanze (odds ratio complessivo di 1,9), positività all'HIV (odds ratio complessivo di 1,5) e un aumento dei tassi di sintomi depressivi (odds ratio complessivo di 1,5). Anche la perpetrazione di IPV era associata a un aumento dei tassi di uso di sostanze (odds ratio complessivo di 2,0). Un importante limite di questa meta-analisi era che il numero degli studi considerati era relativamente piccolo. Inoltre, l'eterogeneità dei risultati degli studi potrebbe pregiudicare la precisione della meta-analisi. Oltre a ciò, la maggior parte degli studi presi in esame usava campioni di convenienza piuttosto che campioni probabilistici, ed utilizzava il termine "partner" senza distinguere tra relazioni di lungo periodo e incontri occasionali.

Le psicologhe inglesi Sabrina Nowinski ed Erica Bowen condussero nel 2012 una review di 54 studi su prevalenza e correlati della vittimizzazione da IPV tra eterosessuali e uomini gay.²¹³ Gli studi evidenziavano per gli uomini gay tassi di vittimizzazione compresi tra il 15% e il 51%. In confronto con gli uomini eterosessuali, riferisce la review, "sembra che gli uomini gay sperimentino maggiore IPV totale e sessuale, una IPV fisica leggermente inferiore e livelli simili di IPV psicologica".²¹⁴ Gli autori riferiscono anche che, secondo le stime della prevalenza di IPV nel corso degli ultimi 12 mesi, gli uomini gay "sperimentavano minore IPV fisica, psicologica e sessuale" rispetto agli uomini eterosessuali, anche se la relativa mancanza di stime sui dodici mesi potrebbe rendere il questo risultato inaffidabile. Gli autori osservano che "una delle scoperte più preoccupanti è la prevalenza di grave coercizione e abuso sessuale nelle relazioni omosessuali maschili",²¹⁵ citando uno studio del 2005 sulla IPV negli uomini HIV positivi²¹⁶. Nowinski e Bowen trovarono che lo stato di positività all'HIV era associato alla IPV sia nelle relazioni gay sia in quelle eterosessuali. Un importante limite della loro review è che molti degli studi sulla IPV omosessuali che hanno sottoposto ad esame erano basate su piccoli campioni di convenienza.

Catherine Finneran e Rob Stevenson della Emory University hanno condotto nel 2012 una review sistematica di 28 studi che esaminavano la IPV tra gli uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini²¹⁷. Ogni studio nella review stimava dei tassi di IPV per gli uomini gay che erano simili o maggiori di quelli per le donne, indipendentemente dal loro orientamento sessuale. Gli autori concludono che "le evidenze emergenti prese in esame qui dimostrano che l'IPV – psicologica, fisica e sessuale - si verifica nelle relazioni

²¹³ Sabrina N. Nowinski e Erica Bowen, "Partner violence against heterosexual and gay men: Prevalence and correlates", *Aggression and Violent Behavior* 17, n.1 (2012): 36-52, <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2011.09.005>. Vale la pena di osservare che i 54 studi presi in considerazione da Nowinski e Bowen operativizzano l'eterosessualità e l'omosessualità in modi diversi.

²¹⁴ *Ibid.*, 39.

²¹⁵ *Ibid.*, 50.

²¹⁶ Shonda M. Craft e Julianne M. Serovich, "Family-of-Origin Factors and Partner Violence in the Intimate Relationships of Gay Men Who Are HIV Positive", *Journal of Interpersonal Violence* 20, n.7 (2005): 777-791, <http://dx.doi.org/10.1177/0886260505277101>.

²¹⁷ Catherine Finneran e Rob Stephenson, "Intimate Partner Violence Among Men Who Have Sex with Men: A Systematic Review", *Trauma, Violence, & Abuse* 14, n. 2 (2013): 168-185, <http://dx-doi.org/10.1177/1524838012470034>.

tra uomini a tassi allarmanti".²¹⁸ La vittimizzazione fisica da IPV era quella riferita più frequentemente, con tassi compresi tra il 12% e il 45%.²¹⁹ Il tasso di vittimizzazione sessuale da IPV era compreso tra il 5% e il 31%; 9 studi su 19 riferivano tassi superiori al 20%. La vittimizzazione psicologica da IPV veniva registrata in sei studi, con tassi compresi tra il 5% e il 73%.²²⁰ La perpetrazione di IPV fisica era riferita in otto studi, con tassi compresi tra il 4% e il 39%. I tassi di perpetrazione di IPV sessuale erano compresi tra lo 0,7% e il 28%; quattro dei cinque studi presi in esame riferivano tassi del 9% o più. Solo uno studio misurava la perpetrazione di violenza psicologica, e la prevalenza stimata era del 78%. La mancanza di un progetto di ricerca coerente tra gli studi esaminati (per esempio alcune differenze riguardo all'esatta definizione di IPV, i correlati della IPV presi in esame e i recall period utilizzati per misurare la violenza) rende impossibile calcolare una stima di prevalenza complessiva, che sarebbe utile in considerazione della mancanza di un campione su base probabilistica nazionale.

Uno studio del 2013 di Naomi Goldberg e Ilan Meyer dell'UCLA utilizzò un ampio campione probabilistico di quasi 32.000 individui inclusi nella California Health Interview Survey per valutare le differenze riguardo alla IPV tra diversi gruppi: eterosessuali, individui che si autoidentificavano come gay, lesbiche e bisessuali, e uomini che hanno rapporti sessuali con uomini, ma che non si identificavano come gay o bisessuali, e donne che hanno rapporti sessuali con donne, ma non si identificavano come lesbiche o bisessuali.²²¹ Tutti e tre i gruppi LGB avevano una maggiore prevalenza di IPV, nel corso della vita e nel corso di un anno, rispetto al gruppo eterosessuale, ma questa differenza era statisticamente significativa solo per le donne bisessuali e gli uomini gay. Le donne bisessuali avevano maggiori probabilità di avere sperimentato IPV nel corso della vita (52% delle donne bisessuali contro il 22% delle eterosessuali e il 32% delle lesbiche) e di avere sperimentato IPV nell'anno precedente (27% delle bisessuali contro il 5% delle eterosessuali e il 10% delle lesbiche). Per gli uomini, tutti e tre i gruppi non eterosessuali avevano tassi maggiori di IPV nel corso della vita e nell'arco di un anno, ma questo era statisticamente significativo soltanto per gli uomini gay, che avevano maggiori probabilità di avere sperimentato IPV nel corso della loro vita (27% degli uomini gay contro l'11% degli eterosessuali e il 19,6% dei bisessuali) e nel corso dell'anno precedente (12% degli uomini gay contro il 5% degli uomini eterosessuali e il 9% dei bisessuali). Gli autori verificarono anche se il binge drinking e la sofferenza psicologica potesse spiegare la maggiore prevalenza di vittimizzazione da IPV negli uomini gay e nelle donne bisessuali; l'eliminazione dell'influenza di queste variabili rivelò che non era così. Questo studio è limitato dal fatto che non è stata neutralizzata, statisticamente o in altro modo, l'influenza di altre variabili psicologiche potenzialmente confondenti (oltre all'abuso di alcolici e alla sofferenza) e queste potrebbero spiegare le risultanze.

²¹⁸ *Ibid.*, 180.

²¹⁹ Sebbene uno studio riportasse solo il 12%, la maggioranza degli studi (17 su 24) mostravano che l'IPV fisica era almeno del 22%; nove studi registravano tassi pari o superiori al 31%.

²²⁰ Naomi G. Goldberg e Ilan H. Meyer, "Sexual Orientation Disparities in History of Intimate Partner Violence: Results From the California Health Interview Survey", *Journal of Interpersonal Violence* 28, n. 5 (2013): 1109-1118, <http://dx.doi.org/10.1177/0886260512459384>.

²²¹ Gregory L. Greenwood et al., "Battering Victimization Among a Probability-Based Sample of Men Who Have Sex With Men", *American Journal of Public Health* 92, n. 12 (2002): 1964-1969, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.92.121964>.

Per fare una stima della prevalenza del maltrattamento fisico tra i partner gay, il ricercatore sulla prevenzione dell'AIDS Gregory Greenwood e colleghi pubblicarono nel 2002 uno studio basato su interviste telefoniche a un campione probabilistico di 2.881 uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini (MSM) in quattro città dal 1996 al 1998.²²² Degli intervistati, il 34% riferiva di subire un abuso psicologico o simbolico, il 22% riportava abuso fisico e il 5% abuso sessuale. In generale, il 39% riferiva un qualche tipo di maltrattamento fisico e il 18% riferiva più di un tipo di maltrattamento nel corso dei cinque anni precedenti. Gli uomini al di sotto dei 40 anni avevano una probabilità significativamente maggiore rispetto agli uomini sopra i 60 anni di riferire dei maltrattamenti violenti. Gli autori concludono che “la prevalenza dei maltrattamenti nel contesto delle relazioni con il partner intimo era molto alta” nel loro campione di uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini, e che, poiché i tassi riferiti all'intero arco dell'esistenza sono in genere maggiori di quelli per un recall di 5 anni, “è probabile che un numero considerevolmente maggiore di MSM rispetto agli uomini eterosessuali abbiano subito violenza nel corso della loro vita”.²²³ La prevalenza nell'arco di 5 anni di maltrattamenti fisici in questo campione di MSM in contesto urbano era anche “significativamente superiore” al tasso annuale di violenza grave (3%) o violenza generale (12%) sperimentato in un campione rappresentativo di donne eterosessuali che vivevano con uomini; questo induceva a pensare che le stime di maltrattamenti violenti per MSM in questo studio “sono superiori o pari a quelle riferite riguardo alle donne eterosessuali”.²²⁴ Questo studio è stato limitato dall'uso di un campione proveniente da quattro città, quindi non è chiaro quanto i risultati possano essere correttamente generalizzati a contesti non urbani.

Esiti di salute nei transgender

La letteratura di ricerca sugli esiti di salute mentale negli individui transgender è più ridotta di quella che riguarda le popolazioni LGB. Poiché le persone che si identificano come transgender costituiscono una parte molto piccola della popolazione, è difficile, se non impossibile, condurre indagini e studi ampi basati sulla popolazione. Tuttavia, la limitata ricerca disponibile dà una forte indicazione che le persone transgender sono esposte a maggiori rischi di esiti di precaria salute mentale. Sembra che i tassi di compresenza di disturbi da uso di sostanze, disturbi d'ansia, depressione e suicidio tendano ad essere superiori per le persone transgender che per gli individui LGB.

Nel 2015 il professore di pediatria ed epidemiologo Sari Reisner e colleghi condussero uno studio di coorte matched pair retrospettivo degli esiti di salute mentale per 180 soggetti transgender di età compresa tra i 12 e i 29 anni (106 FtM – ovvero da femmina a maschio - e 74 MtF – ovvero da maschio a femmina), abbinati a controlli non transgender sulla base dell'identità di genere.²²⁵ I giovani transgender avevano un

²²² *Ibid.*, 1967.

²²³ *Ibid.*

²²⁴ Sari L. Reisner et al., “Mental Health of Transgender Youth in Care at an Adolescent Urban Community Health Center: A Matched Retrospective Cohort Study”, *Journal of Adolescent Health* 56, n. 3 (2015): 274-279, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth,2014.10.264>.

²²⁵ Rischio relativo: 3,95.

rischio elevato di depressione (50,6% contro il 20,6%)²²⁶ e di ansia (26,7% contro il 10,0%).²²⁷ I giovani transgender erano anche esposti ad un maggior rischio di ideazione suicidaria (31,1% contro l'11,1%),²²⁸ tentativi di suicidio (17,2% contro il 6,1%)²²⁹ e autolesionismo senza intenti letali (16,7% contro 4,4%) rispetto ai controlli abbinati. Un numero significativamente maggiore di giovani transgender accedevano ai servizi di salute mentale come pazienti ricoverati (22,8% contro l'11,1%)²³⁰ e ambulatoriali (45,6% contro il 16,1%)²³¹. Non si sono osservate differenze statisticamente significative nello stato di salute mentale confrontando individui transgender FtM e individui transgender MTF, una volta tenuta in considerazione l'età, la razza/etnia e l'uso di ormoni.

Questo studio aveva il merito di includere individui che si presentavano a un ambulatorio medico di base, e che quindi non erano stati identificati semplicemente come corrispondenti ai criteri diagnostici per il disturbo dell'identità di genere secondo la quarta edizione del DSM-IV dell'American Psychiatric Association, e non sono stati selezionati all'interno di una popolazione di pazienti che si presentavano ad un ambulatorio per il trattamento di problematiche legate all'identità di genere. Comunque, Reisner e colleghi osservano che il loro studio ha i limiti tipicamente riscontrati nel progetto di studio sulle cartelle cliniche dei pazienti retrospettivo, come per esempio documentazione incompleta e variazioni nella qualità delle informazioni registrate dagli operatori sanitari.

Un report fornito dall'American Foundation for Suicide Prevention e dal Williams Institute, un think tank sulle tematiche LGBT della UCLA School of Law, riassumeva le scoperte sui tentativi di suicidio fra i transgender e gli adulti non conformi dal punto di vista del genere in un ampio campione nazionale di oltre 6.000 individui.²³² Questo costituisce ad oggi il più ampio studio su transgender e adulti non conformi dal punto di vista del genere, anche se ha utilizzato un campione di convenienza piuttosto che un campione basato sulla popolazione. (Avere ampi campioni basati sulla popolazione è pressoché impossibile, considerata l'esigua prevalenza complessiva degli individui transgender nella popolazione generale). Riassumendo le principali scoperte di questo studio, gli autori scrivono:

²²⁶ Rischio relativo: 3,27.

²²⁷ Rischio relativo: 3,61.

²²⁸ Rischio relativo: 3,20.

²²⁹ Rischio relativo: 4,30.

²³⁰ Rischio relativo: 2,36.

²³¹ Rischio relativo: 4,36.

²³² Anne P. Haas, Philip L. Rodgers e Jody Herman, "Suicide Attempts Among Transgender and Gender Non-Conforming Adults: Findings of the National Transgender Discrimination Survey", Williams Institute, UCLA School of Law, January 2014, <http://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/AFSP-Williams-Suicide-Report-Final.pdf>.

La prevalenza dei tentativi di suicidio tra i partecipanti all'indagine NTDS (National Transgender Discrimination Survey) condotta da National Gay and Lesbian Task Force e National Center for Transgender Equality è del 41%, ampiamente al di sopra del 4,6% della popolazione generale statunitense che riferisce un tentativo di suicidio nel corso della propria vita, e anche superiore al 10-20% degli adulti lesbiche, gay e bisessuali che riferiscono di avere in un qualche momento tentato il suicidio.²³³

Gli autori osservano che “i partecipanti che hanno affermato di avere ricevuto assistenza sanitaria connessa alla transizione, o di volere avere assistenza sanitaria in futuro, avevano maggiori probabilità di riferire tentativi di suicidio di coloro che dichiaravano di non volerla”, tuttavia, “l'indagine non forniva informazioni sulla collocazione cronologica dei tentativi di suicidio riferiti rispetto all'aver ricevuto assistenza sanitaria correlata alla transizione, il che precludeva lo studio di spiegazioni legate alla transizione per questi pattern.”²³⁴ I dati dell'indagine indicavano delle associazioni tra tentativi di suicidio, disturbi mentali compresenti ed esperienze di discriminazione o maltrattamento, anche se gli autori osservano qualche limite in questi esiti: “I dati dell'indagine non ci hanno permesso di determinare una relazione causale diretta tra esperienze di rifiuto, discriminazione, persecuzione o violenza e tentativi di suicidio nel corso della vita”, sebbene abbiano riscontrato prove che i fattori stressogeni interagivano con i fattori di salute mentale “nel produrre, negli individui transgender e non conformi dal punto di vista del genere, una marcata vulnerabilità al comportamento suicidario”.²³⁵

Uno studio del 2001 di Kristen Clements-Nolle e colleghi su 392 persone transgender MtF e 123 FtM ha riscontrato che il 62% dei MtF e il 55% dei FtM erano depressi al momento dello studio e il 32% di ciascuna popolazione aveva tentato il suicidio.²³⁶ Gli autori osservano: “La prevalenza di tentativi di suicidio tra le persone transgender MtF e FtM nel nostro studio era molto superiore a quella riscontrata in campioni probabilistici delle famiglie statunitensi e in un campione basato sulla popolazione di uomini adulti che dichiaravano di avere partner dello stesso sesso”.²³⁷

Spiegazioni per gli esiti di salute precaria:

il modello dello stress sociale

La maggiore prevalenza di problemi di salute mentale nelle subpopolazioni LGBT è motivo di preoccupazione e i decisori politici e i medici dovrebbero sforzarsi di ridurre questi rischi. Tuttavia, per sapere quale tipo di misure saranno utili per un miglioramento, è necessario che comprendiamo meglio le

²³³ *Ibid.*, 2.

²³⁴ *Ibid.*, 8.

²³⁵ *Ibid.*, 13.

²³⁶ Kristen Clements-Nolle et al., “HIV Prevalence, Risk Behaviors, Health Care Use, and Mental Health Status of Transgender Persons: Implications for Public Health Intervention”, *American Journal of Public Health* 91, n.9 (2001): 915-921, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.91.6.915>.

²³⁷ *Ibid.*, 919.

cause. Attualmente, le strategie mediche e sociali per aiutare le popolazioni non eterosessuali negli Stati Uniti sono piuttosto limitate, e questo potrebbe in parte essere dovuto alle spiegazioni abbastanza ridotte degli esiti di precaria salute mentale che vengono date da sociologi e psicologi.

Nonostante l'esigua comprensione scientifica del motivo per cui le subpopolazioni non eterosessuali abbiano con maggiore probabilità tali esiti di precaria salute mentale, gran parte dell'impegno pubblico per alleviare questi problemi ha come motivazione una specifica ipotesi, chiamata *modello dello stress sociale*. Questo modello postula che la discriminazione, la stigmatizzazione e altri stress simili contribuiscano alla precaria salute mentale tra le minoranze sessuali. Una implicazione del modello dello stress sociale è che ridurre questi stress allevierebbe i problemi di salute mentale che le minoranze sessuali sperimentano.

Le minoranze sessuali affrontano precise sfide sociali, come lo stigma, la discriminazione e le molestie esplicite e, spesso, faticano a riconciliare i propri comportamenti ed identità sessuali con le norme delle loro famiglie e comunità. Inoltre, essi tendono ad essere soggetti a difficoltà simili a quelle di altre minoranze, che nascono dalla marginalizzazione ad opera della parte maggioritaria della società o da conflitti con essa; tali difficoltà potrebbero avere un impatto negativo sulla loro salute.²³⁸ Molti ricercatori classificano queste varie sfide sotto il concetto di *stress sociale* e ritengono che questo contribuisca ai tassi generalmente più alti di problemi di salute mentale nelle subpopolazioni LGBT.²³⁹

Nel tentativo di spiegare le disparità tra eterosessuali e non-eterosessuali rispetto alla salute mentale, i ricercatori fanno talvolta riferimento a una *ipotesi* dello stress sociale o stress di minoranza.²⁴⁰ Tuttavia è più corretto fare riferimento a un *modello* dello stress sociale o di minoranza, perché il collegamento postulato tra stress sociale e salute mentale è più complesso e meno preciso di qualsiasi cosa si possa enunciare come singola ipotesi.²⁴¹ Il termine stress può avere una serie di significati, che vanno dalla descrizione di una condizione fisiologica ad uno stato mentale o emotivo di rabbia o ansia in risposta a una difficile situazione sociale, economica o interpersonale. Gli interrogativi aumentano se si pensa ai vari tipi di *fattori stressogeni* che potrebbero avere un enorme impatto sulla salute mentale di popolazioni minoritarie. Tratteremo alcuni di questi aspetti del modello dello stress sociale dopo una sintetica visione d'insieme del modello così come è stato presentato nella letteratura recente sulla salute mentale LGBT.

²³⁸ Si veda per esempio, Ilan H. Meyer, "Minority Stress and Mental Health in Gay Men", *Journal of Health and Social Behavior* 36 (1995): 38-56, <http://dx.doi.org/10.2307/2137286>; Bruce P. Dohrenwend, "Social Status and Psychological Disorder: An Issue of Substance and an Issue of Method", *American Sociological Review* 31, n.1 (1996): 14-34, <http://www.jstor.org/stable/2091276>.

²³⁹ Per una panoramica del modello dello stress sociale e dei pattern di salute mentale nelle popolazioni LGBT, si veda Ilan H. Meyer, "Prejudice, Social Stress and Mental Health in Lesbian, Gay and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence", *Psychological Bulletin* 129, n. 5 (2003): 674-697, <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>; Robert Graham et al., *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender People*, op. cit.; Gregory M. Herek e Linda D. Garnets, "Sexual Orientation and Mental Health", *Annual Review of Clinical Psychology* 3 (2007): 353-375, <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091510>; Mark L. Hatzenbuehler, "How Does Sexual Minority Stigma 'Get Under the Skin'? A Psychological Mediation Framework", *Psychological Bulletin* 135, n. 5 (2009): 707-730, <http://dx.doi.org/10.1037/a0016441>.

²⁴⁰ Si veda, per esempio, Ilan H. Meyer, "The Right Comparisons in Testing the Minority Stress Hypothesis: Comment on Savin-Williams, Cohen, Joyner, and Rieger (2010)", *Archives of Sexual Behavior* 39, n. 6 (2010): 1217-1219.

Il modello dello stress sociale cerca di spiegare per quale motivo le persone non eterosessuali hanno in media incidenze maggiori di esiti di precaria salute mentale rispetto al resto della popolazione. Il modello non propone una spiegazione esauriente delle differenze tra non eterosessuali ed eterosessuali, e non spiega i problemi di salute mentale di un particolare paziente. Piuttosto, esso descrive dei fattori sociali che potrebbero influire direttamente o indirettamente sui rischi per la salute delle persone LGBT, che è possibile divengano manifesti solo a livello di popolazione. Alcuni di questi fattori potrebbero avere un effetto anche sugli eterosessuali, ma è probabile che le persone LGBT siano smisuratamente esposti ad essi.

In un autorevole articolo del 2003 sul modello dello stress sociale Ilan Meyer, epidemiologo psichiatrico ed esperto di diritto dell'orientamento sessuale, distingueva i fattori stressogeni legati all'appartenenza ad una minoranza in fattori *distali* e *prossimali*. Gli agenti stressogeni distali non dipendono dalle “percezioni o valutazioni” dell'individuo, e “possono quindi essere considerate indipendenti dalla identificazione personale con lo status minoritario che viene attribuito”.²⁴² Per esempio, se un uomo percepito come gay dal datore di lavoro è stato licenziato su questa base, questo sarebbe un agente stressogeno distale, perché l'evento stressante della discriminazione non avrebbe avuto nulla a che fare con il fatto che l'uomo si identificasse effettivamente come gay, ma solo con l'atteggiamento e la percezione di qualcun altro. Gli agenti stressogeni distali tendono a riflettere le condizioni sociali piuttosto che la reazione dell'individuo alle stesse. Gli agenti stressogeni prossimali, di contro, sono più soggettivi e sono strettamente legati all'identità che l'individuo si attribuisce come lesbica, gay, bisessuale o transgender. Un esempio di fattore stressogeno prossimale è una giovane donna che si identifichi personalmente come lesbica e scelga di nascondere questa identità ai membri della sua famiglia, per timore di disapprovazione o per un senso interiore di vergogna. Gli effetti di fattori stressogeni di questo tipo sono fortemente dipendenti dalla comprensione di sé di un individuo e dalla sua specifica situazione sociale. In questa sezione descriviamo i tipi di fattori stressogeni postulati nel modello dello stress sociale, cominciando da quelli distali e procedendo fino ai fattori di stress più prossimali, ed esaminiamo parte delle evidenze scientifiche che sono state presentate riguardo ai legami tra i fattori stressogeni e gli esiti di salute mentale.

Episodi di discriminazione e pregiudizio. Gli atti manifesti di maltrattamento, che vanno dalla violenza alle molestie e alla discriminazione, sono classificati collettivamente dai ricercatori come “episodi di pregiudizio”. Si ritiene che questi siano dei fattori stressogeni significativi per le popolazioni non eterosessuali.²⁴³ Le indagini sulle subpopolazioni LGBT hanno rilevato che queste tendono a sperimentare tali episodi di pregiudizio più frequentemente della popolazione generale.²⁴⁴

Le evidenze disponibili indicano che è probabile che episodi di pregiudizio favoriscano l'insorgere di problemi di salute mentale. Uno studio del 1999 del professore di psicologia della UC Davis, Gregory Herek, e colleghi che utilizzava i dati di una inchiesta tra 2.259 individui LGB a Sacramento riscontrò che le persone che si dichiaravano lesbiche o gay e che, nei cinque anni precedenti, erano state oggetto di un reato basato sul pregiudizio – per esempio una aggressione, una rapina o un atto vandalico motivato dalla identità sessuale, effettiva o percepita, della vittima – riferivano livelli significativamente maggiori di sintomi

²⁴¹ Non si deve pensare che questo indichi che il concetto di stress sociale sia troppo vago per la scienza sociale empirica; il modello dello stress sociale può certamente produrre ipotesi empiriche quantitative, come per esempio le ipotesi sulle correlazioni tra agenti stressogeni e specifici esiti di salute mentale. In questo contesto, il termine “modello” non si riferisce a un modello statistico del tipo frequentemente usato nelle ricerche sociali – il modello dello stress sociale è un “modello” in senso metaforico.

²⁴² Meyer, “Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations”, 676.

depressivi, sintomi da stress traumatico, e ansia rispetto alle lesbiche e gay che non erano stati oggetto di un reato motivato da pregiudizio durante lo stesso periodo.²⁴⁵ Inoltre, le lesbiche e i gay che riferivano di essere stati vittime di reati di pregiudizio nel corso dei cinque anni precedenti mostravano livelli significativamente maggiori di sintomi depressivi e da stress traumatico rispetto agli individui che nello stesso periodo erano stati oggetto di reati non motivati da pregiudizio (anche se i due gruppi non mostravano differenze significative per quanto riguarda l'ansia). Non si sono trovate correlazioni significative per coloro che si identificavano come bisessuali, che costituivano una parte molto più ridotta dei partecipanti all'indagine. Lo studio ha anche riscontrato che le lesbiche e i gay oggetto di reati di pregiudizio avevano una probabilità significativamente maggiore degli altri partecipanti di riferire sentimenti di vulnerabilità e una flessione nel proprio senso di controllo ed agentività personali. Queste risultanze sull'impatto dannoso dei reati di pregiudizio sono corroborate da uno studio del 2001 dello scienziato sociale della Northeastern University Jack McDevitt e colleghi che prendeva in esame le aggressioni aggravate, basandosi sui dati del dipartimento di polizia di Boston.²⁴⁶ Essi riscontrarono che le vittime di reati di pregiudizio tendevano a risentire degli effetti della vittimizzazione in modo più intenso e per un periodo di tempo più prolungato rispetto alle vittime di reati non motivati dal pregiudizio. (Lo studio considerava le aggressioni motivate dal pregiudizio in generale, piuttosto che circoscrivere l'analisi ad

²⁴³ Meyer, "Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations", 680; Gregory M. Herek, J. Roy Gillis e Jeanine C. Cogan, "Psychological Sequelae of Hate-Crime Victimization Among Lesbian, Gay and Bisexual Adults", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67, no. 6 (1999): 945-951; <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.67.6.945>; Allegra R. Gordon e Ilan H. Meyer, "Gender Nonconformity as a Target of Prejudice, Discrimination, and Violence Against LGB Individuals", *Journal of LGBT Health Research* 3, n. 3 (2008): 55-71, <http://dx.doi.org/10.1080/15574090802093562>; David M. Huebner, Gregory M. Rebchook e Susan M. Kegeles, "Experiences of Harassment, Discrimination, and Physical Violence Among Young Gay and Bisexual Men", *American Journal of Public Health* 94, n. 7 (2004): 1200-1203, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.94.7.1200>; Rebecca L. Stotzer, "Violence against transgender people: A review of United States data", *Aggression and Violent Behavior* 14, n. 3 (2009): 170-179, <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2009.01.006>; Rebecca L. Stotzer, "Gender identity and hate crimes: Violence against transgender people in Los Angeles County", *Sexuality Research and Social Policy* 5, n. 1 (2008): 43-52, <http://dx.doi.org/10.1525/srsp.2008.5.1.43>.

²⁴⁴ Stotzer, "Gender identity and hate crimes", 43-52; Emilia L. Lombardi et al., "Gender Violence: Transgender Experiences with Violence and Discrimination", *Journal of Homosexuality* 42, n. 1 (2002): 89-101, http://dx.doi.org/10.1300/J082v42n01_05; Herek, Gillis e Cogan, "Psychological Sequelae of Hate-Crime Victimization Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults", 945-951; Huebner, Rebchook e Kegeles, "Experiences of Harassment, Discrimination, and Physical Violence Among Young Gay and Bisexual Men", 1200-1203; Anne H. Faulkner e Kevin Cranston, "Correlates of same-sex sexual behavior in a random sample of Massachusetts high school students", *American Journal of Public Health* 88, n. 2 (1998): 262-266, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.88.2.262>.

²⁴⁵ Herek, Gillis e Cogan, "Psychological Sequelae of Hate-Crime Victimization Among Lesbian, Gay and Bisexual Adults", 945-951.

²⁴⁶ Jack McDevitt et al., "Consequences for Victims: A Comparison of Bias- and Non-Bias-Motivated Assaults", *American Behavioral Scientist* 45, n. 4 (2001): 697-713, <http://dx.doi.org/10.1177/0002764201045004010>.

aggressioni motivate dal pregiudizio nei confronti di LGBT, anche se una parte consistente dei soggetti sperimentava in effetti aggressioni motivate dal loro status di non eterosessuali).

Pattern simili si manifestano anche tra gli adolescenti non eterosessuali, per i quali i maltrattamenti sono particolarmente frequenti.²⁴⁷ In uno studio del 2011, Stephen T. Russell, scienziato sociale e del comportamento della University of Arizona, e colleghi analizzavano un sondaggio tra 245 giovani adulti LGBT che valutavano retrospettivamente la vittimizzazione scolastica dovuta ad uno status reale o percepito di LGBT in età compresa tra i 13 e i 19 anni. Essi hanno riscontrato forti correlazioni tra vittimizzazione scolastica e una precaria salute mentale da giovani adulti.²⁴⁸ La vittimizzazione è stata valutata attraverso domande chiuse, come per esempio “Nel corso dei miei anni di scuola media o superiore, mentre mi trovavo a scuola, sono stato urtato, spinto, schiaffeggiato, colpito o preso a calci da qualcuno che non stava semplicemente scherzando?”, seguite dalla domanda sulla frequenza con la quale questi eventi erano associati all'identità sessuale del partecipante al sondaggio. I partecipanti che riferivano livelli elevati di vittimizzazione scolastica a motivo della propria identità sessuale avevano una probabilità di 2,6 volte maggiore di riferire depressione da giovani adulti e di 5,6 volte maggiore di riferire tentativi di suicidio, rispetto a coloro che dichiaravano livelli bassi di vittimizzazione. Queste differenze avevano una elevata significatività statistica, anche se un potenziale limite dello studio è l'utilizzo di indagini retrospettive per misurare gli episodi di vittimizzazione. Uno studio del professore di lavoro sociale Joanna Almeida e colleghi, che si basava sulla Boston Youth Survey (una indagine biennale tra gli studenti delle scuole pubbliche di Boston) del 2006, riscontrò che la percezione di essere stato oggetto di vittimizzazione a causa dello status di LGBT motivava i maggiori sintomi di depressione tra gli studenti LGBT. Riguardo agli studenti LGBT maschi, e non riguardo alle femmine, lo studio riscontrava anche una correlazione positiva tra vittimizzazione e pensieri suicidari e autolesionismo.²⁴⁹

Le differenze di retribuzione suggeriscono discriminazioni sul luogo di lavoro, che possono avere effetti sia diretti che indiretti sulla salute mentale. M.V. Lee Badgett, professore di economia alla University of Massachusetts di Amherst, analizzò i dati raccolti tra il 1989 e il 1991 nella General Social Survey e riscontrò che i dipendenti maschi non eterosessuali ricevevano una retribuzione significativamente inferiore (dall'11% al 27%) rispetto agli eterosessuali, anche dopo avere tenuto conto di esperienza, istruzione, occupazione e

²⁴⁷ Caitlin Ryan e Ian Rivers, “Lesbian, gay, bisexual and transgender youth: Victimization and its correlates in the USA and UK”, *Culture, Health & Sexuality* 5, n.2 (2003): 103-119, <http://dx.doi.org/10.1080/1369105011000012883>; Elise D. Berlan et al., “Sexual Orientation and Bullying Among Adolescents in the Growing Up Today Study”, *Journal of Adolescent Health* 46, n. 4 (2010): 366-371, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.10.015>; Ritch C. Savin-Williams, “Verbal and Physical Abuse as Stressors in the Lives of Lesbian, Gay Male and Bisexual Youths: Association with School Problems, Running Away, Substance Abuse, Prostitution, and Suicide”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62, n. 2 (1994): 261-269, <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.62.2.261>.

²⁴⁸ Stephen T. Russell et al., “Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Adolescent School Victimization: Implications for Young Adult Health and Adjustment”, *Journal of School Health* 91, n. 5 (2011): 223-230, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1746-1561.2011.00583.x>.

²⁴⁹ Joanna Almeida et al., “Emotional Distress Among LGBT Youth: The Influence of Perceived Discrimination Based on Sexual Orientation”, *Journal of Youth and Adolescence* 38, n. 7 (2009): 1001-1014, <http://dx.doi.org/10.1007/s10964-009-9397-9>.

altri fattori.²⁵⁰ Secondo un review di Badgett del 2009,²⁵¹ nove studi condotti dagli anni '90 ai primi anni del nuovo millennio “mostrano costantemente che gli uomini gay e bisessuali guadagnavano tra il 10 e il 32 % in meno degli uomini eterosessuali”, e che le differenze di occupazione non possono spiegare molto di questa disparità di remunerazione. I ricercatori hanno anche scoperto che le donne non eterosessuali guadagnano più delle donne eterosessuali,²⁵² il che potrebbe fare pensare o che i pattern di discriminazione sono diversi per uomini e donne, oppure che ci sono molti altri fattori associati al comportamento non eterosessuale e all'identificazione di sé come non eterosessuale che incidono sulla rispettiva remunerazione, per esempio un carico minore di impegno nella crescita dei figli o l'essere il principale percettore di reddito nel nucleo familiare.

Alcune evidenze indicano che le disparità retributive possono spiegare alcune disparità negli esiti di salute mentale a livello di popolazione,²⁵³ anche se è difficile dire se le differenze nella salute mentale siano d'aiuto nello spiegare le differenze di retribuzione. Uno studio del 1999 di Craig Waldo²⁵⁴ sulla relazione tra eterosessismo – definito come atteggiamento sociale negativo nei confronti dei non eterosessuali - sul posto di lavoro ed esiti connessi allo stress in 287 individui LGB riscontrò che gli individui LGB che sperimentavano eterosessismo sul luogo di lavoro “mostravano livelli superiori di disagio psicologico e di problemi di salute, come anche un calo nella soddisfazione relativamente a diversi aspetti del proprio lavoro”. I dati trasversali usati da molti di questi studi rendono impossibile inferire un nesso di causalità, anche se sia gli studi prospettici sia le analisi qualitative dell'effetto della disoccupazione sulla salute mentale fanno pensare che almeno alcune delle correlazioni si spiegano probabilmente con gli effetti psicologici e materiali della disoccupazione.²⁵⁵

²⁵⁰ M. V. Lee Badgett, “The Wage Effects of Sexual Orientation Discrimination”, *Industrial and Labour Relations Review* 48, n. 4 (1995): 726-739, <http://dx.doi.org/10.1177/001979399504800408>.

²⁵¹ M. V. Lee Badgett, “Bias in the Workplace: Consistent Evidence of Sexual Orientation and Gender Identity Discrimination 1998-2008”, *Chicago-Kent Law Review* 84, n. 2 (2009): 559-595, <http://scholarship.kentlaw.iit.edu/cklawreview/vol84/iss2/7>.

²⁵² Marieka Klawitter, “Meta-Analysis of the Effects of Sexual Orientation on Earning”, *Industrial Relations* 54, n. 1 (2015):4-32, <http://dx.doi.org/10.1111/irel.12075>.

²⁵³ Jonathan Platt et al., “Unequal depression for equal work? How the wage gap explains gendered disparities in mood disorders”, *Social Science & Medicine* 149 (2016): 1-8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11056>.

²⁵⁴ Craig R. Waldo, “Working in a majority context: A structural model of heterosexism as minority stress in the workplace”, *Journal of Counseling Psychology* 46, n. 2 (1999): 218-232, <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.46.2.218>.

²⁵⁵ M. W. Linn, Richard Sandifer e Shayna Stein, “Effects of unemployment on mental and physical health”, *American Journal of Public Health* 75, n. 5 (1985): 502-506, <http://dx.doi.org/10.2105/Ajph.75.5.502>; Jennie E. Brand, “The far-reaching impact of job loss and unemployment”, *Annual Review of Sociology* 41 (2015): 359-375, <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-soc-071913-043237>; Marie Conroy, “A Qualitative Study of the Psychological Impact of Unemployment on Individuals”, (tesi di master, Dublin Institute of Technology, Settembre 2010), <http://arrow.dit.ie/aaschssldis/50/>.

Stigma. I sociologi documentano da molti anni una serie di effetti negativi dello stigma sugli individui, che vanno da problematiche di autostima a quelle di successo accademico.²⁵⁶ Lo stigma viene generalmente considerato come una caratteristica presente in una persona che riduce il valore che quella persona ha per gli altri in un determinato contesto sociale.²⁵⁷ Queste valutazioni negative sono in molti casi ampiamente condivise all'interno di un gruppo culturale e diventano la base per l'esclusione o per un diverso trattamento degli individui stigmatizzati. Per esempio, la malattia mentale può essere stigmatizzata quando viene considerata un difetto della personalità nelle persone che sono mentalmente malate. Una delle ragioni per cui lo stigma gioca un ruolo importante nel modello dello stress sociale è che può essere invocato come spiegazione anche in assenza di particolari episodi di discriminazione o maltrattamento. Per esempio, la stigmatizzazione della depressione potrebbe avere luogo quando una persona depressa nasconde la depressione perché si aspetta che gli amici e i familiari la considerino un difetto della personalità. Anche quando si riesce a nascondersela, e quindi non c'è una reale discriminazione o maltrattamento da parte degli amici o dei familiari dell'individuo, l'ansia riguardo ai possibili atteggiamenti degli altri può influire sul benessere emotivo e mentale della persona depressa.

I ricercatori hanno rilevato associazioni tra il rischio di una precaria salute mentale e lo stigma nei confronti di alcune popolazioni, anche se le ricerche empiriche sugli effetti di salute mentale dello stigma specifico verso le persone LGBT non sono molto numerose. Lo stigma non è sempre facile da definire o da operativizzare, il che lo rende un concetto difficile e vago da studiare per gli scienziati sociali. Ciononostante, i ricercatori hanno cercato di lavorare con questo concetto utilizzando sondaggi sulla svalutazione da parte degli altri percepita dai soggetti, ed hanno trovato correlazioni tra le esperienze di stigma e il rischio di uno stato di salute mentale precario. Uno studio molto citato del 1997 sul legame tra stigma e salute mentale condotto dal sociologo ed epidemiologo Bruce Link e colleghi riscontrava un effetto negativo "forte e perdurante" dello stigma sul benessere mentale degli uomini affetti da un disturbo mentale e da abuso di sostanze.²⁵⁸ In questo studio gli effetti dello stigma sembravano permanere anche dopo che gli uomini erano stati curati con buoni risultati per i loro originari problemi mentali e di abuso di sostanze. Lo studio riscontrava significative correlazioni tra alcune variabili dello stigma – esperienze di svalutazione e di rifiuto riferite dai soggetti – e sintomi depressivi prima e dopo la terapia, indicando che gli effetti dello stigma sono piuttosto duraturi. Questo potrebbe semplicemente indicare che le persone con sintomi depressivi tendono a riferire lo stigma in misura maggiore; ma, se così fosse ci si sarebbe aspettati che lo stigma diminuisse nel corso del programma di trattamento, così come faceva la depressione. Tuttavia, poiché lo stigma riferito rimaneva costante, gli autori ne conclusero che lo stigma deve avere avuto un ruolo causale nel dare forma ai sintomi depressivi. Vale la pena di osservare che questo studio riscontrava che le variabili dello stigma spiegavano solo il 10%, o poco più, della variazione nei sintomi depressivi, anche se un tale effetto potrebbe manifestarsi in modi significativi a livello di popolazione. Alcuni altri ricercatori hanno asserito che gli effetti dello stigma sono di solito minori e transitori; il sociologo Walter Gove del Vanderbilt

²⁵⁶ Irving Goffman, *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity* (New York: Simon & Schuster, 1963); Brenda Major and Laurie T. O' Brien, "The Social Psychology of Stigma", *Annual Review of Psychology*, 56 (2005): 393-421, <http://dx.doi.org/10.1146/annusrev.psych.56.091103.070137>.

²⁵⁷ Major e O'Brien, "The Social Psychology of Stigma", 395.

²⁵⁸ Bruce G. Link et al., "On Stigma and Its Consequences: Evidence from a Longitudinal Study of Men with Dual Diagnosis of Mental Illness and Substance Abuse", *Journal of Health and Social Behavior* 38, n. (1997): 177-190, <http://dx.doi.org/10.2307/2955424>.

College of Art and Sciences sosteneva che “nella grande maggioranza dei casi lo stigma [sperimentato dai pazienti mentali] sembra essere transitorio e non sembra costituire un problema grave”.²⁵⁹

I ricercatori hanno iniziato in tempi relativamente recenti a svolgere un lavoro sia empirico sia teoretico²⁶⁰ riguardante l'effetto dello stigma sulla salute mentale delle persone LGBT, anche se ci sono state controversie sulla portata e sulla durata degli effetti dello stigma. Parte della controversia potrebbe derivare dalla difficoltà a definire e quantificare lo stigma, così come anche le variazioni riguardanti lo stigma, nei diversi contesti sociali. Uno studio del 2013 dello psicologo medico della Columbia University Walter Bockting e colleghi riguardante la salute di 1.093 persone transgender ha trovato una correlazione positiva tra disturbi psicologici e stigma, sia agito sia percepito, misurati attraverso le domande di un sondaggio.²⁶¹ Uno studio del 2003²⁶² dello psicologo clinico Robin Lewis e colleghi sui predittori dei sintomi depressivi in 201 individui LGB riscontrò che la consapevolezza dello stigma era significativamente associata a sintomi depressivi; la consapevolezza dello stigma è stata valutata usando un questionario di dieci quesiti che valutava “la misura in cui ci si aspetta di essere giudicati sulla base di uno stereotipo”.²⁶³ Tuttavia, i sintomi depressivi sono spesso associati a pensieri negativi sul Sé, sul mondo e sul futuro, e questo potrebbe contribuire alla percezione soggettiva della stigmatizzazione tra gli individui che soffrono di depressione.²⁶⁴ Uno studio del 2011 di Bostwick,²⁶⁵ che pure utilizzava misurazioni di consapevolezza dello stigma e sintomi depressivi, riscontrava una modesta correlazione positiva tra i valori relativi allo stigma e i sintomi depressivi nelle donne bisessuali, anche se il limite dello studio era un campione relativamente piccolo. Tuttavia, uno studio longitudinale²⁶⁶ del 2003 sugli adolescenti norvegesi, condotto dallo psicologo Lars Wichstrøm e

²⁵⁹ Walter R. Gove, “The Current Status of the Labeling Theory of Mental Illness”, in *Deviance and Mental Illness*, a cura di Walter R. Gove (Beverly Hills, Calif.: Sage, 1982), 290.

²⁶⁰ Una ricerca teoretica sui processi di stigmatizzazione che viene frequentemente citata è Hatzenbuehler, “How Does Sexual Minority Stigma ‘Get Under the Skin’?”, *op. cit.*, <http://dx.doi.org/10.1037/a0016441>.

²⁶¹ Walter O. Bockting et al., “Stigma, Mental Health and Resilience in an Online Sample of the US Transgender Population”, *American Journal of Public Health* 103, n. 5 (2013): 943-951, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2013.301241>.

²⁶² Robin J. Lewis et al., “Stressors for Gay Men and Lesbians: Life Stress, Gay- Related Stress, Stigma Consciousness, and Depressive Symptoms”, *Journal of Social and Clinical Psychology* 22, n. 6 (2003): 716-729, <http://dx.doi.org/10.1521/jscp.22.6.716.22932>.

²⁶³ *Ibid.*, 721.

²⁶⁴ Aaron T. Beck et al., *Cognitive Therapy of Depression* (New York: Guilford Press, 1979).

²⁶⁵ Wendy Bostwick, “Assessing Bisexual Stigma and Mental Health Status: A Brief Report”, *Journal of Bisexuality* 12, n. 2 (2012): 214-222, <http://dx.doi.org/10.1080/15299716.2012.674860>.

²⁶⁶ Lars Wichstrøm e Kristinn Hegna, “Sexual Orientation and Suicide Attempt: A Longitudinal Study of the General Norwegian Adolescent Population”, *Journal of Abnormal Psychology* 112, n. 1 (2003): 144-151, <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.112.1.144>.

collegli, riscontrò una associazione tra orientamento sessuale e uno stato di precaria salute mentale, dopo avere tenuto in considerazione una serie di fattori di rischio psicologici, tra i quali l'autostima. Sebbene questo studio non consideri direttamente lo stigma come un fattore di rischio, esso induce a pensare che i fattori psicologici, quali la consapevolezza dello stigma, probabilmente non possono da soli spiegare appieno le differenze di salute mentale tra eterosessuali e non eterosessuali. È inoltre importante osservare che, a causa del progetto trasversale di questi studi, le inferenze causali non possono essere corroborate dai dati – sarebbero necessari tipi diversi di dati e maggiori evidenze per sostenere delle conclusioni sulle relazioni causali. In particolare, è impossibile dimostrare attraverso questi studi che lo stigma porta a una precaria salute mentale e non piuttosto che, per esempio, una precaria salute mentale porti le persone a riferire livelli maggiori di stigma, o che un terzo fattore sia responsabile sia per la precaria salute mentale sia per maggiori livelli di stigma.

Dissimulazione. Lo stigma potrebbe influire sulla decisione degli individui non eterosessuali se rivelare o mantenere segreto il proprio orientamento sessuale. Le persone LGBT potrebbero decidere di tenere nascosto il proprio orientamento sessuale per proteggersi da possibili pregiudizi o discriminazioni, per evitare un senso di vergogna, o un potenziale conflitto tra il proprio ruolo sociale e i desideri o comportamenti sessuali.²⁶⁷ I contesti particolari nei quali è più probabile che le persone LGBT nascondano il proprio orientamento sessuale comprendono la scuola, il lavoro e altri luoghi nei quali essi avvertono che il rivelarlo potrebbe influire negativamente sul modo in cui vengono considerati.

Una grande quantità di evidenze offerte dalla ricerca psicologica indica che la dissimulazione di un aspetto importante della propria identità potrebbe avere conseguenze negative sulla salute mentale. In generale, esprimere le proprie emozioni e condividere con gli altri aspetti importanti della propria vita è importante per il mantenimento della salute mentale.²⁶⁸ Gli ultimi decenni hanno visto crescere il corpus di ricerca sulle relazioni tra dissimulazione o rivelazione e salute mentale nelle subpopolazioni LGBT.²⁶⁹ Per esempio, uno

²⁶⁷ Anthony R. D'Augelli e Arnold H. Grossman, "Disclosure of Sexual Orientation, Victimization, and Mental Health Among Lesbian, Gay, and Bisexual Older Adults", *Journal of Interpersonal Violence* 16, n. 10 (2001): 1008-1027, <http://dx.doi.org/10.1177/088626001016010003>; Eric R. Wright e Brea L. Perry, "Sexual Identity Distress, Social Support, and the Health of Gay, Lesbian, and Bisexual Youth", *Journal of Homosexuality* 51, n. 1 (2006): 81-110, http://dx.doi.org/10.1300/J082v51n01_05; Judith A. Clair, Joy E. Beatty e Tammy L. MacLean, "Out of Sight But Not Out of Mind: Managing Invisible Social Identities in the Workplace", *Academy of Management Review* 30, n. 1 (2005): 78-95, <http://dx.doi.org/10.5465/AMR.2005.15281431>.

²⁶⁸ Per esempio, si veda *Emotion, Disclosure, and Health* (Washington, D.C.: American Psychological Association, 2002), a cura di James W. Pennebaker; Joanne Frattaroli, "Experimental Disclosure and Its Moderators: A Meta-ANalysis", *Psychological Bulletin* 132, n. 6 (2006): 823-865, <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.132.6.823>.

²⁶⁹ Si veda, per esempio, James M. Croteau, "Research on the Work Experiences of Lesbian, Gay, and Bisexual People: An Integrative Review of Methodology and Findings", *Journal of Vocational Behavior* 48, n. 2 (1996): 195-209, <http://dx.doi.org/10.1006/jvbe.1996.0018>; Anthony D'Augelli, Scott L. Hershberger e Neil W. Pilkington, "Lesbian, Gay and Bisexual Youth and Their Families: Disclosure of Sexual Orientation and its Consequences", *American Journal of Orthopsychiatry* 68, n. 3 (1998): 361-371, <http://dx.doi.org/10.1037/h0080345>; Margaret Rosario, Eric W. Schrimshaw e Joyce Hunter, "Disclosure of Sexual Orientation and Subsequent Substance Use and Abuse Among Lesbian, Gay, and Bisexual Youths: Critical Role of Disclosure Reactions", *Psychology of Addictive Behaviors* 23, n. 1 (2009): 175-184, <http://dx.doi.org/10.1037/a0014284>; D'Augelli e Grossman, "Disclosure of Sexual Orientation, Victimization, and Mental Health Among Lesbian, Gay, and Bisexual Older Adults", 1008-1027; Belle Rose Ragins,

studio del 2007 di Belle Rose Ragins e colleghi²⁷⁰ su dissimulazione e rivelazione sul luogo di lavoro in 534 individui LGB riscontrò che la paura di uscire allo scoperto era associata alla tensione psicologica e ad altri esiti, come la soddisfazione per il lavoro. Tuttavia, lo studio metteva anche in discussione l'idea che l'uscire allo scoperto porti ad esiti psicologici e sociali positivi, in quanto la rivelazione del proprio orientamento sessuale da parte dei dipendenti non aveva legami significativi con la maggior parte delle variabili negli esiti. Gli autori interpretano questo risultato affermando che “questo studio indica che la dissimulazione potrebbe essere una decisione necessaria ed adattiva in un ambiente che non offre supporto o è ostile; si evidenzia così l'importanza del contesto sociale”.²⁷¹ A ragione dei mutamenti piuttosto rapidi negli ultimi decenni nell'accettazione sociale del matrimonio omosessuale, e delle relazioni omosessuali più in generale,²⁷² è possibile che parte della ricerca sugli effetti psicologici della dissimulazione o della rivelazione sia superata, perché, in generale, potrebbe attualmente esserci minore pressione per coloro che si identificano come LGB a dissimulare la propria identità.

Testare il modello. Una delle implicazioni del modello dello stress sociale è che ridurre le discriminazioni, il pregiudizio e la stigmatizzazione delle minoranze sessuali aiuterebbe a ridurre i tassi di problemi di salute mentale per queste popolazioni. Alcune legislazioni hanno cercato di ridurre questi fattori sociali di stress approvando leggi antidiscriminatorie e contro i crimini di odio. Se queste politiche riescono effettivamente a ridurre tali fattori di stress, allora ci si potrebbe aspettare che riducano i tassi di problemi di salute mentale nelle popolazioni LGB, nella misura in cui il modello dello stress sociale motiva con precisione le cause di questi problemi. Sino ad ora, gli studi non sono stati progettati in modo tale da renderli capaci di testare in modo conclusivo l'ipotesi secondo la quale lo stress sociale spiega gli alti tassi di esiti di precaria salute mentale nelle popolazioni non eterosessuali; ci sono tuttavia ricerche che forniscono alcuni dati su una implicazione verificabile del modello dello stress sociale.

Uno studio del 2009 dello scienziato socio-medico Mark Hatzenbuehler e colleghi indagò l'associazione tra morbidità psichiatrica nelle popolazioni LGB e due politiche a livello di singoli Stati che le riguardavano: leggi

“Disclosure Disconnects: Antecedents and Consequences of Disclosing Invisible Stigmas across Life Domains”, *Academy of Management Review* 33 n. 1 (2008): 194-215, <http://dx.doi.org/10.5465/AMR.2008.27752724>; Nicole Legate, Richard M. Ryan e Netta Weinstein, “IS Coming Out Always a 'Good Thing'? Exploring the Relations of Autonomy Support, Outness, and Wellness for Lesbian, Gay and Bisexual Individuals”, *Social Psychological and Personality Science* 3, n. 2 (2012): 145-152, <http://dx.doi.org/10.1177/1648550611411929>.

²⁷⁰ Belle Rose Ragins, Romila Singh e John M. Cornwell, “Making the Invisible Visible: Fear and Disclosure of Sexual Orientation at Work”, *Journal of Applied Psychology* 92, n. 4 (2007): 1103-1118, <http://dx.doi.org/10.1037/0021-901.92.4.1103>.

²⁷¹ *Ibid.*, 1114.

²⁷² Dawn Michelle Baunach, “Changing Same-Sex Marriage Attitudes in America from 1988 Through 2010”, *Public Opinion Quarterly* 76, n. 2 (2012): 364-378, <http://dx.doi.org/10.1093/poq/nfs022>; Pew Research Center, “Changing Attitudes on Gay Marriage” (pubblicazione online), Luglio 29, 2015, <http://www.pewforum.org/2015/07/29/graphics-slideshow-changing-attitudes-on-gay-marriage/>; Bruce Drake, Pew Research Center, “How LGBT adults see society and how the public sees them” (pubblicazione online), Giugno 25 Giugno, 2013, <http://www.pewresearch.org/fact-tank/2013/06/25/how-lgbt-adults-see-society-and-how-the-public-sees-them/>.

sui crimini di odio che non includevano l'orientamento sessuale come categoria protetta e leggi che vietavano la discriminazione lavorativa sulla base dell'orientamento sessuale.²⁷³ Lo studio utilizzava i dati sugli esiti di salute mentale del blocco di interviste 2 della National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC), un campione rappresentativo a livello nazionale di 34.653 adulti civili, non ricoverati, che valutava i disturbi psichiatrici secondo i criteri del DSM-IV.²⁷⁴ Il blocco di interviste 2 del NESARC si svolse nel 2004-2005. All'interno del campione, 577 partecipanti si identificavano come lesbiche, gay o bisessuali. L'analisi dei dati mostrava che gli individui LGB che vivevano in Stati privi di leggi sul crimine dell'odio e di leggi antidiscriminatorie tendevano ad avere maggiori probabilità di morbidità psichiatrica (rispetto a individui LGB in Stati che avevano una o entrambe le leggi di tutela); tuttavia l'analisi riscontrò correlazioni statisticamente significative solo per la distimia (una forma meno grave ma più persistente di depressione), disturbo d'ansia generalizzato e disturbo da stress post traumatico, mentre le correlazioni con altre sette condizioni psichiatriche indagate non sono risultate statisticamente significative. Non possono essere tratte inferenze epidemiologiche a causa della natura dei dati; questo fa pensare che siano necessari ulteriori studi su questo argomento e su argomenti simili.

Hatzenbuehler e colleghi cercarono di fare un passo avanti rispetto a questo studio trasversale conducendo uno studio prospettico, pubblicato nel 2010, ed esaminando stavolta i cambiamenti nella morbidità psichiatrica nell'arco del periodo in cui alcuni Stati approvavano emendamenti costituzionali che definivano il matrimonio come l'unione di un uomo e una donna – emendamenti descritti dagli autori dello studio come “veti sul matrimonio gay”.²⁷⁵ Gli autori presero in esame le differenze nella morbidità psichiatrica tra il blocco di interviste 1 del NESARC, che aveva avuto luogo nel 2001-2002 e il blocco 2, che coincideva con gli emendamenti delle costituzioni statali del 2004-2005. Essi osservarono che la prevalenza relativa ai disturbi dell'umore tra i partecipanti LGB che vivevano in Stati che avevano approvato gli emendamenti sul matrimonio era aumentata del 36,6% tra il blocco 1 e il blocco 2. I disturbi dell'umore tra i partecipanti LGB che vivevano in Stati che non li avevano approvati erano diminuiti del 23,6%, anche se questo cambiamento non era statisticamente significativo. La prevalenza di alcuni disturbi era aumentata sia in Stati che avevano approvato questi emendamenti sia in Stati che non lo avevano fatto. Il disturbo d'ansia generalizzato, per esempio, era aumentato in entrambi, ma in misura molto maggiore e statisticamente significativa negli Stati che avevano approvato gli emendamenti sul matrimonio. Hatzenbuehler e colleghi riscontrarono che i disturbi da uso di droghe erano aumentati in misura maggiore negli Stati che *non* avevano approvato gli emendamenti sul matrimonio, e che l'aumento era statisticamente rilevante solo per quegli Stati. (Complessivamente i disturbi per l'abuso di sostanze sono aumentati in entrambi i casi, in misura grossomodo simile). Come per gli studi trasversali precedenti, per la maggior parte delle patologie

²⁷³ Mark L. Hatzenbuehler, Katherine M. Keyes e Deborah S. Hasin, “State-Level Policies and Psychiatric Morbidity In Lesbian, Gay and Bisexual Populations”, *American Journal of Public Health* 99, n. 12 (2009): 2275-2281, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2008.153510>.

²⁷⁴ Deborah S. Hasin e Bridget F. Grant, “The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) Waves 1 and 2: review and summary of findings”, *Social Psychiatric Epidemiology* 50, n. 11 (2015): 1609-1640, <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-015-1088-0>.

²⁷⁵ Mark Hatzenbuehler et al., “The Impact of Institutional Discrimination on Psychiatric Disorders in Lesbian, Gay and Bisexual Populations: A Prospective Study”, *American Journal of Public Health* 100, n. 3 (2010): 452-459, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2009.168815>.

psichiatriche indagate non vi erano correlazioni significative tra le patologie e le politiche sociali che si ipotizzava influissero sugli esiti di salute mentale.

Tra i limiti delle risultanze dello studio osservati dagli autori ci sono i seguenti: i partecipanti LGB che godevano di migliore salute potrebbero essersi trasferiti dagli Stati che avrebbero poi approvato gli emendamenti sul matrimonio a quelli che non lo avrebbero fatto; l'orientamento sessuale è stato valutato solo nel blocco di interviste 2 della NESARC e c'è una qualche fluidità riguardo all'identità sessuale che potrebbe avere condotto ad una scorretta classificazione di alcuni partecipanti LGB; inoltre il campione dei partecipanti LGB che vivevano in Stati che hanno approvato gli emendamenti sul matrimonio era relativamente piccolo, il che limitava la potenza statistica dello studio.

Uno dei meccanismi causali ipotizzati per il cambiamento nelle variabili di salute mentale associate agli emendamenti sul matrimonio è che il dibattito pubblico intorno a questi ultimi possa avere aumentato lo stress vissuto dai non eterosessuali. Si tratta di un'ipotesi che è stata avanzata dalla psicologa Sharon Scales Rostosky e colleghi in uno studio sugli atteggiamenti degli adulti LGB negli Stati che approvarono gli emendamenti sul matrimonio nel 2006.²⁷⁶ I dati del sondaggio raccolti durante questo studio mostrarono che i partecipanti LGB che vivevano in Stati che approvarono gli emendamenti sul matrimonio nel 2006 avevano livelli superiori di vari generi di disagio psicologico, inclusi stress e sintomi depressivi. Lo studio riscontrò anche che la partecipazione all'attivismo LGBT nella stagione elettorale era associata a un maggiore disagio psicologico. È possibile che parte del disagio psicologico registrato da questo sondaggio - che comprendeva stress percepito, sintomi depressivi (ma non diagnosi di disturbi depressivi), e ciò che i ricercatori chiamano "reazione emotiva collegata agli emendamenti" - potesse semplicemente riflettere i sentimenti tipici degli attivisti quando sperimentano la sconfitta politica su una questione alla quale tengono appassionatamente. Altre limitazioni cruciali dello studio erano il progetto trasversale e la base volontaria del campione (a differenza dello studio precedente di Hatzenbuehler e colleghi). Anche la metodologia del sondaggio potrebbe avere viziato i risultati - i ricercatori avevano pubblicizzato, su siti web e in email inviate a liste di contatti, che stavano cercando partecipanti ad un sondaggio per uno studio su "atteggiamenti ed esperienze di individui...LGB in merito al dibattito" sul matrimonio gay. Come per molte forme di campionamento di convenienza, è possibile che ci fosse una maggiore probabilità di risposta da parte di individui con posizioni forti riguardo alle tematiche indagate.

Per quanto riguarda gli effetti di particolari politiche, l'evidenza è nel migliore dei casi equivoca. Lo studio del 2009 di Hatzenbuehler e colleghi provava correlazioni significative tra il rischio di alcuni (anche se non di tutti) problemi mentali nella subpopolazione LGB e le politiche di uno Stato relativamente al crimine dell'odio e alle tutele lavorative. Anche per quegli aspetti di salute mentale che questo studio riscontrava essere legati alle politiche sul crimine dell'odio o sulle tutele lavorative, esso non era in grado di mostrare una relazione epidemiologica tra le politiche e gli esiti di salute.

²⁷⁶ Sharon Scales Rostosky et al., "Marriage Amendments and Psychological Distress in Lesbian, Gay, and Bisexual (LGB) Adults", *Journal of Counseling Psychology* 56, n. 1 (2009): 56-66, <http://dx.doi.org/10.1037/a0013609>.

Conclusione

Il modello dello stress sociale spiega probabilmente alcuni degli esiti di precaria salute mentale sperimentati dalle minoranze sessuali, anche se l'evidenza a sostegno del modello è limitata, discordante ed incompleta. Alcuni dei concetti centrali del modello, come la stigmatizzazione, non sono facili da operativizzare. Ci sono evidenze che legano alcune forme di maltrattamento, stigmatizzazione e discriminazione ad alcuni degli esiti di precaria salute mentale sperimentati dai non eterosessuali, ma non è affatto chiaro che questi fattori spieghino tutte le disparità tra popolazioni eterosessuali e non eterosessuali. Quegli esiti di precaria salute mentale potrebbero in una certa misura essere mitigati riducendo i fattori di stress sociale, ma è improbabile che questa strategia elimini tutte le differenze tra lo stato di salute mentale delle minoranze sessuali e quello della popolazione generale. Anche altri fattori, come gli elevati tassi di abuso sessuale nella popolazione LGBT, affrontati nella Parte Prima, potrebbero spiegare alcune di queste differenze nella salute mentale, poiché la ricerca ha ampiamente dimostrato che “i sopravvissuti ad abuso sessuale infantile sono esposti a un significativo rischio di una vasta serie di disturbi medici, psicologici, comportamentali e sessuali”.²⁷⁷

Così come non rende un buon servizio alle subpopolazioni non eterosessuali ignorare o minimizzare i rischi statisticamente maggiori di esiti mentali negativi che esse affrontano, allo stesso modo non rende loro un buon servizio identificare erroneamente le cause di questi rischi elevati, o ignorare altri potenziali fattori che potrebbero essere in gioco. Presumere che un solo modello possa spiegare completamente tutti i rischi di salute mentale affrontati dai non eterosessuali può fuorviare i clinici e i terapeuti che hanno la responsabilità di aiutare questa subpopolazione vulnerabile. Il modello dello stress sociale merita ulteriori ricerche, ma, se i clinici e i decisori politici intendono affrontare adeguatamente le difficoltà di salute mentale affrontate dalla comunità LGBT, non si dovrebbe dare per scontato che esso offra una spiegazione completa delle cause delle differenze nella salute mentale. Sono necessarie ulteriori ricerche per esplorare le cause e le soluzioni per queste importanti problematiche di salute pubblica.

Parte Terza

L'identità di genere

Il concetto di sesso biologico è ben definito, sulla base dei ruoli binari che maschi e femmine hanno nella riproduzione. Di contro, il concetto di genere non è ben definito. Si suppone di solito che faccia riferimento a comportamenti e attributi psicologici che tendono ad essere tipici di un dato sesso. Alcuni individui si identificano con un genere che non corrisponde al loro sesso biologico. Le cause di questa identificazione con l'altro sesso rimangono poco comprese. Le ricerche che indagano se questi individui transgender abbiano certe caratteristiche fisiologiche o delle esperienze in comune con il sesso opposto, come la struttura cerebrale o una esposizione ormonale prenatale atipica, non sono finora giunte a risultati conclusivi. La disforia di genere – un senso di incongruenza tra il proprio sesso biologico e il proprio genere, accompagnato da un disagio o uno scompenso clinicamente significativo – viene a volte trattata negli adulti

²⁷⁷ Roberto Maniglio, “The Impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews”, *Clinical Psychology Review* 29 (2009): 647, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.003>.

ricorrendo agli ormoni o alla chirurgia, ma ci sono poche evidenze scientifiche che questi interventi terapeutici abbiano benefici psicologici. La scienza ha mostrato che le problematiche di identità di genere nei bambini non persistono di solito nell'adolescenza o nell'età adulta; ci sono inoltre poche evidenze scientifiche del valore terapeutico dei trattamenti che ritardano la pubertà. Siamo preoccupati per la crescente tendenza ad incoraggiare i bambini con problemi di identità di genere a transizionare verso il loro genere preferito attraverso procedure mediche e poi chirurgiche. È evidente il bisogno di ulteriori ricerche in questi ambiti.

Come descritto nella Parte Prima, vi è una diffusa convinzione che *orientamento sessuale* sia un concetto ben definito, e che esso sia innato e fisso in ciascuna persona – come viene spesso affermato, le persone omosessuali “nascono così”. Un'altra opinione emergente e collegata è che anche l'*identità di genere* – il senso soggettivo e interiore di essere un uomo o una donna (o qualche altra categoria di genere) – sia determinato alla nascita o a un'età molto precoce e possa essere divergente dal sesso biologico di una persona. Nel caso dei bambini, questo viene a volte espresso dicendo che un bambino potrebbe essere intrappolato nel corpo di una bambina, o vice versa.

Nella Parte Prima abbiamo sostenuto che la ricerca scientifica non dà molto supporto all'ipotesi secondo la quale l'orientamento sessuale è innato e fisso. Affermeremo qui, in modo analogo, che vi sono scarse evidenze scientifiche che l'identità di genere sia determinata alla nascita o a un'età molto precoce. Nonostante il sesso biologico sia innato e l'identità di genere e il sesso biologico siano legati in modi complessi, non sono la stessa cosa; il genere è a volte definito o espresso in modi che hanno poca o nessuna base biologica.

I concetti chiave e le loro origini

Per chiarire cosa si intende con “genere” e con “sesso”, iniziamo con una definizione ampiamente usata; la citazione seguente è tratta da un opuscolo pubblicato dall'APA (American Psychological Association):

Il Sesso è assegnato alla nascita, fa riferimento allo status biologico di un soggetto come maschio o come femmina, ed è principalmente associato alle proprietà fisiche, come i cromosomi, la prevalenza ormonale e l'anatomia interna ed esterna. *Genere* si riferisce ai ruoli socialmente costruiti, ai comportamenti, alle attività e alle proprietà che una data società considera consoni ai ragazzi e agli uomini o alle ragazze e alle donne. Questi hanno un influsso sul modo in cui le persone agiscono e interagiscono, e sulle loro percezioni riguardo a se stessi. Mentre gli aspetti del sesso biologico sono simili nelle differenti culture, gli aspetti relativi al genere possono essere differenti.²⁷⁸

Questa definizione indica il fatto evidente che ci sono norme sociali per gli uomini e per le donne, norme che variano nelle diverse culture e che non sono semplicemente determinate dalla biologia. Ma va oltre, asserendo che il genere è completamente “costruito socialmente” - che è scisso dal sesso biologico. Questa idea ha costituito una parte importante di un movimento femminista volto a ridefinire o eliminare i ruoli di genere tradizionali. Nel classico

²⁷⁸ American Psychological Association, “Answers to Your Questions About Transgender People, Gender Identity and Gender Expression” (opuscolo), <http://www.apa.org/topics/lgbt/transgender.pdf>.

femminista *Il Secondo Sesso* (1949), Simone de Beauvoir scrisse che “donna non si nasce, lo si diventa”.²⁷⁹ Questa idea è una versione primitiva della distinzione ora divenuta familiare tra sesso, come denominazione biologica, e genere come costruito culturale: sebbene si nasca, come spiega l'APA, con i “cromosomi, la prevalenza ormonale e l'anatomia interna ed esterna” di una femmina, l'assunzione di “ruoli, comportamenti, attività e caratteristiche” di una donna è frutto di un condizionamento sociale.

Gli sviluppi della teoria femminista nella seconda metà del ventesimo secolo hanno ulteriormente consolidato la posizione secondo la quale il genere è socialmente costruito. Una delle prime ad utilizzare il termine “genere” distintamente dal sesso nella letteratura delle scienze sociali è stata Ann Oakley, nel suo libro del 1972, *Sex, Gender and Society*.²⁸⁰ Nel volume del 1978 *Gender: An Ethnomethodological Approach*, i professori di psicologia Suzanne Kessler e Wendy McKenna sostenevano che “il genere è una costruzione sociale, che un mondo di due 'sessi' è un risultato di metodi socialmente condivisi, dati per scontati, che i membri usano per costruire la realtà”.²⁸¹

L'antropologa Gayle Rubin esprime una visione simile, scrivendo nel 1975 che “il genere è una divisione dei sessi socialmente imposta. È il prodotto delle relazioni sociali della sessualità”.²⁸² Secondo il suo ragionamento, se non fosse per questa imposizione sociale, continueremmo ad avere maschi e femmine, ma non “uomini” e “donne”. Inoltre, sostiene la Rubin, se i ruoli di genere tradizionali sono socialmente costruiti, allora possono anche essere decostruiti, e noi possiamo eliminare “le sessualità e i ruoli sessuali obbligatori” e creare “una società androgina e priva di genere (anche se non di sesso), in cui l'anatomia sessuale di un individuo è irrilevante rispetto a ciò che uno è, ciò che fa, e con chi fa l'amore”.²⁸³

La relazione tra teoria gender e la decostruzione o il rovesciamento dei ruoli di genere tradizionali è resa ancora più chiara nelle opere dell'influente teorica femminista Judith Butler. In opere come *Gender Trouble: Feminism and The Subversion of Identity* (1990 – trad. it. *Questioni di genere. Il femminismo e la sovversione dell'identità*)²⁸⁴ e *Undoing Gender* (2004 – trad. it. *La disfatta del genere*)²⁸⁵ la Butler avanza quella che lei descrive come “teoria della performatività”, secondo la quale essere una donna o essere un uomo non è qualcosa che si è, ma qualcosa che si fa. Come dichiara, “Il genere non è né il risultato casuale del sesso, né apparentemente così fisso come il sesso”.²⁸⁶ Piuttosto, il genere è uno status costruito, radicalmente indipendente dalla biologia o dalle caratteristiche corporee,

²⁷⁹ Simone de Beauvoir, *The Second Sex* (New York: Vintage, 2011 [orig. 1949], 283.

²⁸⁰ Ann Oakley, *Sex, Gender and Society* (London: Maurice Temple Smith, 1972).

²⁸¹ Suzanne J. Kessler e Wendy McKenna, *Gender: An Ethnomethodological Approach* (New York: John Wiley & Sons, 1978), vii.

²⁸² Gayle Rubin, “The Traffic in Women: Notes on the 'Political Economy' of Sex”, in *Toward an Anthropology of Women*, a cura di Rayna R. Reiter (New York e Londra: Monthly Review Press, 1975), 179.

²⁸³ *Ibid.*, 204.

²⁸⁴ Judith Butler, *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity* (Londra: Routledge, 1990). (Traduzione italiana, *Questioni di genere*, Laterza, 2013).

²⁸⁵ Judith Butler, *Undoing Gender* (New York: Routledge, 2004). (traduzione italiana, *La disfatta del genere*, Meltemi, 2006).

“un artificio liberamente fluttuante , con la conseguenza che *uomo* e *maschile* potrebbero allo stesso modo indicare un corpo femminile come uno maschile, e *donna* e *femminile* un corpo maschile allo stesso modo di uno femminile”.²⁸⁷

Questa visione, che il genere, e quindi l'identità di genere, siano fluidi e plastici, e non necessariamente binari, è divenuta recentemente più evidente nella cultura popolare. Un esempio è stata la mossa di Facebook nel 2014 di includere 56 nuovi modi in cui gli utenti potessero descrivere il proprio genere, in aggiunta alle opzioni maschile e femminile. Come spiega Facebook, le nuove opzioni permettono all'utente di “sentirsi a proprio agio ed essere il proprio Sé vero e autentico”, del quale “l'espressione del genere” è una parte importante.²⁸⁸ Le opzioni comprendono *agender*, diverse varianti *cis-* e *trans-*, *gender-fluid*, *gender questioning*, *nessuno*, *altro*, *pangender*, e *two-spirit*.²⁸⁹

Che Judith Butler avesse ragione o meno nel descrivere i tradizionali ruoli di genere maschili e femminili come “performativi”, la sua teoria del genere come “artificio liberamente fluttuante” sembra effettivamente descrivere questa nuova tassonomia del genere. Man mano che questi termini si moltiplicano e i loro significati divengono più individualizzati, noi perdiamo qualsiasi insieme condiviso di criteri per definire il significato delle distinzioni di genere. Se il genere è completamente sganciato dalla binarietà del sesso biologico, genere potrebbe venire a riferirsi a qualsiasi distinzione nel comportamento, caratteristiche biologiche, o tratti psicologici, e ogni persona potrebbe avere un genere definito dalla combinazione unica delle caratteristiche possedute. Offriamo questa *reductio ab absurdum* per presentare la possibilità che dare una definizione troppo ampia del genere potrebbe portare a una definizione che ha poco significato.

Altrimenti, l'identità di genere potrebbe essere definita in termini di caratteristiche e comportamenti tipici di un sesso, cosicché essere un ragazzo significa comportarsi nei modi in cui si comportano tipicamente i ragazzi – per esempio impegnarsi in giochi turbolenti, manifestare interesse per lo sport, preferire le armi giocattolo alle bambole. Ma questo implicherebbe che un ragazzo che gioca con le bambole, detesta le armi e si astiene dagli sport o dai giochi turbolenti potrebbe essere considerato una ragazza, piuttosto che essere semplicemente considerato un ragazzo che rappresenta una eccezione ai modelli tipici di comportamento maschile. La capacità di riconoscere delle eccezioni al comportamento tipico di un sesso si basa su una comprensione della mascolinità e della femminilità che sia indipendente da questi comportamenti stereotipicamente ritenuti appropriati per un sesso. La base soggiacente della mascolinità e della femminilità è la distinzione tra i ruoli riproduttivi dei sessi; nei mammiferi, come gli umani, la femmina, nella gravidanza, porta in grembo i figli, e il maschio feconda la femmina. Più universalmente, il maschio delle diverse specie feconda le cellule uovo provenienti dalla femmina della specie. Questa base concettuale dei ruoli sessuali è binaria e stabile e ci permette di distinguere i maschi dalle femmine sulla base dei loro sistemi riproduttivi, anche quando gli individui mostrano comportamenti che non sono tipicamente maschili o femminili.

²⁸⁶ Butler, *Gender Trouble*, 7.

²⁸⁷ *Ibid.*, 6.

²⁸⁸ “Facebook Diversity” (pagina web), <http://www.facebook.com/facebookdiversity/photos/a.196865713743272.42938.105225179573993/567587973337709/>.

²⁸⁹ Will Oremus, “Here Are All the Different Genders You Can Be on Facebook”, *Slate*, February 13, 2014, http://www.slate.com/blogs/future_tense/2014/02/13/facebook_custom_gender_options_here_are_all_56_custom_options.html.

Per mostrare come i ruoli riproduttivi definiscano le differenze tra i sessi anche quando il comportamento appare atipico per quel sesso particolare, si considerino due esempi, uno tratto dalla diversità del regno animale, l'altro dalla diversità del comportamento umano. Prendiamo in considerazione, per primo, il pinguino imperatore. I maschi del pinguino imperatore si prendono maggiormente cura delle uova rispetto alle femmine, e, in questo senso, il maschio del pinguino imperatore potrebbe essere descritto come più materno della femmina.²⁹⁰ Tuttavia, noi riconosciamo che il maschio del pinguino imperatore non è in effetti una femmina, ma piuttosto che la specie rappresenta un'eccezione rispetto alla tendenza, generale, ma non universale, che tra gli animali siano le femmine a prendersi maggior cura dei piccoli rispetto ai maschi. Lo riconosciamo perché i comportamenti tipici di un sesso, come la cura genitoriale, non definiscono i sessi; il ruolo dell'individuo nella riproduzione sessuale sì.

Anche altre caratteristiche biologiche tipiche di un sesso, come i cromosomi, non aiutano necessariamente a definire il sesso in modo universale, come dimostrato ancora dal pinguino imperatore. Come per gli altri uccelli, la genetica della determinazione del sesso nel pinguino imperatore è diversa dalla genetica della determinazione del sesso nei mammiferi e in molti altri animali. Negli umani, i maschi hanno cromosomi XY e le femmine cromosomi XX, cioè i maschi hanno un solo cromosoma determinante il sesso che non condividono con le femmine, mentre le femmine hanno due copie di un cromosoma che condividono con i maschi. Invece negli uccelli sono le femmine, non i maschi, che presentano e trasmettono il cromosoma specifico del sesso.²⁹¹ Così come l'osservazione che i maschi del pinguino imperatore accudiscono i loro piccoli più di quanto facciano le loro partner non ha portato gli zoologi a concludere che il membro della specie del pinguino imperatore che depono le uova sia in realtà il maschio, la scoperta negli uccelli del sistema di determinazione sessuale ZW non ha indotto i genetisti a mettere in discussione ciò che è riconosciuto da secoli: le galline sono femmine e i galli sono maschi.

Un altro esempio che, in questo caso, costituisce solo apparentemente un comportamento non stereotipico dal punto di vista del sesso è quello di Thomas Beatie, finito in prima pagina come l'uomo che tra il 2008 e il 2010 ha partorito tre bambini.²⁹² Thomas Beatie è nato donna – il suo nome era Tracy Lehuani LaGondino - e si è sottoposta ad una transizione chirurgica e legale, passando a vivere da uomo, prima di decidere di avere dei bambini. Poiché le procedure mediche alle quali si era sottoposto non comportavano la rimozione delle ovaie o dell'utero, Beatie riuscì ad avere dei bambini. Lo Stato dell'Arizona riconosce Thomas Beatie come padre dei suoi tre bambini, anche se biologicamente ne è la madre. A differenza del comportamento genitoriale apparentemente materno, femminile, del pinguino imperatore, la capacità di Beatie di avere figli non rappresenta una eccezione alla normale incapacità dei maschi di partorire. Avere etichettato Beatie come uomo nonostante fosse biologicamente femmina è stata una decisione personale, sociale e legale compiuta in assenza di qualsiasi base biologica; non c'è assolutamente nulla nella biologia che faccia pensare che Beatie sia un maschio.

In biologia, un organismo è maschio o femmina se è strutturato per svolgere uno dei rispettivi ruoli nella riproduzione. Questa definizione non richiede alcuna caratteristica o comportamento arbitrario misurabile o quantificabile; richiede la comprensione del sistema e del processo riproduttivi. Diversi animali hanno diversi sistemi riproduttivi, ma la

²⁹⁰ André Ancel, Michaël Beaulieu e Caroline Gilbert, "The different breeding strategies of penguins: a review", *Comptes Rendus Biologies* 336, n. 1 (2013): 6-7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.crvi.2013.02.002>. Generalmente, i maschi del pinguino imperatore si occupano di covare le uova e poi prendersi cura dei pulcini per diversi giorni dopo la schiusa. Dopo di che i maschi e le femmine si alternano nel prendersi cura dei pulcini.

²⁹¹ Jennifer A. Marshall Graves e Swathi Shetty, "Sex from W to Z; Evolution of Vertebrate Sex Chromosomes and Sex Determining Genes", *Journal of Experimental Zoology* 290 (2001): 449-462 <http://dx.doi.org/10.1002/jez.1088>.

²⁹² Per un quadro d'insieme della storia di Thomas Beatie, si veda il suo libro, *Labor of Love: The Story of One Man's Extraordinary Pregnancy* (Berkeley: Seal Press, 2008).

riproduzione sessuale si verifica quando le cellule sessuali del maschio e della femmina della specie si uniscono per formare nuovi embrioni appena fecondati. Sono questi ruoli riproduttivi ad offrire la base concettuale per differenziare gli animali nelle categorie biologiche di maschio e femmina. Non c'è altra classificazione biologica dei sessi che venga ampiamente accettata.

Tuttavia, questa definizione della categoria biologica del sesso non è accettata universalmente. Per esempio, il filosofo e studioso di diritto Edward Stein sostiene che l'infertilità pone un problema cruciale per la definizione del sesso in termini di ruoli riproduttivi, e scrive che caratterizzare il sesso nei termini di questi ruoli farebbe definire "i maschi sterili come femmine".²⁹³ Poiché un maschio sterile non può assumere il ruolo riproduttivo per il quale sono strutturati i maschi, e una femmina sterile non può assumere il ruolo riproduttivo per il quale sono strutturate le femmine, secondo questa linea di pensiero definire il sesso in termini di ruoli riproduttivi sarebbe inopportuno, perché i maschi sterili sarebbero classificati come femmine, e le femmine sterili come maschi. Ciò nonostante, sebbene un sistema riproduttivo strutturato per essere funzionale a un particolare ruolo riproduttivo possa essere compromesso al punto da non potere assolvere la sua funzione, il sistema rimane riconoscibilmente strutturato per quel ruolo, in modo tale che il sesso biologico può ancora essere definito strettamente in termini di sistemi riproduttivi. Si può fare un discorso di questo genere riguardo alle coppie eterosessuali che scelgono di non riprodursi, per una qualsiasi serie di ragioni. I sistemi riproduttivi maschili e femminili sono in genere chiaramente riconoscibili, indipendentemente dal fatto che vengano o meno utilizzati ai fini della riproduzione.

La seguente analogia mostra come un sistema possa essere riconosciuto come avente un particolare scopo, anche quando quel sistema sia disfunzionale in un modo che lo renda inabile a conseguire il proprio scopo: gli occhi sono organi complessi che funzionano come processori della visione. Tuttavia, ci sono numerose condizioni che colpiscono l'occhio e che possono danneggiare la visione, portando alla cecità. Gli occhi del cieco sono ancora riconoscibilmente organi strutturati per la funzione della vista. Qualsiasi danno che provochi la cecità non interessa lo scopo dell'occhio – non più di quanto non lo faccia l'indossare una benda - ma solo la sua funzione. Lo stesso è vero del sistema riproduttivo. L'infertilità può essere provocata da molti problemi. Tuttavia, il sistema riproduttivo continua a esistere con lo scopo di procreare bambini.

Ci sono tuttavia individui che sono biologicamente "intersessuali", nel senso che la loro anatomia sessuale è ambigua, di solito a causa di anomalie genetiche. Per esempio, il pene e il clitoride derivano dalle stesse strutture embrionali. Un neonato potrebbe presentare un clitoride eccezionalmente grande o un pene eccezionalmente piccolo, rendendo difficile determinare il suo sesso biologico per molto tempo dopo la nascita.

Il primo articolo accademico ad utilizzare il termine "genere" sembra sia stato quello del 1955 del professore di psichiatria John Money, del Johns Hopkins, riguardante il trattamento dei bambini "intersessuali" (il termine in uso allora era "ermafroditi").²⁹⁴ Money ipotizzava che l'identità di genere, almeno per questi bambini, fosse fluida e potesse essere costruita. Secondo lui, per far sì che un bambino si identificasse con un genere bastava che si costruissero dei genitali tipici di quel sesso e si creasse per quel bambino un ambiente adeguato dal punto di vista del genere. Per questi bambini veniva spesso scelto il genere femminile – decisione che non era basata sulla genetica o sulla biologia, né sulla convinzione che questi bambini fossero "davvero" delle bambine, ma, in parte, sul fatto che al tempo fosse chirurgicamente più facile costruire una vagina che un pene.

²⁹³ Edward Stein, *The Mismeasure of Desire: The Science, Theory, and Ethics of Sexual Orientation* (New York: Oxford University Press 1999), 31.

²⁹⁴ John Money, "Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: Psychologic findings", *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital* 95, n. 6 (1955): 253-264, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14378807>.

Il paziente più noto del dott. Money fu David Reimer, un bambino che non era nato con una condizione di intersessualità, ma il cui pene venne danneggiato da piccolo durante una circoncisione.²⁹⁵ David venne cresciuto dai genitori come bambina, con il nome di Brenda, e gli vennero praticati interventi sia chirurgici sia ormonali per assicurarsi che sviluppasse caratteristiche sessuali tipicamente femminili. Tuttavia, il tentativo di nascondere al bambino cosa gli era accaduto non ebbe successo – egli si identificava come ragazzo e a 14 anni la sua psichiatra raccomandò ai genitori di dirgli la verità. David cominciò allora il difficile processo di reversione degli interventi chirurgici e ormonali che erano stati eseguiti per rendere il suo corpo femminile. Continuò tuttavia ad essere tormentato dalla sua traumatica esperienza infantile e si tolse la vita nel 2004, all'età di 38 anni.

David Reimer è solo un esempio del danno provocato da teorie secondo le quali l'identità di genere può essere socialmente e medicalmente riassegnata nei bambini. In un articolo del 2004 William G. Reiner, urologo pediatrico e psichiatra dell'infanzia e dell'adolescenza, e John P. Gearhart, professore di urologia pediatrica, hanno condotto un follow up sulle identità sessuali di 16 maschi genetici affetti da estrofia della cloaca – una condizione che comporta una forte malformazione della vescica e dei genitali. Dei 16 soggetti, 14 erano stati assegnati al sesso femminile alla nascita, venendo sottoposti a interventi chirurgici per la costruzione di genitali femminili, ed erano stati cresciuti dai genitori come femmine; 6 di questi 14 hanno in seguito scelto di identificarsi come maschi, mentre 5 hanno continuato ad identificarsi come femmine e 2 si sono dichiarati maschi ad una giovane età, ma hanno continuato ad essere cresciuti come femmine, perché i genitori respingevano le dichiarazioni dei bambini. Il soggetto restante, al quale era a 12 anni stato detto che era nato maschio, si rifiutava di parlare dell'identità sessuale.²⁹⁶ Quindi l'assegnazione del sesso femminile persisteva in soli 5 dei 13 casi con esito noto.

Questa mancanza di persistenza offre una qualche evidenza che l'assegnazione del sesso attraverso la costruzione di genitali alla nascita con l'immersione in un ambiente “adeguato al genere” non costituisce probabilmente una scelta vincente per la gestione del raro problema dell'ambiguità genitale per difetti di nascita. È importante osservare che l'età di questi individui all'ultimo follow up andava dai 9 ai 19 anni, quindi è possibile che alcuni di loro abbiano in seguito cambiato la propria identità di genere.

La ricerca di Reiner e Gearhart indica che il genere non è arbitrario; essa induce a pensare che un maschio (o una femmina) biologico non giungeranno probabilmente ad identificarsi con il sesso opposto dopo essere stati alterati fisicamente e immersi nell'ambiente tipico del genere corrispondente. La plasticità del genere sembra avere un limite.

Ciò che è chiaro è che il sesso biologico non è un concetto che possa essere ridotto alla sola tipologia di genitali esterni, o assegnato artificialmente sulla questa base. I chirurghi stanno acquisendo maggiori capacità nella costruzione di genitali artificiali, ma questi “extra” non cambiano il sesso biologico dei destinatari, che non acquisiscono una maggiore capacità di assumere il ruolo riproduttivo del sesso biologico opposto di quanta ne avessero senza ricorrere alla chirurgia. Né il sesso biologico cambia in funzione dell'ambiente offerto al bambino. Nessun grado di supporto a un bambino perché si convinca ad essere considerato, da se stesso e dagli altri, una bambina lo rende biologicamente tale. La definizione scientifica di sesso biologico è, per quasi tutti gli esseri umani, chiara, binaria e stabile: è riflesso di una realtà biologica sottostante che non è smentita da eccezioni al comportamento tipico di quel sesso, e non può essere alterata dalla chirurgia o dal condizionamento sociale.

²⁹⁵ Un racconto della storia di David Reimer si può trovare in John Colapinto, *As Nature Made Him: The Boy Who Was Raised as a Girl* (New York: Harper Collins 2000). (Traduzione italiana, *Bruce, Brenda e David*, San Paolo 2014).

²⁹⁶ William G. Reiner e John P. Gearhart, “Discordant Sexual Identity in Some Genetic Males with Cloacal Exstrophy Assigned to Female Sex at Birth”, *New England Journal of Medicine*, 350 (January 2004): 333-341, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa022236>.

In un articolo del 2004 che riassumeva i risultati delle ricerche relative alle condizioni di intersessualità, Paul McHugh, ex direttore di psichiatria al Johns Hopkins Hospital (e co-autore di questo report) suggeriva:

Noi del Dipartimento di Psichiatria del Johns Hopkins abbiamo alla fine concluso che l'identità sessuale umana viene integrata nella nostra costituzione principalmente dai geni che ereditiamo e dalla embriogenesi alla quale siamo sottoposti. Gli ormoni maschili sessualizzano il cervello e la mente. La disforia sessuale – un senso di inquietudine nel proprio ruolo sessuale – si verifica in modo naturale tra quei pochi maschi che vengono cresciuti come femmine nel tentativo di correggere un problema strutturale genitale infantile.²⁹⁷

Volgiamo ora la nostra attenzione agli individui transgender – bambini e adulti – che scelgono di identificarsi con un genere diverso dal proprio sesso biologico, ed esploriamo il significato della identità di genere in questo contesto e ciò che la letteratura scientifica ci dice sul suo sviluppo.

La disforia di genere

Mentre il sesso biologico, a parte pochissime eccezioni, è una caratteristica ben definita, binaria (maschile/femminile) che corrisponde al modo in cui il corpo è organizzato per la riproduzione, l'identità di genere è un attributo più soggettivo. Per la maggior parte delle persone, la propria identità di genere non è una preoccupazione significativa; la maggior parte dei maschi biologici si identificano come ragazzi o uomini, e la maggior parte delle femmine biologiche si identificano come ragazze o donne. Tuttavia, alcuni individui sperimentano una incongruenza tra il proprio sesso biologico e la propria identità di genere. Se questa lotta fa sì che ricerchino aiuto professionale, allora il problema è classificato come “disforia di genere”.

Alcuni bambini maschi cresciuti come femmine, come venne descritto nello studio del 2004 di Reiner e colleghi, giunsero a sperimentare dei problemi con la propria identità di genere quando la loro percezione soggettiva di essere maschi confliggeva con l'essere identificati e trattati come femmine dai genitori e dai medici. Il sesso biologico dei bambini non era in discussione (avevano un genotipo XY) e la causa della disforia di genere risiedeva nel fatto che fossero geneticamente maschi, giungessero ad identificarsi come maschi, ma fossero state assegnate loro delle identità di genere femminili. Questo fa pensare che l'identità di genere possa essere una questione complessa e impegnativa per coloro che scelgono (o per i quali altri scelgono) un'identità di genere opposta al sesso biologico.

Tuttavia, i casi di disforia di genere oggetto di grande dibattito pubblico sono quelli in cui degli individui giungono a identificarsi con un genere diverso da quello che si fonda sul loro sesso biologico. Queste persone vengono di solito identificate, e descrivono se stesse, come “transgender”.*

*Una nota terminologica: in questo report usiamo di solito il termine *transgender* in riferimento a persone per le quali c'è una incongruità tra l'identità di genere che loro ritengono di avere e il loro sesso biologico. Usiamo il termine *transessuale* in riferimento a persone che si sono sottoposte ad interventi medici per trasformare il proprio aspetto in modo che corrispondesse maggiormente a quello del loro genere preferito. Il termine colloquiale più comune per descrivere l'intervento medico che trasforma l'aspetto degli individui transgender potrebbe essere “cambiamento di sesso” (o, nel caso di intervento chirurgico, “operazione di cambiamento di sesso”), ma questo non viene comunemente usato nell'attuale letteratura scientifica e medica. Sebbene non ci siano per queste procedure termini semplici pienamente soddisfacenti, in questo report usiamo i termini di uso comune *riassegnazione sessuale* e *chirurgia di riassegnazione sessuale*, eccetto nelle citazioni di fonti che usino “riassegnazione di genere” o qualche altro termine.

²⁹⁷ Paul R. McHugh, “Surgical Sex: Why We Stopped Doing Sex Change Operations”, *First Things* (November 2004), <http://www.firstthings.com/article/2004/11/surgical-sex>.

Secondo la quinta edizione del *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* dell'American Psychiatric Association (*DSM-5*), la disforia di genere è caratterizzata dalla “incongruenza tra il proprio genere percepito/espresso e il genere assegnato”, come anche da “scompenso clinicamente significativo nell'area di funzionamento sociale, occupazionale o altra area importante”.²⁹⁸

È importante chiarire che la disforia di genere non è la stessa cosa della non conformità di genere o del disturbo dell'identità di genere. La non conformità di genere descrive un individuo che si comporta in modo opposto alle norme proprie del genere relativo al suo sesso biologico. Come osserva il *DSM-5*, la maggior parte dei travestiti, per esempio, non sono transgender – gli uomini che si vestono da donna di solito non si identificano come donne.²⁹⁹ (Tuttavia, alcune forme di travestitismo possono essere associate ad una disforia di genere che insorge tardivamente).³⁰⁰

Il disturbo dell'identità di genere, termine obsoleto risalente a una versione precedente del *DSM* che è stato depennato nella quinta edizione, era usato come diagnosi psichiatrica. Se confrontiamo i criteri diagnostici della disforia di genere (il termine attuale) e del disturbo dell'identità di genere (il termine precedente), osserviamo che entrambi richiedono che il paziente mostri “una marcata incongruenza tra il proprio genere percepito/espresso e quello assegnato”.³⁰¹ La differenza cruciale è che una diagnosi di disforia di genere richiede che il paziente sperimenti anche “disagio o scompenso clinicamente significativo nell'area di funzionamento sociale, occupazionale o altra area importante” in associazione con questi sentimenti incongruenti.³⁰² Quindi la principale serie di criteri diagnostici utilizzati nella psichiatria contemporanea non definisce tutti gli individui transgender come soggetti con un disturbo psichiatrico. Per esempio, non si ritiene che un maschio biologico che si identifichi come femmina abbia un disturbo psichiatrico, a meno che l'individuo stia sperimentando un significativo disagio psicosociale per questa incongruenza. Una diagnosi di disforia di genere potrebbe far parte dei criteri impiegati per giustificare un intervento chirurgico di riassegnazione sessuale o altri interventi clinici. Inoltre, un paziente che si sia sottoposto a modifiche mediche o chirurgiche per esprimere la propria identità di genere potrebbe continuare a soffrire di disforia di genere. È la natura del conflitto a definire il disturbo, non il fatto che il genere espresso differisca dal sesso biologico.

Non ci sono prove scientifiche che tutte le persone transgender abbiano una disforia di genere, o che tutte abbiano difficoltà con la propria identità di genere. Alcuni individui che non sono transgender – cioè che non si identificano con un genere non corrispondente al loro sesso biologico – potrebbero avere comunque difficoltà con la propria identità di genere; per esempio le ragazze che hanno comportamenti tipicamente maschili potrebbero vivere diverse forme di disagio senza mai giungere ad identificarsi come ragazzi. Al contrario, individui che si identificano con un genere che non corrisponde al proprio sesso biologico potrebbero non sperimentare un disagio clinicamente significativo in relazione alla propria identità di genere. Anche se soltanto, diciamo, il 40% degli individui che si identificano con un genere che non corrisponde al proprio sesso biologico vivessero un disagio significativo in relazione alla propria identità di genere, questo costituirebbe una questione di salute pubblica che richiederebbe l'azione dei clinici e di altri

²⁹⁸ American Psychiatric Association, “Gender Dysphoria”, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* [da qui in avanti *DSM-5*] (Arlington, Va.: American Psychiatric Publishing, 2013), 452, <http://dx.doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm14>.

²⁹⁹ *Ibid.*, 458.

³⁰⁰ *Ibid.*

³⁰¹ *Ibid.*, 452.

³⁰² *Ibid.*

popolazione. Non ci sono prove che indichino che il restante 60% in questa ipotesi – cioè gli individui che si identificano con un genere che non corrisponde al loro sesso biologico ma che non vivono un disagio significativo – avrebbe bisogno di trattamento clinico.

Il concetto del *DSM* di “percezione” soggettiva del proprio genere come incongruente rispetto al proprio sesso biologico potrebbe richiedere una maggiore analisi critica e forse una modifica. L'esatta definizione di disforia di genere, per quanto sia bene intenzionata, è piuttosto vaga e fonte di confusione. Non dà ragione di individui che si identificano come transgender, ma che non vivono una disforia in relazione alla propria identità di genere, e che ricercano un aiuto psichiatrico per uno scompenso funzionale per problemi che non sono legati alla loro identità di genere, come per esempio l'ansia o la depressione. Si potrebbe allora attribuire loro erroneamente una disforia di genere, solo perché hanno il desiderio di essere identificati come membri del genere opposto, quando invece sono giunti a una decisione soddisfacente, soggettivamente, rispetto a questa incongruenza, e potrebbero essere depressi per ragioni che non hanno nulla a che vedere con la loro identità di genere.

I criteri del *DSM-5* per una diagnosi di disforia di genere nei bambini sono definiti in un “modo più concreto, comportamentale, di quelli per gli adolescenti e gli adulti”.³⁰³ Questo significa che alcuni dei criteri per la disforia di genere nei bambini fanno riferimento a comportamenti che sono stereotipicamente associati al genere opposto. Il disagio clinicamente significativo continua ad essere necessario per una diagnosi di disforia di genere nei bambini, ma tra gli altri criteri diagnostici ci sono, per esempio, “una spiccata preferenza per i giocattoli, giochi o attività stereotipicamente utilizzate o a cui stereotipicamente si dedica l'altro genere”.³⁰⁴ Che dire delle ragazze che sono “maschiacci” o dei ragazzi che non sono orientati alla violenza o alle armi, che preferiscono giochi più tranquilli? I genitori dovrebbero preoccuparsi che la loro figlia maschiaccio sia in realtà un maschio imprigionato in un corpo femminile? Non c'è base scientifica per ritenere che giocare con giochi tipicamente maschili definisca un bambino come maschio, o che giocare con giochi tipicamente femminili definisca una bambina come femmina. Il criterio del *DSM-5* per la diagnosi della disforia di genere in riferimento ai giocattoli tipici di un genere è debole; sembra ignorare il fatto che un bambino potrebbe mostrare un genere *espresso* – manifestato da caratteristiche sociali o comportamentali – incongruente rispetto al sesso biologico del bambino, ma senza *identificarsi* con il genere opposto. Inoltre, anche per i bambini che si identificano con un genere opposto al proprio sesso biologico, le diagnosi di disforia di genere sono semplicemente inaffidabili. La realtà è che potrebbero avere difficoltà psicologiche ad accettare il proprio sesso biologico come proprio genere. È possibile che i bambini abbiano difficoltà in relazione alle aspettative associate a quei ruoli di genere. Anche le esperienze traumatiche possono far sì che un bambino manifesti disagio rispetto al genere associato al proprio sesso biologico.

I problemi di identità di genere possono insorgere anche con le condizioni di intersessualità (la presenza di genitali ambigui a causa di anomalie genetiche) di cui abbiamo parlato in precedenza. Questi disturbi dello sviluppo sessuale, seppure rari, possono in alcuni casi contribuire alla disforia di genere.³⁰⁵ Alcune di queste condizioni includono la sindrome da insensibilità completa agli androgeni, in cui individui con cromosomi XY (maschi) sono privi dei recettori per gli ormoni sessuali maschili, il che li porta a sviluppare caratteri sessuali secondari femminili, invece che maschili (anche se non hanno ovaie, non hanno mestruazioni e di conseguenza sono sterili).³⁰⁶ Un altro disturbo ormonale dello

³⁰³ *Ibid.*, 454-455.

³⁰⁴ *Ibid.*, 452.

³⁰⁵ *Ibid.*, 457.

³⁰⁶ Angeliki Galani et al., “Androgen insensitivity syndrome: clinical features and molecular defects”, *Hormones* 7, n. 3 (2008): 217-229, <http://dx.doi.org/10.143%2Fhorm.2002.1201>.

sviluppo sessuale che può condurre ad individui che si sviluppano in modi atipici per il proprio sesso genetico è l'iperplasia surrenale congenita, una condizione che può mascolinizzare i feti XX (femminili).³⁰⁷ Altri rari fenomeni come il mosaicismo³⁰⁸ e chimerismo³⁰⁹ genetici, in cui alcune cellule nei corpi degli individui contengono cromosomi XX e altre contengono i cromosomi XY, possono causare una notevole ambiguità nelle caratteristiche sessuali, tra le quali individui che possiedono gonadi e organi sessuali sia maschili sia femminili.

Sebbene vi siano molti casi di disforia di genere che non sono associati a queste condizioni intersessuali identificabili, essa può comunque rappresentare una tipologia diversa di condizione di intersessualità, in cui i caratteri sessuali primari, come i genitali, si sviluppano normalmente, mentre i caratteri sessuali secondari associati al cervello si sviluppano seguendo le linee del sesso opposto. È ancora controverso quali siano gli influssi che determinano la natura delle differenze sessuali a livello neurologico, psicologico e comportamentale. Sta guadagnando consenso l'ipotesi che ci siano differenze tra uomini e donne nei pattern di sviluppo neurologico intra ed extrauterino.³¹⁰ Perciò, in teoria, gli individui transgender potrebbero essere soggetti a condizioni che consentono lo sviluppo in un maschio genetico (con pattern cromosomico XY) di un cervello più di tipo femminile e vice versa. In ogni caso, come mostreremo nella prossima sezione, le ricerche a sostegno di questa idea sono piuttosto poche.

Per una ricognizione degli studi di scienze biologiche e sociali sulla disforia di genere, possiamo fare un elenco delle domande importanti. Ci sono fattori biologici che influiscono sullo sviluppo di una identità di genere che non corrisponda al proprio sesso biologico? Esistono individui nati con una identità di genere diversa dal proprio sesso biologico? L'identità di genere viene plasmata dalle condizioni ambientali o di educazione? Quanto sono stabili le scelte relative all'identità di genere? Quanto è comune la disforia di genere? È persistente nell'arco della vita? È possibile che un bambino che pensi di essere una bambina cambi nel corso della sua vita e passi a considerarsi un maschio? Se è possibile, con quale frequenza queste persone possono cambiare la propria identità di genere? Come si potrebbe misurare scientificamente l'identità di genere di una persona? La propria comprensione di sé è sufficiente? Una ragazza biologicamente femmina diventa di genere maschile se ritiene, o almeno afferma, di essere un maschio? Le difficoltà delle persone rispetto a un senso di incongruità tra la propria identità di genere e il sesso biologico permangono nel corso della vita? La disforia di genere risponde ai trattamenti psichiatrici? Tali interventi dovrebbero concentrarsi sulla affermazione dell'identità di genere del paziente o dovrebbero assumere una posizione più neutrale? I tentativi di modificare ormonalmente o chirurgicamente i caratteri sessuali primari o secondari di un individuo aiutano a risolvere la disforia di genere? La trasformazione crea ulteriori problemi psichiatrici per alcuni di coloro ai quali viene diagnosticata una disforia di genere, o di solito risolve i problemi psichiatrici esistenti? Affrontiamo alcune di queste domande cruciali nelle sezioni seguenti.

³⁰⁷ Perrin C. White and Phyllis W. Speiser, "Congenital Adrenal Hyperplasia due to 21-Hydroxylase Deficiency" *Endocrine Reviews* 21, n. 3 (2008): 217-229, <http://dx.doi.org/10.1210/edrv.21.3.0398>.

³⁰⁸ Alexandre Serra et al., "Uniparental Disomy in Somatic Mosaicism 45,X/46,XY/46,XX Associated with Ambiguous Genitalia", *Sexual Development* 9 (2015): 136-143, <http://dx.doi.org/10.1159/000430897>.

³⁰⁹ Marion S. Verp et al., "Chimerism as the etiology of a 46,XX/46, XY fertile true hermaphrodite", *Fertility and Sterility* 57, n. 2 (1992): 346-349, [http://dx.doi.org/10.1016/S0015-0282\(16\)54843-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0015-0282(16)54843-2).

³¹⁰ Per una recente rassegna della scienza delle differenze sessuali neurologiche, si veda Amber N. V. Ruigrok et al., "A meta-analysis of sex differences in human brain structure", *Neuroscience Biobehavioral Review* 39 (2014): 34-50, <http://dx.doi.org/10.1016%2Fj.neurobiorev.2013.12.004>.

Genere e fisiologia

Robert Sapolsky, un professore di biologia a Stanford che ha condotto ampie ricerche di neuroimaging, ha proposto una possibile spiegazione neurobiologica per l'identificazione cross-gender (ovvero con il genere opposto – *n.d.t.*) in un articolo del 2013 sul *Wall Street Journal*, “Caught Between Male and Female” (Intrappolato tra maschio e femmina). Egli affermava che i recenti studi di neuroimaging sul cervello di transgender adulti inducevano a pensare che questi potessero avere delle strutture cerebrali più simili alla loro identità di genere che al loro sesso biologico.³¹¹ Sapolsky basa questa affermazione sul fatto che ci siano differenze tra i cervelli maschili e i cervelli femminili, e queste, pur essendo “piccole e variabili”, “contribuiscono probabilmente alle differenze tra i sessi nell'apprendimento, nell'emotività e nella socializzazione”.³¹² Sapolsky conclude: “La questione non è che a volte le persone credano di essere di un genere differente da quello di cui sono in realtà. Sorprendentemente, invece, è che a volte le persone nascono con corpi il cui genere è diverso da quello di cui sono in realtà”.³¹³ In altre parole, Sapolsky sostiene che alcune persone possono avere un cervello di tipo femminile in un corpo maschile, o vice versa.

Sebbene questo genere di teoria neurobiologica dell'identificazione cross-gender rimanga fuori dal mainstream scientifico, essa ha recentemente ricevuto attenzione scientifica e popolare. La teoria fornisce una spiegazione potenzialmente affascinante per l'identificazione cross-gender, specialmente per individui che non sono affetti da alcuna anomalia genetica, ormonale o psicosociale nota.³¹⁴ Tuttavia, sebbene sia possibile che Sapolsky abbia ragione la letteratura scientifica offre scarso supporto per la sua affermazione. La sua spiegazione neurologica per le differenze tra i cervelli maschili e femminili, e la potenziale rilevanza di quelle differenze per l'identificazione cross-gender, giustifica una ulteriore analisi scientifica.

Ci sono molti studi minori che cercano di definire i fattori causali dell'esperienza di incongruenza tra il proprio sesso biologico e il genere percepito. Questi studi vengono descritti nelle pagine seguenti; ciascuno indica un influsso che potrebbe contribuire a spiegare l'identificazione cross-gender.

Nancy Segal, psicologa e genetista, ha condotto ricerche su due casi studio di gemelli identici discordanti rispetto al transessualismo FtM.³¹⁵ La Segal osserva che, secondo un altro studio precedente, con interviste non cliniche su 45 transessuali FtM, il 60% aveva subito qualche forma di abuso infantile, il 31% abuso sessuale, il 29% abuso emotivo, e il

³¹¹ Robert Sapolsky, “Caught Between Male and Female”, *Wall Street Journal*, December 6, 2013, <http://www.wsj.com/articles/SB10001424052702304854804579234030532617704>.

³¹² *Ibid.*

³¹³ *Ibid.*

³¹⁴ Per alcuni esempi che hanno avuto interesse popolare in quest'ottica, si veda Francine Russo, “Transgender Kids”, *Scientific American Mind* 27, n. 1 (2016): 26-35, <http://dx.doi.org/10.1038/scientificamericanmind0116-26>; Jessica Hamzelou, “Transsexual differences caught on brain scan”, *New Scientist* 209, n. 2796 (2011): 1, <http://www.newscientist.com/article/dn20032-transsexual-differences-caught-on-brain-scan/>; Brynn Tannehill, “Do Your Homework, Dr. Ablow”, *The Huffington Post*, January 14, 2014, http://www.huffingtonpost.com/brynn-tannehill/how-much-evidence-does-it_b_4616722.html.

³¹⁵ Nancy Segal, “Two Monozygotic Twin Pairs Discordant for Female-to-Male Transsexualism”, *Archives of Sexual Behavior* 35, n. 3 (2006): 347-358, <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-006-9037-3>.

38% abuso fisico.³¹⁶ Tuttavia, questo studio precedente non includeva un gruppo controllo ed era limitato dalla dimensione ridotta del campione, rendendo difficoltoso ricavare dai dati delle interazioni significative odelle generalizzazioni.

Il primo caso studio della Segal riguardava una gemella FtM di 34 anni, la cui sorella gemella identica era sposata ed era madre di sette bambini.³¹⁷ Durante la gravidanza della madre delle gemelle, si erano verificati diversi eventi stressanti e il parto era stato prematuro di 5 settimane. Quando avevano otto anni, i genitori divorziarono. La gemella FtM mostrò precocemente un comportamento non conforme dal punto di vista del genere, che persisté per tutta l'infanzia. Alla junior high school (corrispondente all'incirca all'età della scuola media – *n.d.t.*) avvertì attrazione per altre ragazze, e da adolescente tentò più volte il suicidio. La ragazza riferiva abuso fisico ed emotivo da parte della mamma. Le gemelle vennero cresciute in un ambiente familiare Mormone, nel quale la transessualità non era tollerata.³¹⁸ La sorella gemella non aveva mai messo in discussione la propria identità di genere, ma aveva sofferto un po' di depressione. Per la Segal, la non conformità di genere della gemella FtM e l'abuso infantile erano fattori che contribuivano alla disforia di genere; l'altra gemella non era stata sottoposta nell'infanzia agli stessi fattori di stress e non sviluppò problematiche relative alla propria identità di genere. Anche il secondo caso studio della Segal riguardava coppie di gemelle identiche in cui una aveva compiuto la transizione da femmina a maschio.³¹⁹ Questa gemella FtM aveva comportamenti non conformi precoci e tentò il suicidio da giovane adulta. A 29 anni si sottopose alla chirurgia di riassegnazione, venne ben sostenuta dalla famiglia, incontrò una donna e si sposò. Come nel primo caso, si riferisce che l'altra gemella sia sempre stata stabile nella propria identità di genere femminile. La Segal ipotizza che ogni coppia di gemelle abbia avuto una differente esposizione prenatale agli androgeni (anche se il suo studio non offre prove a supporto)³²⁰ e conclude che “è improbabile che il transessualismo sia associato ad un gene importante, ma è probabile sia associato a influssi genetici, epigenetici, evolutivi ed esperienziali multipli”.³²¹ La Segal è critica rispetto all'idea che l'abuso materno vissuto dalla gemella FtM nel primo caso studio possa avere giocato un ruolo causale nella “identificazione di genere atipica” della gemella, perché l'abuso “sembra essere stato *successivo*” ai suoi comportamenti atipici dal punto di vista del genere – anche se la Segal riconosce che “è possibile che questo abuso abbia rinforzato la sua identificazione di genere già atipica”.³²² Questi casi studio, sebbene istruttivi, non hanno grande forza scientifica, e non forniscono prove dirette per nessuna delle ipotesi causali sulle origini della identificazione di genere atipica.

Fonte di maggiori informazioni – ma anche questo inadeguato a trarre inferenze causali – è un caso studio degli psichiatri della Mayo Clinic J. Michael Bostwick e Kari A. Martin su un individuo intersessuale nato con genitali ambigui,

³¹⁶ Holly Devor, “Transsexualism, Dissociation, and Child Abuse: An Initial Discussion Based on Nonclinical Data”, *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 6 n. 3 (1994): 49-72, http://dx.doi.org/10.1300/J056v06n03_04.

³¹⁷ Segal, “Two Monozygotic Twin Pairs Discordant for Female-to-Male Transsexualism”, 350.

³¹⁸ *Ibid.*, 351.

³¹⁹ *Ibid.*, 353-354.

³²⁰ *Ibid.*, 354.

³²¹ *Ibid.*, 356.

³²² *Ibid.*, 355. Corsivo nell'originale.

che è stato sottoposto a un intervento e cresciuto come femmina.³²³ Per offrire un background, gli autori tracciano una distinzione tra disturbo dell'identità di genere (una "incoerenza tra identità di genere percepita e sesso fenotipico" che di solito non comprende "alcuna anomalia neuroendocrinologica rilevabile"³²⁴) e l'intersessualità (una condizione in cui sono presenti caratteristiche biologiche di entrambi i sessi). Bostwick e Martin forniscono anche un sommario e uno schema di classificazione dei vari tipi di disturbi intersessuali. Dopo una approfondita discussione delle varie problematiche evolutive intersessuali che possono portare ad una disgiunzione tra cervello e corpo, gli autori riconoscono che "Alcuni pazienti adulti con una grave disforia – transessuali – non presentano né una storia né risultanze oggettive che supportino l'esistenza di una causa biologica nota per la disgiunzione cervello-corpo".³²⁵ Questi pazienti necessitano di profonda attenzione medica e psichiatrica, per evitare la disforia di genere.

Dopo questo utile sommario gli autori affermano che "in assenza di psicosi o di patologia grave della personalità, le affermazioni soggettive dei pazienti sono attualmente i criteri più affidabili per definire l'identità di genere profonda".³²⁶ Non è tuttavia chiaro come potremmo considerare le affermazioni soggettive più affidabili di altri criteri nello stabilire l'identità di genere, a meno che l'identità di genere sia definita come un fenomeno completamente soggettivo. Il parte maggiore dell'articolo è dedicato a descrivere i vari modi oggettivamente distinguibili e identificabili in cui la propria identità come maschio o femmina si imprime sul sistema nervoso ed endocrino. Anche quando qualcosa va storto nello sviluppo dei genitali esterni, gli individui agiscono più probabilmente secondo la propria struttura cromosomica e ormonale.³²⁷

Nel 2011 Giuseppina Rametti e colleghi di vari centri di ricerca spagnoli utilizzarono la risonanza magnetica per studiare le strutture cerebrali di 18 transessuali FtM che mostravano non conformità di genere in età precoce, e provavano attrazione sessuale per le femmine prima del trattamento ormonale.³²⁸ Lo scopo era scoprire se le loro caratteristiche cerebrali corrispondevano più al loro sesso biologico o alla loro percezione dell'identità di genere. Il gruppo controllo era formato da 24 maschi e 19 femmine eterosessuali con identità di genere conformi al proprio sesso biologico. Furono osservate differenze nella microstruttura della materia bianca di specifiche aree del cervello. Nei transessuali FtM non sottoposti a trattamento, quella struttura era più simile a quella dei maschi eterosessuali che a quella delle femmine eterosessuali in tre o quattro aree cerebrali.³²⁹ In uno studio complementare, Rametti e colleghi confrontavano 18 transessuali MtF con 19 controlli eterosessuali femmine e 19 controlli eterosessuali maschi.³³⁰ Questi transessuali MtF avevano in diverse aree cerebrali delle medie del tratto della materia bianca che si collocavano tra le medie dei controlli maschili e quelle dei controlli femminili. Nella maggioranza delle aree, i valori erano tuttavia in

³²³ J. Michael Bostwick e Kari A. Martin, "A Man's Brain in an Ambiguous Body: A Case of Mistaken Gender Identity", *American Journal of Psychiatry*, 164 n. 10 (2007): 1499-1505. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07040587>.

³²⁴ *Ibid.*, 1500.

³²⁵ *Ibid.*, 1504.

³²⁶ *Ibid.*

³²⁷ *Ibid.*, 1503-1504.

³²⁸ Giuseppina Rametti et al., "White matter microstructure in male to female transsexuals before cross-sex hormonal treatment. A diffusion tensor imaging study", *Journal of Psychiatric Research* 45, n. 2 (2011): 199-204, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.05.006>.

³²⁹ *Ibid.*, 202.

genere più vicini ai maschi (ovvero a coloro con i quali avevano in comune il sesso biologico) che alle femmine.³³¹ Gli autori riscontrarono che tra i controlli, come ci si aspettava, i maschi avevano quantità maggiori di materia grigia e materia bianca e volumi superiori di liquido cerebrospinale rispetto alle femmine. I volumi cerebrali dei transessuali MtF erano tutti simili a quelli dei controlli maschi e differivano significativamente da quelli delle femmine.³³²

In generale, le scoperte di questi studi di Rametti e colleghi non offrono sufficiente sostegno all'idea che gli individui transgender abbiano cervelli più simili a quelli del loro genere preferito che al genere corrispondente al loro sesso biologico. Entrambi gli studi presentano il limite delle ristrette dimensioni del campione e della mancanza di una ipotesi prospettica – entrambi analizzavano i dati della risonanza magnetica per rilevare le differenze di genere e poi verificavano se i dati dei soggetti transgender corrispondevano.

Mentre entrambi questi studi con risonanza magnetica prendevano in considerazione la *struttura* cerebrale, uno studio della risonanza magnetica funzionale di Emiliano Santarnecchi e colleghi delle Università di Siena e di Firenze hanno considerato la *funzione* cerebrale, esaminando le differenze correlate al genere nell'attività cerebrale spontanea in stato di riposo.³³³ I ricercatori hanno confrontato un singolo individuo FtM (dichiarato cross-gender dall'infanzia), e gruppi di controllo formati da 35 maschi e 25 femmine, rispetto all'attività cerebrale spontanea. L'individuo FtM dimostrava un "profilo di attività cerebrale più vicino al suo sesso biologico che a quello desiderato", e, in parte sulla base di questo risultato, gli autori conclusero che "i transessuali FtM non sottoposti a trattamento mostrano un profilo di connettività funzionale comparabile ai soggetti controllo femminili".³³⁴ Avendo un campione di dimensioni pari a uno, il potere statistico di questo studio corrisponde praticamente a zero.

Nel 2013, anche Hsaio-Lun Ku e colleghi da vari centri medici e istituti di ricerca a Taiwan condussero studi di imaging funzionale cerebrale. Essi hanno messo a confronto l'attività cerebrale di 41 transessuali (21 FtM, 20 MtF) e 38 controlli eterosessuali abbinati (19 maschi e 19 femmine).³³⁵ È stata messa a confronto la reazione di eccitazione di ciascuno dei due gruppi mentre visionava film neutri e film erotici. Tutti i transessuali nello studio hanno riferito attrazioni sessuali verso i membri del loro sesso di nascita, biologico e, rispetto ai controlli eterosessuali, mostravano una maggiore eccitazione sessuale vedendo film erotici che rappresentavano atti sessuali tra soggetti del loro sesso biologico. Nello studio era compreso anche un punteggio di "personalità/identità", in cui i ricercatori chiedevano ai partecipanti: "valuta il grado in cui ti identifichi con il maschio o con la femmina nel film".³³⁶ I transessuali partecipanti allo studio si identificavano con i soggetti del proprio genere preferito più di quanto i controlli si identificassero con

³³⁰ Giuseppina Rametti et al., "The microstructure of white matter in male to female transsexuals before cross-sex hormonal treatment. A DTI study", *Journal of Psychiatric Research* 45, n. 7 (2011): 949-954, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.11.007>.

³³¹ *Ibid.*, 952.

³³² *Ibid.*, 951.

³³³ Emiliano Santarnecchi et al., "Intrinsic Cerebral Connectivity Analysis in an Untreated Female-to-Male Transsexual Subject: A First Attempt Using Resting-State fMRI", *Neuroendocrinology* 96, n. 3 (2012): 188-193, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0070808>.

³³⁴ *Ibid.*, 188.

³³⁵ Hsaio-Lun Ku et al., "Brain Signatur Characterizing the Body-Brain-Mind Axis of Transsexuals", *PLOS ONE* 8, n. 7 (2013): e70808, <http://dx.doi.org/10.1159/000342001>.

quelli del proprio sesso biologico, sia nei film erotici che in quelli neutri. I controlli eterosessuali non si identificavano né con i maschi né con le femmine in nessuno dei due tipi di film. Ku e colleghi sostengono di avere dimostrato dei pattern cerebrali caratteristici per l'attrazione sessuale in relazione al sesso biologico, ma non hanno fatto confronti significativi tra i tre gruppi rispetto all'identità di genere neurobiologica. Essi hanno inoltre riferito risultanze secondo le quali i transessuali mostravano stili difensivi di maladattamento psicosociale.

Uno studio del 2008 di Berglund e colleghi del Karolinske Institute e dello Stockholm Brain Institute in Svezia hanno usato immagini della PET e della risonanza magnetica funzionale per confrontare i pattern di attivazione delle aree cerebrali in 12 individui transgender MtF che erano sessualmente attratti dalle donne con quelli di 12 donne eterosessuali e 12 uomini eterosessuali.³³⁷ Il primo gruppo di soggetti non prendeva ormoni e non si era sottoposto alla chirurgia di riassegnazione sessuale. Faceva parte dell'esperimento il fiutare degli steroidi che emanavano odore che si riteneva fossero feromoni femminili, e altri odori sessualmente neutri, come l'olio di lavanda, olio di cedro, eugenolo, butanolo e aria inodore. I risultati sono stati vari e alterni nei gruppi rispetto ai vari odori; questo non dovrebbe destare stupore, poiché le analisi a posteriori portano di solito a risultanze contraddittorie.

In sintesi, gli studi presentati sopra mostrano evidenze non conclusive e scoperte contrastanti riguardo al cervello degli adulti transgender. I pattern di attivazione cerebrale in questi studi non offrono evidenze sufficienti per trarre solide conclusioni su possibili associazioni tra attivazione cerebrale e identità o eccitazione sessuale. I risultati sono contraddittori e disorientanti. Poiché i dati di Ku e colleghi sui pattern di attivazione cerebrale non sono associati in modo universale a un sesso particolare, resta poco chiaro se e fino a che punto le scoperte neurobiologiche dicano qualsiasi cosa significativa sull'identità di genere. È importante osservare che indipendentemente dalle loro risultanze, gli studi di questo tipo non possono supportare alcuna conclusione che gli individui giungano a identificarsi con un genere che non corrisponde al proprio sesso biologico a causa di una condizione innata, biologica, del cervello.

Il punto non è semplicemente se ci siano differenze tra i cervelli di individui transgender e le persone che si identificano con il genere che corrisponde al proprio sesso biologico, ma se l'identità di genere sia una caratteristica fissa, innata e biologica, anche quando non corrisponda al sesso biologico, o se in questi casi ci siano cause ambientali o psicologiche che contribuiscono allo sviluppo di un senso dell'identità di genere. Le differenze neurologiche negli adulti transgender potrebbero essere la conseguenza di fattori biologici come i geni o l'esposizione prenatale agli ormoni, o di fattori ambientali e psicologici, come l'abuso infantile, oppure potrebbero essere il risultato di una qualche combinazione dei due. Non ci sono studi seriali, longitudinali o prospettici che prendano in considerazione i cervelli di bambini che si identificano come cross-gender che si sviluppano diventando poi adulti transgender. La mancanza di queste ricerche limita gravemente la nostra capacità di comprendere le relazioni causali tra la morfologia cerebrale o l'attività funzionale, e lo sviluppo successivo di un'identità di genere discordante dal sesso biologico.

Più in generale, è ora ampiamente riconosciuto tra gli psichiatri e i neuroscienziati che lavorano nel campo della ricerca sull'imaging cerebrale che ci sono limiti metodologici intrinseci e ineliminabili in un *qualsiasi* studio di neuroimaging che si limita ad associare un tratto particolare, per esempio un certo comportamento, ad una particolare morfologia cerebrale.³³⁸ (E quando la caratteristica in questione non è un comportamento concreto ma qualcosa di così elusivo e vago come l'"identità di genere" questi problemi metodologici sono ancora più seri). Questi studi non possono fornire

³³⁶ *Ibid.*, 2.

³³⁷ Hans Berglund et al., "Male-to-Female Transsexuals Show Sex-Atypical Hypothalamus When Smelling Odorous Steroids", *Cerebral Cortex* 18, n. 8 (2008): 1900-1908, <http://dx.doi.org/10.1093/cercor/bhm216>.

³³⁸ Si veda, per esempio, Sally Satel e Scott D:Lilienfeld, *Brainwashed: The Seductive Appeal of Mindless Neuroscience*, (new York: Basic Books, 2013).

evidenze statistiche, né mostrare un meccanismo biologico plausibile abbastanza forte da supportare *connessioni causali* tra una caratteristica cerebrale e il tratto, comportamento o sintomo in questione. Per corroborare una conclusione di causalità, persino di causalità epidemiologica, è necessario condurre studi di coorte longitudinali prospettici su un determinato gruppo di individui nel corso dello sviluppo sessuale, se non dell'arco di vita.

Studi di questo genere comporterebbero l'utilizzo di immagini seriali del cervello alla nascita, nell'infanzia e in altri momenti nell'arco del continuum evolutivo, per verificare se le risultanze relative alla morfologia cerebrale fossero presenti dall'inizio. Diversamente, è impossibile stabilire se alcune caratteristiche cerebrali hanno causato un tratto o se il tratto sia innato e forse fisso. Gli studi come quelli di cui abbiamo parlato in precedenza, condotti su individui che già manifestano il tratto, non sono in grado di distinguere tra *cause* e *conseguenze* del tratto stesso. Nella maggior parte dei casi gli individui transgender agiscono e pensano da anni in modi che, attraverso il comportamento acquisito e la relativa neuroplasticità, potrebbero avere prodotto dei mutamenti cerebrali che li potrebbero distinguere da altri membri del loro sesso biologico o natale. L'unico modo definitivo per stabilire una causalità epidemiologica tra una caratteristica cerebrale ed un tratto (specialmente uno così complesso come l'identità di genere) è condurre studi prospettici, longitudinali, preferibilmente con campionamento casuale e basati sulla popolazione.

In assenza di tali studi longitudinali prospettici, l'utilizzo di ampi campioni rappresentativi basati sulla popolazione con adeguati controlli statistici rispetto ai fattori di confondimento, potrebbe aiutare a restringere le possibili cause di un tratto comportamentale, e aumentare così la probabilità di identificare una causa neurologica.³³⁹ Tuttavia, poiché gli studi condotti finora utilizzano piccoli campioni di convenienza, nessuno di essi è particolarmente utile nel restringere le opzioni riguardanti la causalità. Per ottenere un migliore campione di studio si dovrebbe includere negli studi epidemiologici su larga scala il neuroimaging. In realtà, dato il piccolo numero di individui transgender all'interno della popolazione generale³⁴⁰, per ottenere risultanze che raggiungano significatività statistica gli studi dovrebbero avere una estensione proibitiva.

Inoltre, se uno studio trovasse differenze significative tra questi gruppi – ovvero un numero di differenze superiore di quanto ci si aspetterebbe per pura casualità – queste differenze si riferirebbero alla media in una popolazione di ciascun gruppo. Anche se questi due *gruppi* differissero significativamente per tutte le 100 misurazioni, questo non indicherebbe necessariamente una differenza biologica tra gli *individui* agli estremi di questa distribuzione. Quindi, un individuo transgender e un individuo non transgender entrambi selezionati casualmente potrebbero non differire per alcuna di tali 100 misurazioni. In aggiunta, poiché è piuttosto improbabile che un individuo selezionato casualmente nella popolazione generale sia transgender, le differenze statisticamente significative nelle medie del campione non sono una prova sufficiente per concludere che una misurazione particolare sia predittiva del fatto che una persona sia transgender o meno. Se misurassimo il cervello di un lattante o di un bambino piccolo, o di un adolescente, e trovassimo che questo individuo, relativamente a queste misurazioni, è più vicino a un gruppo che un altro, questo non

³³⁹ Può essere utile una ulteriore chiarificazione rispetto agli studi di ricerca di questo tipo. Differenze significative nelle medie delle popolazioni campione non comportano un potere predittivo significativo. Supponiamo di avere fatto 100 diversi tipi di misurazione del cervello in gruppi di individui transgender e non transgender, e di avere poi calcolato le medie di ciascuna di quelle 100 variabili per ciascun gruppo. La teoria statistica ci dice che, per semplice casualità, possiamo (in media) aspettarci che i due gruppi differiscano significativamente nei valori medi di 5 di quelle 100 variabili. Questo implica che se le differenze significative riguardano 5 o meno di quelle 100 variabili, le differenze potrebbero tranquillamente essere casuali, e quindi non dovremmo ignorare il fatto che 95 altre misurazioni non hanno riscontrato differenze significative.

³⁴⁰ Uno studio recente stima che lo 0,6% della popolazione adulta statunitense è transgender. Si veda R.Flores et al., "How Many Adults Identify as Transgender in the United States?" (libro bianco), Williams Institute, UCLA School of Law, June 30, 2016, <http://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/How-Many-Adults-Identify-as-Transgender-in-the-United-States.pdf>.

implicherebbe che l'individuo crescerà identificandosi come un membro di quel gruppo. Potrebbe essere utile tenere presente questo monito nell'interpretazione delle ricerche sugli individui transgender.

In questo contesto, è importante osservare che non ci sono studi che dimostrino che una qualsiasi delle differenze biologiche in esame abbia potere predittivo; di conseguenza, tutte le interpretazioni, presenti di solito nei media popolari, che affermano o suggeriscono che una differenza statisticamente rilevante tra i cervelli delle persone che sono transgender e quelli delle persone che non lo sono sia la causa dell'essere o non essere transgender – cioè che la differenza biologica determina le differenze nell'identità di genere – sono ingiustificate.

In breve, gli attuali studi sulle associazioni tra struttura cerebrale e l'identità transgender sono di dimensioni ridotte, segnati da limiti metodologici, non conclusivi e a volte contraddittori. Anche se fossero più affidabili metodologicamente, sarebbero insufficienti per dimostrare che la struttura cerebrale sia una causa, piuttosto che un effetto, del comportamento relativo all'identità di genere. Allo stesso modo, sarebbero privi di potere predittivo, la vera sfida per qualsiasi teoria scientifica.

Per spiegare questo punto con un semplice esempio, supponiamo di avere una stanza con 100 persone dentro. Due di queste sono transgender e tutte le altre non lo sono. Io ne scelgo una a caso e vi chiedo di indovinare la sua identità di genere. Se sapete che 98 individui su 100 non sono transgender, la scommessa più sicura sarebbe dire che l'individuo non è transgender, perché questa risposta sarà corretta nel 98% dei casi. Supponiamo poi che voi abbiate l'opportunità di fare domande sulla neurobiologia e sul sesso di nascita della persona. Conoscere la biologia è di aiuto nel prevedere se la persona è transgender o no soltanto se offre un vantaggio rispetto alla congettura iniziale che la persona non sia transgender. Quindi, se conoscere una caratteristica del cervello dell'individuo non migliora la capacità di prevedere a quale gruppo appartiene il paziente, allora il fatto che i due gruppi differiscano nei valori intermedi è quasi irrilevante. Migliorare la congettura iniziale è molto difficile nel caso di un tratto raro come l'essere transgender, perché la probabilità che quella previsione sia corretta è già molto alta. Se ci fosse una chiara differenza tra i cervelli degli individui transgender e quelli degli individui non transgender, analoga alle differenze biologiche tra i sessi, allora migliorare la congettura iniziale sarebbe relativamente facile. A differenza delle differenze tra i sessi, tuttavia, non ci sono caratteristiche biologiche che possano identificare in modo affidabile gli individui transgender come diversi rispetto agli altri.

L'unanimità delle evidenze scientifiche supporta in modo schiacciante l'affermazione che un bambino o una bambina fisicamente ed evolutivamente normali sono in effetti ciò che appaiono essere alla nascita. Le evidenze rese disponibili dall'imaging cerebrale e dalla genetica non provano che lo sviluppo dell'identità di genere, diversamente dal sesso biologico, sia innato. Poiché gli scienziati non hanno stabilito un solido quadro di riferimento per comprendere le cause dell'identificazione cross-gender, le ricerche in corso dovrebbero essere aperte nei confronti di cause psicologiche e sociali, oltre che biologiche.

L'identità transgender nei bambini

Nel 2012, il *Washington Post* riportava una storia scritta da Petula Dvorak, "Transgender at five"³⁴¹ (transgender a cinque anni – *n.d.t.*) riguardante una ragazza che a due anni cominciò a dichiarare insistentemente di essere un maschio. La storia narra l'interpretazione di questo comportamento da parte della madre: "Il cervello della sua bambina era diverso. Jean [la madre] lo sapeva. Aveva sentito parlare di persone transgender, quelle che sono di un genere fisicamente ma dell'altro genere mentalmente". La storia narra le esperienze tormentate di questa madre

³⁴¹ Petula Dvorak, "Transgender at five", *Washington Post*, May 19, 2012,

https://www.washingtonpost.com/local/transgender-at-five/2012/05/19/gIQABfFkbU_story.html.

quando cominciò a fare ricerche sui problemi di identità di genere nei bambini e giunse a comprendere ciò che altri genitori vivevano:

Molti parlavano della loro dolorosa decisione di permettere ai figli di compiere pubblicamente la transizione al genere opposto – un processo che era molto più pesante per i ragazzi che volevano diventare ragazze. Alcune delle cose che Jeanne sentiva erano rassicuranti: i genitori che si lanciavano a dire che i problemi comportamentali dei loro figli scomparivano in gran parte, l'andamento scolastico migliorava, tornavano i felici sorrisi di bambino. Ma parte di ciò che sentiva era spaventoso: bambini che assumevano bloccanti della pubertà alla scuola elementare e adolescenti che si imbarcavano nella terapia ormonale prima ancora di avere terminato la scuola superiore.³⁴²

La storia prosegue descrivendo come Moyin, la sorella della bambina transgender Tyler (in precedenza Kathryn), comprese l'identità della sorella:

La sorella di Tyler, che ha 8 anni, era molto più disinvolta nel descrivere la sorella transgender: “È semplicemente la mente di un ragazzo nel corpo di una ragazza”, spiegava Moyin in tono pratico ai compagni di seconda nella sua scuola privata - che consentirà a Tyler di cominciare la scuola come ragazzo - senza citare Kathryn.³⁴³

Le osservazioni della sorella della bimba sintetizzano l'idea popolare riguardo all'identità di genere: gli individui transgender, o i bambini che rispondono ai criteri diagnostici per la disforia di genere, sono semplicemente “la mente di un ragazzo nel corpo di una ragazza”, o vice versa. Questa visione implica che l'identità di genere sia una caratteristica persistente ed innata della psicologia umana; essa è stata ispirazione di un approccio affermativo del genere per i bambini che sperimentano problematiche di identità di genere in età precoce.

Come abbiamo visto in precedenza nella panoramica delle ricerche neurobiologiche e genetiche sulle origini dell'identità di genere, sono poche le prove che il fenomeno dell'identità transgender abbia una base biologica. Ci sono anche poche prove che le problematiche di identità di genere abbiano un elevato tasso di persistenza nei bambini. Secondo il *DSM-5*, “Nei maschi di nascita [biologici] la persistenza [della disforia di genere] è compresa tra il 2,2% e il 30%. Nelle femmine di nascita, la persistenza è compresa tra il 12% e il 50%.”³⁴⁴ I dati scientifici sulla persistenza della disforia di genere rimangono scarsi a causa della prevalenza molto bassa del disturbo nella popolazione generale, ma l'ampio range delle risultanze riportate in letteratura fa pensare che ci sia ancora molto che non sappiamo sul motivo per cui la disforia di genere persiste o desiste nei bambini. Come osserva la voce del *DSM.5* proseguendo, “Non è chiaro se i bambini 'incoraggiati' o sostenuti perché vivano socialmente nel loro genere desiderato mostreranno tassi superiori di persistenza, perché questi bambini non sono ancora stati seguiti longitudinalmente in modo sistematico”.³⁴⁵ C'è un evidente bisogno di ulteriori ricerche in queste aree ed è necessario che genitori e terapeuti riconoscano la grande incertezza riguardo alla modalità per interpretare il comportamento di questi bambini.

³⁴² *Ibid.*

³⁴³ *Ibid.*

³⁴⁴ America Psychiatric Association, “Gender Dysphoria”, *DSM-5* 455. Nota: sebbene la citazione provenga dalla voce “disforia di genere” del *DSM-5* ed implichi che i tassi di persistenza elencati siano validi per quella specifica diagnosi, la diagnosi di disforia di genere venne formalizzata dal *DSM-5*, quindi alcuni degli studi da cui vennero tratti i tassi di persistenza potrebbero avere utilizzato dei criteri diagnostici precedenti.

³⁴⁵ *Ibid.*, 455.

Interventi terapeutici sui bambini

Data l'incertezza riguardo alla diagnosi e alla prognosi della disforia di genere nei bambini, le decisioni terapeutiche sono particolarmente complesse e difficili. Gli interventi terapeutici per i bambini devono tenere in considerazione la probabilità che i bambini crescendo superino l'identificazione cross-gender. Il ricercatore e terapeuta dell'Università di Toronto Kenneth Zucker ritiene che la famiglia e le dinamiche tra pari possano giocare un ruolo significativo nello sviluppo e nella persistenza del comportamento non conforme dal punto di vista del genere, e scrive che

è importante considerare sia i fattori di predisposizione che di perpetuazione che potrebbero ispirare una concettualizzazione clinica e l'elaborazione di un piano terapeutico: il ruolo del temperamento, il rinforzo parentale del comportamento cross-gender durante il delicato periodo della formazione dell'identità di genere, le dinamiche familiari, la psicopatologia parentale, le relazioni tra pari e i molteplici significati che potrebbero essere alla base della fantasia del bambino di diventare un membro del sesso opposto.³⁴⁶

Zucker ha lavorato per anni con bambini che provavano sentimenti di incongruenza di genere, offrendo trattamenti psicosociali per aiutarli ad abbracciare il genere corrispondente al loro sesso biologico – per esempio terapie basate sul colloquio, appuntamenti per il gioco con pari dello stesso sesso organizzati dai genitori, terapie per problematiche psicopatologiche compresenti come i disturbi dello spettro autistico, e counselling per i genitori.³⁴⁷

In uno studio di follow-up di Zucker e colleghi sui bambini che avevano trattato nel corso dei trent'anni al Center for Mental Health and Addiction di Toronto, essi rilevarono che il disturbo dell'identità di genere persisteva in sole 3 delle 25 ragazze trattate.³⁴⁸ (La clinica di Zucker è stata chiusa dal governo canadese nel 2015).³⁴⁹

È diventato più diffuso tra i terapeuti un approccio alternativo a quello di Zucker che enfatizza l'affermazione del genere preferito dal bambino.³⁵⁰ Questo approccio comporta che i bambini vengano aiutati ad identificarsi ancora di

³⁴⁶ Kenneth J. Zucker, "Children with gender identity disorder: Is there a best practice?", *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 56, n. 6 (2008): 363, <http://dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2008.06.003>.

³⁴⁷ Kenneth J. Zucker et al., "A Developmental, Biopsychosocial Model for the Treatment of Children with Gender Identity Disorder", *Journal of Homosexuality* 59, n. 2 (2012), <http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2012.653309>. Per una sintesi accessibile dell'approccio di Zucker al trattamento della disforia di genere nei bambini, si veda J. Michael Bailey, *The Man Who Would Be Queen: The Science of Gender-Bending and Transsexualism* (Washington, D.C.: Joseph Henry Press, 2003), 31-32.

³⁴⁸ Kelley D. Drummond et al., "A follow-up study of girls with gender identity disorder", *Developmental Psychology* 44, n. 1 (2008): 34-45, <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.44.1.34>.

³⁴⁹ Jesse Singal, "How the Fight Over Transgender Kids Got a Leading Sex Researcher Fired", *New York Magazine*, February 2016, <http://nymag.com/scienceofus/216/02/fight-over-trans-kids-got-a-researcher-fired.html>.

³⁵⁰ Si veda, per esempio, American Psychological Association, "Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People", *American Psychologist* 70 n. 9, (2015): 832-864, <http://dx.doi.org/10.1037/a0039906>; e Marco A. Hidalgo et al., "The Gender Affirmative Model: What We Know and What We Aim to Learn", *Human Development* 56 (2013): 285-290, <http://dx.doi.org/10.1159/000355235>.

più con l'etichetta di genere che preferiscono in quel momento. Una componente dell'approccio affermativo del genere è l'uso di trattamenti ormonali per gli adolescenti, per ritardare la comparsa dei caratteri tipici del loro sesso durante la pubertà, e alleviare i sentimenti di disforia che gli adolescenti sperimenterebbero mentre i loro corpi sviluppano caratteristiche tipiche di quel sesso, che contrastano con il genere con il quale si identificano. Ci sono relativamente poche prove del valore terapeutico di questi tipi di trattamenti che ritardano la pubertà, ma sono attualmente oggetto di studio in un ampio studio clinico sponsorizzato dal NIH (National Institutes of Health).³⁵¹

Sebbene i dati epidemiologici sugli esiti della pubertà ritardata medicalmente siano piuttosto limitati, gli invii per gli ormoni e le procedure chirurgiche di riassegnazione sessuale sembrano essere in crescita, e c'è la spinta tra molti dei fautori a procedere con la riassegnazione sessuale ad età ancora più precoci. Secondo un articolo del 2013 sul londinese *The Times*, il Regno Unito ha visto dal 2011 al 2013 un aumento del 50% nel numero dei bambini inviati alle cliniche per la disforia di genere, e, dal 2010 al 2012, un aumento di circa il 50% degli invii tra gli adulti.³⁵² Che questo aumento possa essere attribuito a tassi crescenti di confusione di genere, alla crescente sensibilità sulle problematiche di genere, alla crescente accettazione della terapia come opzione, o ad altri fattori, l'aumento in sé è preoccupante e merita ulteriori indagini scientifiche sulle dinamiche familiari e altri potenziali problemi, come il rifiuto sociale o le problematiche evolutive, che possono essere presi come segni di disforia di genere nell'infanzia.

Uno studio degli esiti psicologici che fanno seguito alla soppressione della pubertà e alla chirurgia di riassegnazione sessuale, pubblicati sulla rivista *Pediatrics* nel 2014 dallo psichiatra dell'infanzia e dell'adolescenza Annelou L.C. De Vries e colleghi, induceva a pensare che ci fosse un miglioramento degli esiti per gli individui dopo essersi sottoposti a questi interventi, con un innalzamento del loro benessere fino ad un livello simile a quello dei giovani adulti nella popolazione generale.³⁵³ Questo studio prendeva in considerazione 55 adolescenti e giovani transgender (22 MtF e 33 FtM) di una clinica olandese, che sono stati valutati per tre volte: prima dell'inizio della terapia di soppressione puberale (età media 13,6 anni), all'introduzione degli ormoni del sesso opposto (età media 16,7 anni) e almeno un anno dopo la chirurgia di riassegnazione sessuale (età media 20,7 anni). Lo studio non forniva un gruppo abbinato per un confronto – cioè un gruppo di adolescenti transgender che non avevano ricevuto ormoni bloccanti della pubertà, ormoni del sesso opposto e/o chirurgia di riassegnazione sessuale – il che rende più difficile un confronto degli esiti.

Nel gruppo oggetto dello studio la disforia di genere è migliorata nel corso del tempo, l'immagine corporea è migliorata in qualche aspetto e la funzionalità generale ha avuto un modesto miglioramento. A causa della mancanza di un gruppo di controllo abbinato, non è chiaro se questi miglioramenti siano attribuibili alle procedure o si sarebbero verificati in questo gruppo senza interventi medici e chirurgici. Le misurazioni di ansia, depressione e rabbia mostravano dei miglioramenti nel tempo, ma queste risultanze non raggiungevano una rilevanza statistica. Sebbene questo studio faccia pensare a miglioramenti nel corso del tempo in questo gruppo, in modo particolare una soddisfazione soggettiva riferita dai soggetti riguardo alle procedure, la rilevazione di differenze significative richiederebbe che si replicasse lo studio con un gruppo di controllo abbinato e un campione più ampio. Tra gli

³⁵¹ Sara Reardon, "Largest ever study of transgender teenagers set to kick off", *Nature* 531, n.7596 (2016): 560, <http://dx.doi.org/10.1038/531560a>.

³⁵² Chris Smyth, "Better help urged for children with signs of gender dysphoria", *The Times* (London), October 25, 2013, <http://www.thetimes.co.uk/tto/health/news/article3903783.ece>. Secondo questo articolo, nel 2012, "1.296 adulti sono stati inviati a cliniche specialistiche per la disforia di genere, un aumento dagli 879 nel 2010. Ci sono ora [nel 2013] 18.000 persone in trattamento, rispetto alla 4.000 di 15 anni fa. [Nel 2012] si è avuto l'invio di 208 bambini, in crescita rispetto ai 64 nel 2008".

³⁵³ Annelou L. C. de Vries et al., "Young Adult Psychological Outcome After Puberty Suppression and Gender Reassignment", *Pediatrics* 134, n. 4 (2014): 696-704, <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2013-2958d>.

interventi era inclusa anche la cura da parte di una équipe multidisciplinare di professionisti della medicina, che potrebbe avere avuto un effetto benefico. Studi futuri di questo genere dovrebbero idealmente comprendere dei follow up di lungo periodo che valutino gli esiti e la funzionalità al di là della tarda adolescenza e fino ai trent'anni.

Interventi terapeutici sugli adulti

La possibilità che i pazienti sottoposti a riassegnazione sessuale medica e chirurgica possano volere ritornare ad una identità di genere coerente con il proprio sesso biologico, induce a pensare che la riassegnazione comporti un notevole rischio psicologico e fisico, specialmente se eseguita nell'infanzia, ma anche nell'età adulta. Tale possibilità fa pensare che le convinzioni che i pazienti hanno prima del trattamento riguardo a una vita perfetta dopo di esso, possano a volte venire smentite.

Nel 2004 l'ARIF (Aggressive Research Intelligence Facility) dell'Università di Birmingham valutò le risultanze di oltre un centinaio di studi di follow up su transessuali che si erano sottoposti all'intervento.³⁵⁴ Un articolo su *The Guardian* fece il sunto di tali risultanze:

ARIF...conclude che nessuno degli studi fornisce prove conclusive che la riassegnazione di genere sia benefica per i pazienti. Esso ha verificato che la maggior parte delle ricerche aveva un progetto mediocre, che distorceva i risultati volgendoli a favore del cambiamento fisico di sesso. Non si valutava se altri trattamenti, come il counselling di lungo periodo, potessero aiutare i transessuali, o se la loro confusione di genere potesse ridursi nel corso del tempo. ARIF sostiene che le risultanze dei pochi studi che hanno tenuto traccia di un numero significativo di pazienti nel corso di diversi anni erano viziati, perché i ricercatori hanno perso traccia di almeno la metà dei partecipanti. Nemmeno sono state indagate approfonditamente le potenziali complicazioni degli ormoni e della chirurgia genitale, tra le quali ci sono rispettivamente la trombosi venosa profonda e l'incontinenza. "C'è enorme incertezza sul fatto che cambiare il sesso di qualcuno sia una cosa buona o cattiva", afferma il dottor Chris Hyde, direttore dell'ARIF. "Sebbene si abbia indubbiamente grande cura per assicurarsi che siano i pazienti adatti ad essere sottoposti alla riassegnazione di genere, c'è ancora un grande numero di persone che si sottopongono all'intervento, ma rimangono traumatizzate – spesso al punto da suicidarsi".³⁵⁵

L'elevato grado di incertezza riguardo ai vari esiti dopo la chirurgia di riassegnazione sessuale rende difficile trovare risposte chiare sui pazienti che vi sono sottoposti. Dal 2004 sono stati condotti altri studi sull'efficacia di tali interventi chirurgici, utilizzando campioni più ampi e migliori metodologie. Prenderemo ora in esame alcuni degli studi più istruttivi e attendibili sugli esiti per gli individui che sono sottoposti alla chirurgia di riassegnazione sessuale.

Già nel 1979, Jon K. Meyer e Donna J. Reter pubblicarono uno studio longitudinale di follow-up sul benessere generale degli adulti sottoposti a chirurgia di riassegnazione sessuale.³⁵⁶ Lo studio metteva a confronto gli esiti di 15 persone sottoposte a intervento chirurgico con quelli di 35 persone che hanno richiesto l'intervento ma non vi sono state sottoposte (14 di questi individui alla fine vi sono stati sottoposti successivamente; in questo modo si sono creati tre gruppi di confronto: operati, non operati e operati più tardi). Il benessere è stato quantificato usando un sistema di punteggio che valutava le variabili negli esiti psichiatrici, economici, legali e relazionali. I punteggi sono stati determinati dai ricercatori dopo che avevano condotto delle interviste sui soggetti. Il periodo di follow-up era

³⁵⁴ David Batty, "Mistaken identity", *The Guardian*, July 30, 2004, <http://www.theguardian.com/society/2004/jul/31/health.socialcare>.

³⁵⁵ *Ibid.*

³⁵⁶ Jon K. Meyer e Donna J. Reter, "Sex Reassignment: Follow-up", *Archives of General Psychiatry* 36, n. 9 (1979):1010-1015, <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1979.01780090096010>.

approssimativamente di cinque anni per i soggetti che sottoposti all'intervento chirurgico e di circa due anni per quelli che non vi erano stati sottoposti.

In confronto con la loro condizione prima dell'intervento chirurgico, gli individui che vi si erano sottoposti sembravano mostrare un qualche miglioramento nel loro benessere, nonostante i risultati avessero un livello piuttosto basso di significatività statistica. Gli individui che non si erano sottoposti all'intervento mostravano invece un miglioramento statisticamente significativo al follow-up. Tuttavia, non si riscontrava al follow-up una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi nei punteggi relativi al benessere. Gli autori conclusero che "la chirurgia di riassegnazione non conferisce un vantaggio oggettivo in termini di riabilitazione sociale, anche se sembra soggettivamente soddisfacente a coloro che hanno intrapreso con rigore un periodo di prova e si sono sottoposti all'intervento".³⁵⁷ Questo studio ha portato il dipartimento di psichiatria del JHMC (Johns Hopkins Medical Center) a cessare gli interventi chirurgici di cambiamento di sesso negli adulti.³⁵⁸

Lo studio ha tuttavia importanti limiti. È stato introdotto un vizio di selezione della popolazione oggetto dello studio, perché i soggetti erano scelti tra quegli individui che si sono rivolti al JHMC per la riassegnazione di sesso. Inoltre, il campione era di piccole dimensioni. Ancora, gli individui che non si erano sottoposti alla chirurgia di riassegnazione sessuale, ma si erano presentati al JHMC per richiederla non rappresentano un vero gruppo controllo. Non è stata possibile l'assegnazione casuale della procedura chirurgica. Le grandi differenze nel periodo medio di follow-up tra coloro che si sono sottoposti all'intervento chirurgico e quelli che non lo hanno fatto riducono ulteriormente la possibilità di fare confronti validi tra i due gruppi. Inoltre, la metodologia dello studio è stata criticata anche per il modo in qualche misura arbitrario ed idiosincratico di misurare il benessere dei suoi soggetti. La convivenza o una qualsiasi forma di contatto con i servizi psichiatrici erano registrati come fattori negativi con un punteggio equivalente a quello attribuiti all'arresto.³⁵⁹

Nel 2011, Cecilia Dhenje e colleghi del Karolinska Institute e della Gothenburg University in Svezia hanno pubblicato uno degli studi più solidi e ben progettati per misurare gli esiti delle persone che si sono sottoposte alla chirurgia di riassegnazione sessuale. Concentrandosi su mortalità, morbilità e tassi di criminalità, lo studio di coorte abbinato ha messo a confronto un totale di 324 persone transessuali (191 MtF, 133 FtM) che si sono sottoposte alla riassegnazione sessuale tra il 1973 e il 2003 con due controlli abbinati per età: persone dello stesso sesso della persona transessuale alla nascita e persone del sesso al quale la persona era stata riassegnata.³⁶⁰

Dato il numero relativamente basso di persone transessuali nella popolazione generale, le dimensioni di questo studio sono rimarchevoli. A differenza di Meyer e Reter, Dhejne e colleghi non hanno cercato di valutare la soddisfazione del paziente dopo la chirurgia di riassegnazione sessuale, il che avrebbe richiesto di avere un gruppo controllo di persone transgender che desideravano sottoporsi all'intervento di riassegnazione sessuale ma non vi sono state sottoposte. Lo

³⁵⁷ *Ibid.*, 1015.

³⁵⁸ Si veda, per esempio, Paul R. McHugh, "Surgical Sex", *First Things* (November 2004), <http://www.firstthings.com/article/2004/11/surgical-sex>.

³⁵⁹ Michael Fleming, Carol Steinman e Gene Bocknek, "Methodological Problems in Assessing Sex-Reassignment Surgery: A Reply to Meyer and Reter", *Archives of Sexual Behavior* 9, n. 5 (1980):451-456, <http://dx.doi.org/10.1007/BF02115944>.

³⁶⁰ Cecilia Dhejne et al., "Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex-reassignment surgery: cohort study in Sweden", *PLOS ONE* 6, n. 2 (2011): e16885, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0016885>.

studio non confrontava neppure le variabili di esito prima e dopo l'intervento chirurgico; sono stati valutati solo gli esiti dopo l'intervento chirurgico. È necessario che teniamo presenti queste puntualizzazioni nel prendere in considerazione ciò che questo studio ha scoperto.

Dhejne e colleghi hanno trovato differenze statisticamente significative tra i due gruppi in diversi dei tassi studiati. Per esempio, gli individui transessuali post-intervento presentavano un rischio approssimativamente tre volte maggiore di ricovero psichiatrico rispetto ai gruppi controllo, anche dopo avere tenuto conto di terapie psichiatriche precedenti.³⁶¹ (Tuttavia il rischio di ricovero per abuso di sostanze non era significativamente superiore dopo che si fosse tenuto conto di terapie psichiatriche precedenti, come anche di altre covariate). Gli individui che si erano sottoposti a riassegnazione sessuale presentavano, dopo che si fosse tenuto conto delle covariate, un rischio quasi tre volte maggiore di mortalità per qualsiasi causa, anche se il maggior rischio era significativo solo per l'arco temporale 1973-1988.³⁶² Coloro che si erano sottoposti all'intervento in questo periodo erano anche maggiormente esposti al rischio di essere arrestati per un crimine.³⁶³ Cosa più allarmante, gli individui sottoposti a riassegnazione sessuale avevano una probabilità 4,9 volte maggiore di tentare il suicidio e 19,1 volte maggiore di morire suicidi rispetto ai controlli.³⁶⁴ “La mortalità per suicidio era considerevolmente alta tra le persone che erano state riassegnate sessualmente, anche dopo avere tenuto conto della morbilità psichiatrica precedente”.³⁶⁵

Il progetto dello studio preclude la possibilità di trarre inferenze “riguardo all'efficacia della riassegnazione sessuale come trattamento per il transessualismo”, anche se Dhejne e colleghi affermano che è possibile che “le cose sarebbero andate anche peggio senza riassegnazione sessuale”.³⁶⁶ In generale, lo stato di salute mentale dopo l'intervento era piuttosto precario, come indicato in modo particolare dall'alto tasso di tentativi di suicidio e di mortalità per qualsiasi causa nel gruppo 1973-1988. (Vale la pena di osservare che per i transessuali coinvolti nello studio che si sono sottoposti alla riassegnazione di sesso dal 1989 al 2003, naturalmente, erano disponibili, nel momento in cui è stato condotto lo studio, dati relativi a un numero inferiore di annualità di quante non ve ne fossero per i transessuali del periodo precedente. I tassi di mortalità, morbilità e criminalità nel gruppo più tardo potrebbe nel corso del tempo giungere ad essere simile ai rischi elevati del gruppo precedente). In sintesi, questo studio induce a ritenere che la chirurgia di riassegnazione sessuale potrebbe non correggere gli esiti di salute relativamente precaria associati alle popolazioni transgender in generale. Tuttavia, a causa delle limitazioni di questo studio citate in precedenza, i risultati non possono nemmeno stabilire che la chirurgia di riassegnazione sessuale sia causa di esiti di salute precaria.

³⁶¹ Intervallo di confidenza del 95%: 2,0-3,9.

³⁶² Intervallo di confidenza del 95%: 1,8-4,3.

³⁶³ I transessuali MtF nel periodo dello studio compreso tra il 1973 e il 1988 mostravano un maggiore rischio di commettere crimini rispetto ai controlli femminili, inducendo a pensare che mantenessero un pattern maschile per quanto riguarda la criminalità. I transessuali FtM di quel periodo dello studio, tuttavia, mostravano un maggiore rischio di commettere crimini rispetto ai controlli femminili, da collegare forse agli effetti della somministrazione di testosterone esogeno.

³⁶⁴ Intervalli di confidenza del 95%: 2,9-8,5 e 5,8-62,9, rispettivamente.

³⁶⁵ *Ibid.*, 6.

³⁶⁶ *Ibid.*, 7.

Nel 2009, Annette Kuhn e colleghi dell'University Hospital e della University of Bern in Svizzera hanno esaminato la qualità di vita post intervento in 52 transessuali MtF e 3 FtM quindici anni dopo l'intervento chirurgico di riassegnazione sessuale.³⁶⁷ Questo studio rilevò un grado di soddisfazione generale rispetto alla propria vita notevolmente inferiore nei transessuali post intervento rispetto alle femmine che avevano alle spalle almeno un intervento di chirurgia pelvica. I transessuali post intervento riferivano dei livelli di soddisfazione inferiori rispetto alla loro qualità generale di vita e rispetto ad alcune limitazioni personali, fisiche e sociali che sperimentavano per l'incontinenza, effetto collaterale della chirurgia. Di nuovo, non si possono trarre da questo studio inferenze sull'efficacia della chirurgia di riassegnazione sessuale, a causa della mancanza di un gruppo controllo di individui transgender che non vi fossero stati sottoposti.

Nel 2010 Mohammad Hassan Murad e colleghi della Mayo Clinic pubblicarono una review sistematica degli studi sugli esiti delle terapie ormonali impiegate nelle procedure di riassegnazione sessuale, e trovarono che ci sono “prove di qualità molto mediocre” che la riassegnazione sessuale per via ormonale “abbia probabilità di migliorare la disforia di genere, la funzionalità e la comorbilità psicologiche, la funzione sessuale e la qualità generale della vita”.³⁶⁸ Gli autori hanno identificato 28 studi che nell'insieme hanno esaminato 1.833 pazienti sottoposti a procedure di riassegnazione sessuale che comprendevano interventi ormonali (1.093 MtF, 801 FtM).³⁶⁹ Il raggruppamento dei dati dai diversi studi ha mostrato che, dopo essere stati sottoposti a procedure di riassegnazione sessuale, l'80% dei pazienti riferiva dei miglioramenti nella disforia di genere, il 78% riferiva miglioramenti nei sintomi psicologici e l'80% miglioramenti nella qualità della vita.³⁷⁰ Nessuno degli studi comprendeva la misura di contenimento dell'errore della randomizzazione (ovvero, in nessuno di questi studi erano presenti procedure di riassegnazione sessuale rese accessibili ad alcuni pazienti e non ad altri in modo casuale), e solo tre studi comprendevano dei gruppi di controllo (cioè pazienti che non fossero stati sottoposti al trattamento per fungere da casi di confronto con quelli che vi erano stati sottoposti).³⁷¹ La maggior parte degli studi esaminati nella review di Murad e colleghi riferivano dei miglioramenti riguardanti la comorbilità psichiatrica e la qualità della vita, anche se nello specifico i tassi di suicidio rimanevano più alti per gli individui sottoposti a trattamento ormonale che per la popolazione generale, nonostante ci fosse una riduzione dopo il trattamento.³⁷² Gli autori riscontrarono anche alcune eccezioni alle dichiarazioni di miglioramento della salute mentale e di soddisfazione riguardo alle procedure di riassegnazione sessuale; in uno studio, 3 individui su 17 rimpiangevano di essersi sottoposti alla procedura e 2 di questi 3 ricercavano procedure di riconversione;³⁷³ quattro degli studi passati in rassegna riferivano un peggioramento della qualità di vita, compreso il permanere dell'isolamento sociale, la mancanza di miglioramenti nelle relazioni sociali, e la dipendenza dai programmi governativi di welfare.³⁷⁴

³⁶⁷ Annette Kuhn et al., “Quality of life 15 years after sex reassignment surgery for transsexualism”, *Fertility and Sterility* 92, n. 5 (2009): 1685-1689, <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.08.126>.

³⁶⁸ Mohammad Hassan Murad et al., “Hormonal therapy and sex reassignment: a systematic review and meta-analysis of quality of life and psychological outcomes”, *Clinical Endocrinology* 72 (2010): 214-231, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x>.

³⁶⁹ *Ibid.*, 215.

³⁷⁰ Intervalli di confidenza del 95%: 68-89%, 56-94% e 72-88%, rispettivamente.

³⁷¹ *Ibid.*

³⁷² *Ibid.*, 216.

³⁷³ *Ibid.*

Le prove scientifiche sintetizzate inducono ad assumere uno sguardo scettico rispetto all'affermazione che le procedure di riassegnazione sessuale offrano gli auspici benefici o risolvano le questioni soggiacenti che contribuiscono agli elevati rischi di salute mentale nella popolazione transgender. Mentre lavoriamo per porre fine a maltrattamenti e incomprensioni, dovremmo anche lavorare per studiare e comprendere tutti i fattori che potrebbero contribuire agli alti tassi di suicidio e ad altri problemi di salute psicologica e comportamentale nella popolazione transgender e per riflettere in modo più chiaro sulle opzioni di trattamento disponibili.

Conclusione

Dei risultati accurati e replicabili delle ricerche scientifiche possono influenzare e di fatto influenzano le nostre decisioni e la nostra autocomprensione, e possono contribuire al dibattito pubblico, compresi i dibattiti culturali e politici. Quando la ricerca tocca temi controversi, è particolarmente importante essere chiari su che cosa la scienza ha o non ha mostrato. Per le questioni complesse, complicate, che riguardano la natura della sessualità umana, esiste, nella migliore delle ipotesi, un consenso scientifico provvisorio; molto rimane ignoto, perché la sessualità è una componente della vita umana immensamente complessa, che sfida i nostri tentativi di definire tutti i suoi aspetti e di studiarli con precisione.

Per questioni che sono più semplici da studiare empiricamente, tuttavia, come quelle che riguardano i tassi degli esiti di salute mentale in subpopolazioni identificabili di minoranze sessuali, la ricerca offre alcune risposte chiare: queste subpopolazioni mostrano maggiori tassi di depressione, ansia, abuso di sostanze e suicidio rispetto alla popolazione generale. Un'ipotesi, il modello dello stress sociale – che postula che lo stigma, il pregiudizio e la discriminazione siano le cause primarie dei maggiori tassi di esiti di salute precaria in queste subpopolazioni – viene frequentemente citata come modo per spiegare questa disparità. Sebbene gli individui non eterosessuali e transgender siano spesso sottoposti a fattori di stress sociale e alla discriminazione, la scienza non ha dimostrato che questi fattori spieghino da soli la totalità - e nemmeno la maggior parte – delle differenze nella salute delle subpopolazioni non eterosessuali e transgender rispetto alla popolazione generale. È necessaria una vasta attività di ricerca in questo settore per mettere alla prova l'ipotesi dello stress sociale, e altre potenziali spiegazioni, per tali differenze di salute, e per aiutare a identificare dei modi di affrontare le preoccupazioni riguardanti la salute di queste subpopolazioni.

Alcune delle opinioni più diffuse sull'orientamento sessuale, come l'ipotesi del “nati così”, non hanno semplicemente supporto scientifico. La letteratura su questo argomento descrive un piccolo gruppo di differenze biologiche tra non eterosessuali e eterosessuali, ma tali differenze biologiche non sono sufficienti a prevedere l'orientamento sessuale - il test ultimo per qualsiasi scoperta scientifica. L'affermazione più forte che offra la scienza per spiegare l'orientamento sessuale è che sembra che un qualche fattore biologico, in misura sconosciuta, predisponga alcuni individui ad un orientamento non eterosessuale.

Proporre l'idea che siamo “nati così” è più complesso nel caso dell'identità di genere. In un certo senso, la prova che siamo nati con un determinato genere sembra ben consolidata dall'osservazione diretta: i maschi si identificano prevalentemente come uomini e le femmine come donne. Il fatto che i bambini siano (con poche eccezioni che riguardano gli individui intersessuali) nati biologicamente maschi o femmine è fuori discussione. I sessi biologici giocano dei ruoli complementari nella riproduzione e ci sono un certo numero

³⁷⁴ *Ibid.*, 228.

di differenze fisiologiche e psicologiche a livello di popolazione tra i sessi. Tuttavia, mentre il sesso biologico è una caratteristica innata degli essere umani, l'identità di genere è un concetto più elusivo.

Nel passare in rassegna la letteratura scientifica, troviamo che non abbiamo una buona comprensione quasi di nulla quando cerchiamo delle spiegazioni biologiche per ciò che spinge alcuni individui ad affermare che il loro genere non corrisponde al loro sesso biologico. Le risultante disponibili presentano spesso problemi di selezione del campione, e mancano di una prospettiva longitudinale e di potere esplicativo. Sono necessarie ricerche migliori, sia per identificare i modi in cui possiamo contribuire a ridurre i tassi di esiti di precaria salute mentale sia per rendere possibile un dibattito maggiormente informato su alcune delle sfumature presenti in questo campo.

Tuttavia, nonostante l'incertezza scientifica, ai pazienti che si identificano, o vengono identificati, come transgender, vengono prescritti e somministrati degli interventi drastici. Questo è particolarmente preoccupante quando i pazienti che ricevono questi trattamenti sono dei bambini. Leggiamo rapporti divulgativi su progetti di interventi medici e chirurgici per molti bambini prepubescenti, qualcuno di soli sei anni, e su altri approcci terapeutici intrapresi per bambini di soli due anni. Noi sosteniamo che nessuno può determinare l'identità di genere di un bambino di due anni. Abbiamo delle riserve su quanto gli scienziati possano ben comprendere anche soltanto cosa significhi per un bambino avere un senso sviluppato del proprio genere, ma indipendentemente da questa questione, ci allarma fortemente che queste terapie, trattamenti o interventi chirurgici appaiano sproporzionati rispetto alla gravità del disagio vissuto da questi individui in giovane età, e siano in ogni caso prematuri, in quanto la maggior parte dei bambini che si identificano con il genere opposto al loro proprio biologico non continueranno a farlo da adulti. Inoltre, mancano studi attendibili sugli effetti a lungo termine di questi interventi. Raccomandiamo con forza cautela a questo riguardo.

Abbiamo cercato in questo report di presentare un complesso corpo di ricerca in modo che sia intelligibile per un ampio pubblico, sia di esperti che di profani. Tutti – scienziati e medici, genitori e insegnanti, legislatori e attivisti - hanno diritto ad accedere ad informazioni accurate sull'orientamento sessuale e sull'identità di genere. Sebbene il tema di come la nostra società tratti i suoi membri LGBT sia molto controverso, nessuna opinione politica o culturale dovrebbe farci desistere dalla comprensione delle problematiche cliniche e di salute pubblica correlate, e dall'aiutare le persone che soffrono di problemi di salute mentale che potrebbero essere legati alla loro sessualità.

Il nostro lavoro propone alcune vie per la ricerca futura nelle scienze biologiche, psicologiche e sociali. Sono necessarie ulteriori ricerche per svelare le cause dei tassi superiori di problemi di salute mentale nelle subpopolazioni LGBT. Il modello dello stress sociale, che domina la ricerca su questa tematica, necessita di miglioramenti, e molto probabilmente ha bisogno di essere integrato con altre ipotesi. Inoltre, i modi in cui i desideri sessuali si sviluppano e cambiano nel corso della vita restano, per la maggior parte, compresi in modo solo inadeguato. La ricerca empirica potrebbe aiutarci a comprendere meglio le relazioni, la salute sessuale e la salute mentale.

Sottoporre a critica e mettere in discussione entrambe le parti del paradigma del “nati così” - sia l'idea che l'orientamento sessuale sia biologicamente determinato e fissato, sia l'idea collegata che esista un genere fisso indipendente dal sesso biologico – ci consente di formulare importanti domande sulla sessualità, sui

comportamenti sessuali, sul genere, e sui beni individuali e sociali, in una luce diversa. Alcune di queste questioni esulano dall'ambito del presente lavoro, ma quelle che abbiamo esaminato indicano che c'è una grande spaccatura tra molta parte del dibattito pubblico e quello che la scienza ha dimostrato.

Una ponderata ricerca scientifica e una attenta e cauta interpretazione dei suoi risultati possono far progredire la nostra comprensione dell'orientamento sessuale e dell'identità di genere. C'è ancora molto lavoro da fare e molte domande sono ancora prive di risposta. Abbiamo cercato di sintetizzare e descrivere un corpo di ricerca scientifica complesso riguardo ad alcuni di questi temi. Speriamo che questo report contribuisca al dibattito pubblico in corso sulla sessualità e sull'identità umane. Ci aspettiamo che questo lavoro possa suscitare delle reazioni vivaci, che accogliamo con piacere.