

**Università degli Studi di Messina**



**Dipartimento di Scienze Cognitive, Psicologiche, Pedagogiche  
e degli Studi Culturali**

**Dottorato di ricerca in Scienze Cognitive**

**Tesi di dottorato in:**

**Processi cognitivi ed emotivi nei soggetti con Disforia di Genere**

**Tutor**

**Prof.**

**Salvatore Settineri**

**Dottorando**

**Dott.**

**Emanuele Maria Merlo**

**XXXIII Ciclo**

## Indice

<i>Capitolo primo</i>	5
1. Considerazione del fenomeno di Disforia di Genere	5
1.2 Sviluppo storico della concezione del fenomeno	8
1.2.1 Somiglianza e differenze tra DSM e ICD	11
1.2.2 Disforia di genere e implicazioni sociali	12
1.3 Psicopatologia associata alla Disforia di Genere	14
1.3.1 Infanzia	16
1.3.2 Adolescenza	17
1.3.3 Età adulta	18
1.3.3.1. Ansia	19
1.3.3.2 Disturbi dell'umore	20
1.3.3.3 Schizofrenia	21
1.3.3.4. Disturbi di personalità	22
1.3.3.5 Abuso di sostanze	23
1.3.3.5 Ideazione suicidaria	23
1.3.3.6 Considerazioni psicopatologiche	24
1.4 Lo studio psicologico e fenomenologico della Disforia di Genere	26

<i>Capitolo secondo</i>	32
2. Metodologia	32
2.1 Approfondimento fenomenologico	33
2.1.2 Il dualismo disforico di genere	38
2.2 Il gruppo di osservazione	43
2.2.1 Premessa metodologica clinica	43
2.2.2 Il gruppo di osservazione	46
2.3 Metodologia basata sull'esperienza pareidolica	48
2.4 Metodologia basata sull'esperienza appercettiva	59
2.5 Considerazioni complessive di ordine metodologico e ipotetico della ricerca	65
<i>Capitolo terzo</i>	69
3.1 Analisi dei casi	71
Caso I – XXX	72
3.2 Analisi dei dati della popolazione esaminata	253
3.2.1 Presentazione e valutazione complessiva dati Rorschach	254
3.2.2 Presentazione e valutazione complessiva Thematic Apperception Test	258
3.2.2.1 Tema	258
3.2.2.2 Emozioni, livello affettivo	259

3.2.2.3 Tipologia di proiezione	265
3.3 Confronto tra popolazioni M to F ed F to M degli indici generali al Rorschach	266
3.3.1 M to F	266
3.3.1.1 Rappresentazione del Sé	266
3.3.1.2 Rappresentazione corporea	267
3.3.2 F to M	266
3.3.2.1 Rappresentazione del Sé	266
3.3.2.2 Rappresentazione corporea	267
3.4 Organizzazione per tavola delle risposte al Thematic Apperception Test	268
4. Discussione	294
5. Conclusioni	310
Bigliografia	313

## Capitolo primo

### 1. Considerazione del fenomeno di Disforia di Genere

In termini psicologici il termine Disforia di Genere si riferisce a quei soggetti che sperimentano il forte e persistente fenomeno di identificazione cross-gender unitamente a non conformità con il proprio genere sessuale (DSM 5).

Dal punto di vista storico e di evoluzione della nomenclatura, la corrente versione del DSM 5 (2013) prevede una sostanziale differenza rispetto all'edizione precedente (DSM-IV-TR), laddove il focus è centrato sul tema del disagio esperito, la disforia, relativo alla condizione di genere e al DSM III, che annoverava il fenomeno tra disturbi psicosessuali. Rispetto alle precedenti inclusioni nosografiche dunque, l'attuale considerazione prevede uno svincolo dal tema del "Disorder" propriamente detto e della sessualità, riferibile invece alla condizione di Disturbo dell'Identità di Genere e alla concezione "ombrello" di transessualismo comparso con Hirschfeld (1923), attualmente abbandonata in virtù del crescente interesse per aspetti psicologici. Questo ritorno dell'interesse agli aspetti psicologici, non è altresì presente in merito all'Organizzazione Mondiale della Sanità, la precedente versione dell'ICD (9, 1978) inseriva il fenomeno nell'ambito dei disturbi mentali, delle condizioni nevrotiche dei disturbi di personalità e altri disturbi non psicotici; il termine transessualismo persiste nella visione supportata dall'ICD-10 (WHO, 1992).

Al di là dell'inquadramento nosografico, lo studio di questo fenomeno presuppone la considerazione delle componenti che in atto interessano il funzionamento psichico del soggetto nella sua totalità e unicità a partire dalla discrepanza esperita tra le componenti di identità sessuale, identità di genere e ruolo sociale (Brown, 1990). Ci si riferisce all'identità sessuale in base al sesso biologico alla nascita e geneticamente determinato (Signorelli, 2014).

Si fa riferimento all'Identità di Genere in quanto identificazione col sesso a cui il soggetto cognitivamente ritiene d'appartenere al di là del sesso di nascita (Rogers, 2000), dunque ad una percezione unitaria, persistente ed auto-identificativa con dinamiche proprie del sesso maschile e femminile (Simonelli, 2002). Il ruolo sociale può essere compreso attraverso la funzione dell'identità, che risulta un tema centrale nelle aspettative, nel funzionamento delle reazioni emotive e negli approcci cognitivi imposti direttamente e indirettamente dalla società (Beemer, 1996).

In merito a quest'ultimo fenomeno di inter-retroazione col sociale, è possibile assistere ad una serie di fenomeni, come per la stigmatizzazione, ovvero quel processo culturale attraverso cui è il sociale ad attribuire connotazione negativa al membro, occasionati dalla concezione sessuale binaria (Sandurra et al, 2016), il cui esito si iscrive nel vissuto soggettivo relativo ai fatti interessanti e agli accadimenti della vita reale di ognuno, come anche per dei pazienti con Disforia di Genere.

In merito alle componenti interagenti sopracitate, un interessante aspetto cognitivo risulta essere lo studio delle “cognitive sex difference”, alle quali i recenti contributi della ricerca dedicano consistente attenzione, sia in termini differenziali che di similitudine cognitiva (Miller, Halpern, 2014) per le relative peculiarità del genere sessuale. Tali aspetti si declinano alle rispettive componenti ed i loro rapporti sono noti in letteratura.

Le misurazioni dei “Sex sensitive patterns of cognitive performance” insistono sia sugli stati di salute (Linn and Petersen, 1985; Silverman and Phillips, 1993;McKeever, 1995; Voyer et al., 1995; James and Kimura, 1997; Janowsky et al.,1998; Halpern, 2000) che su ciò che fu ad esempio considerato psicopatologia (nomenclatura soppressa Disturbo dell’Identità di Genere), come anche sull’esito cognitivo, inteso variazione e stabilizzazione, dovuto alle terapie ormonali propedeutiche alla riassegnazione del sesso (van Goozen et al., 1994; Miles et al., 1998; Slabbekoorn et al., 1999).

Risultano presenti in letteratura, conoscenze sulla preponderanza del sesso biologico sull’identità di genere riferita dai soggetti (CohenKettenis et al., 1998; Haraldsen et al, 2003) la cui necessità di attualizzazione in questo progetto si riferisce all’attuale uso e significato del fenomeno di Disforia e non alla considerazione del disturbo identitario. L’occasione di studio de fenomeni relativi alla Disforia di Genere, fornisce la possibilità di approfondimento delle

dinamiche interne, siano esse indagate attraverso vie afferenti a linee di fenomenologia interpretativa, che descrittiva.

## 1.2 Sviluppo storico della concezione del fenomeno

La disforia di genere è la condizione generata dalla discrepanza tra identità sessuale e identità di genere, dall'analisi della letteratura è possibile cogliere lo sviluppo della possibilità di sperimentare fenomeni psicopatologici associati lungo le diverse aree di sviluppo fino all'età adulta, che consentono di rilevare la presenza di malattie associate durante tutta la vita. Attraverso questo studio risulta possibile aumentare la conoscenza del fenomeno del disagio, delle patologie associate e produrre nella pratica clinica scopi terapeutici mirati al soggetto.

Il termine transessuale appare nel 1923 con Hirschfeld (Hirschfeld, 1923). In questo lavoro l'autore ha introdotto la differenza con il travestimento (Hirschfeld, 1910), che tuttavia rimane debole e i due termini tendono a confondersi l'uno con l'altro. Solo in seguito il termine è stato usato per riferirsi a persone che volevano vivere in modo permanente nel ruolo sociale dell'altro sesso e che, rifiutando il proprio sesso, volevano sottoporsi a una riassegnazione sessuale (Cauldwell, 1949). Successivamente l'endocrinologo Harry Benjamin (1966) pubblicò il primo libro sull'argomento ("Il fenomeno transessuale") in cui il transessualismo si distingue dagli altri fenomeni allora annoverati tra i disturbi dell'orientamento sessuale e mettendo in mostra che dovesse essere l'unico



classificato come disturbo psichiatrico a non dover essere trattato psichiatricamente.

Secondo Money & Ehrhardt (1972) e Brown (1990) il transessualismo consisteva in un disaccordo tra i concetti di sesso biologico, genere e identità di ruolo. Tuttavia, nel transessualismo, il ruolo di genere è, almeno per un certo periodo, seriamente in stallo. In questi soggetti, l'identità di genere, ma non il ruolo di genere, può quindi essere opposto al loro assetto sessuale (Van Kesteren et al., 1996).

Per comprendere questo fenomeno è quindi necessario differenziare i concetti di identità sessuale, identità di genere e di ruolo. L'identità sessuale si riferisce all'origine biologica, riferita ai cromosomi sessuali e alla conseguente presenza di gonadi maschili o femminili, e quindi a componenti ormonali del sesso fenotipico e dei caratteri sessuali secondari (Beemer, 1996; Brain, 1998).

Money definì l'identità di genere come un sentimento di unità e persistenza nei confronti della propria individualità maschile e femminile (Money, 1975). Dunque un'autoidentificazione del sesso a cui, indipendentemente dal sesso biologico, l'individuo sente di appartenere (Rogers, 2000). Il processo di formazione dell'identità di genere, secondo Money (1975), ha luogo superando quattro "*gates*" a partire dal concepimento. Il primo cancello è quello della fecondazione che determina i cromosomi sessuali. Il secondo e il terzo riguardano rispettivamente la trasformazione dei testicoli delle gonadi (se il feto è di sesso maschile) o il processo di femminilizzazione

(se di sesso femminile). L'ultimo cancello determina la loro identità di genere: è il cancello psicologico che si chiude alla fine di circa tre anni con l'apprendimento della lingua. Quindi il soggetto si approprierà finalmente la sua identità di genere che lo definisce come maschio o femmina.

Il ruolo di genere si riferisce a ciò che una persona pratica o afferma per indicare agli altri e a sé stesso la propria mascolinità o femminilità: è la connotazione sociale che modula l'identità di genere, un ruolo che subisce cambiamenti legati alla diversità culturale (Money 1975). Il ruolo considera tutti i comportamenti, le occupazioni, le reazioni emotive e gli approcci cognitivi imposti direttamente o indirettamente dalla società (Fargot et al., 1986; Beemer 1996; Simonelli, 2006).

Questi aspetti devono essere chiaramente distinti dall'orientamento sessuale, indicando la preferenza sessuale nella scelta dei partner (eterosessuali, omosessuali o bisessuali) (Zucker, 1995).

L'inclusione di questa condizione all'interno del disturbo mentale è problematica e il suo connotato nosografico, che si è evoluto fino all'attuale formulazione di "disforia di genere", ha messo l'accento gradualmente sempre più sul disagio interno dell'individuo più che su una condizione psicopatologica in sé .

La disforia di genere è spesso associata a varie manifestazioni psicopatologiche che sono il risultato sia delle difficoltà subite dal soggetto a partire dall'ostracismo sociale associato a questa condizione, sia di una combinazione di entrambe. La presente

e le seguenti revisioni della letteratura si propongono di fornire una sintesi delle opere più significative che hanno esplorato la comorbilità della disforia di genere e altri sintomi psicopatologici nei bambini, che negli adolescenti e negli adulti.

### 1.2.1 Somiglianza e differenze tra DSM e ICD

Il termine transessualismo compare nel Manuale Diagnostico e Statistico (DSM) solo quando è alla sua terza edizione (DSM-III), nel 1980 (APA, 1980). In effetti, il DSM III considerando il transessualismo all'interno dei "disturbi psicosessuali" classifica nelle categorie diagnostiche: disturbo dell'identità di genere nell'infanzia, disturbo dell'identità di genere nell'adolescenza e nell'età adulta, il transessualismo. La transizione da DSM III - DSM III R a DSM IV ha portato a una maggiore attenzione alla nozione di disturbo sessuale piuttosto che alla sua espressione sintomatica nella sua essenza psicologica. Per questo nella penultima versione di questo sistema nosografico, il DSM-IV (APA, 2013), il termine "transessualismo" risulta essere abbandonato. Invece, il termine Disturbo dell'Identità di Genere (GID) risultava impiegato per individui esplicitanti un'identificazione forte e persistente insieme ad un persistente disagio con il loro sesso anatomico, o un senso di inappropriata nel ruolo di genere di quel sesso, come manifestato da una preoccupazione di liberarsi delle caratteristiche sessuali o la presenza di una convinzione di essere nati col sesso opposto.

La classificazione internazionale delle malattie, la nona edizione (ICD-9) include l'ego distonia omosessuale e il transessualismo tra i "disturbi mentali" con particolare riferimento ai "disturbi della personalità nevrotica e altri disturbi mentali non psicotici". La decima edizione (ICD-10), elenca ancora il transessualismo come diagnosi (WHO 1992). Nel 1973, Fisk ha proposto il termine Sindrome da Disforia di Genere. Il transessualismo e altri disturbi dell'identità di genere sono ancora spesso usati come sinonimo di GID.

Nel DSM-5, il disturbo dell'identità di genere è stato cambiato con la Disforia di Genere, definita come problema clinico e non focalizzato sull'identità stessa, poichè considerato come il disagio affettivo e cognitivo in relazione al genere assegnato alla nascita (APA, 2013). Il transgender si riferisce a uomini che si identificano in modo transitorio o persistente con un genere diverso da quello assegnato alla nascita (Signorelli, 2014). Il transgender è definito come un individuo che desidera implementare una transizione sociale che comporta una transizione somatica attraverso un trattamento ormonale del sesso opposto rispetto all'origine e un intervento chirurgico di riassegnazione del sesso (Van Kesteren, et al., 1996 Cohen-Kettenis & Gooren, 1999, Prince 2005).

### 1.2.2 Disforia di genere e implicazioni sociali

La disforia di genere può verificarsi a qualsiasi età, infatti la sofferenza non è limitata solo al desiderio di appartenere al genere opposto, ma può includere il desiderio di appartenere a un genere alternativo, a condizione che differisca dal generale

attribuito all'individuo (DSM-5). Nelle femmine in età prepuberale nate con disforia di genere può essere notato il desiderio di essere un bambino, attraverso abiti e caratteristiche tipicamente maschili. Potrebbero provare intense reazioni negative ai tentativi dei genitori di lasciarli indossare abiti o altri pezzi femminili. Alcuni possono rifiutarsi di frequentare la scuola o partecipare ad altri eventi sociali in cui è richiesto un abbigliamento femminile. Possono chiedere di essere chiamati con nomi maschili. (Beemer, 1996; Cohen, et al., 1997). Molto spesso preferiscono sport di contatto, giochi in cui sono previste lotte, giochi tipicamente maschili, e scelgono i compagni di gioco maschi. Occasionalmente si rifiutano di urinare in posizione seduta. Possono affermare di essere un bambino, o supporre che diventeranno uomini (APA 2013).

I bambini in età prepuberale maschi nati con disforia di genere possono esprimere il desiderio di essere di sesso opposto. Preferiscono indossare abiti da donna o ragazza, oppure improvvisare vestiti con i materiali disponibili (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2010). Molto spesso preferiscono attività tradizionalmente femminili, giochi e passatempi da donna. Alcuni potrebbero affermare di non avere il pene e insistere per urinare seduti. Possono affermare di essere un bambino, o supporre che saranno donne (APA, 2013).

Negli adulti con disforia di genere, la discrepanza tra il tipo sperimentato in termini di identità e caratteristiche sessuali fisiche è spesso accompagnata, sebbene non sempre, dal

desiderio di liberarsi delle caratteristiche del sesso primario e / o secondario e / o di un forte desiderio di acquisire le caratteristiche primarie c / o secondarie del genere opposto. Gli adulti con disforia di genere possono, a vari livelli, comportarsi, abbigliarsi e presentare comportamenti di questo tipo. Si sentono a disagio quando vengono visti dagli altri o quando devono comportarsi in un modo specifico nella società, come membri del genere che è stato loro assegnato. Alcuni adulti possono trovare altri modi per risolvere l'incoerenza tra il tipo / sesso espresso / espresso e assegnato, vivendo in parte il ruolo desiderato o adottando un ruolo di genere che non convenzionalmente né maschile né femminile (Beemer, 1996 Simonelli 2002, 2006).

Un numero crescente di adolescenti cercano un trattamento ormonale e desiderano l'intervento chirurgico per la riassegnazione del sesso (Van Kesteren, 1996 Prince, 2005). Adolescenti e adulti sottoposti a intervento chirurgico per la riassegnazione del sesso risultano ad alto rischio di sviluppo di ideazione suicidaria, tentativi di suicidio o suicidio. Dopo la riassegnazione del genere desiderato, l'adattamento può variare e il rischio di suicidio persiste. (APA, 2013).

### 1.3 Psicopatologia associata alla Disforia di Genere

L'origine di questo fenomeno non può essere separata dallo sviluppo e da tutte le parti in contatto. Lo sviluppo di soggetti che vivono la realtà della disforia di genere, secondo la letteratura scientifica, infatti, consiste in espressioni atipiche che possono essere predittive dell'inizio della fenomenologia

in età adulta. Quindi in termini di incidenza, l'identificazione all'interno della popolazione generale non è stabilita (D. De Ceglie 2000). Attraverso l'intervista di figure genitoriali nei soggetti DIG, condotta da Zuger e Taylor (1969), si evidenzia l'insorgere di comportamenti atipici nello sviluppo di soggetti futuri DIG, non così frequente in passato, ma certamente non assente. Feinblatt e Gold (1976) hanno descritto la natura atipica, intesa in termini di "genere-ruolo inappropriato" come causa per la quale i soggetti sono stati notati principalmente. Zucker e Bayley (1994) hanno descritto la relazione tra il comportamento e il futuro orientamento sessuale, descrivendo l'associazione come un forte predittore di un orientamento omosessuale in età adulta, se presente un diverso comportamento tra condizione di identità e sesso biologico. Questi autori spiegano che gli studi retrospettivi non si sono tuttavia dimostrati utili per la determinazione dell'importanza della relazione. Non è stato possibile determinare quanti maschi adulti omosessuali abbiano mostrato comportamenti tipici per il *cross-sex*. Green (1976) chiarisce che questi comportamenti si verificano e vengono spesso rilevati dalle figure genitoriali in età prescolare, che fondamentale coincide con l'apparire di comportamenti di genere; tipicamente maschili di *cross dressing*, più femminile nell'uso di giochi tipicamente usati dal maschio. La popolazione sottoposta all'attenzione delle strutture cliniche in evoluzione, riflette la necessità che questo insieme di fenomeni venga preso in considerazione con maggiore attenzione e con i professionisti; è ciò che emerge da uno studio di N.P. Spack et

al. (2012), rispetto alla ricezione di pazienti nei centri pediatrici, che denotava come la popolazione DIG è cresciuta con l'aumento della possibilità di un adeguato protocollo psico-diagnostico e di trattamenti migliori.

### 1.3.1 Infanzia

I soggetti considerati DIG (precedentemente al DMS-V, 2013) hanno spesso problemi che rappresentano una sfida per il clinico e dovrebbero essere distinti dal fenomeno stesso (Gooren, 2011). Il numero di pazienti che richiedono un trattamento ormonale e chirurgico risulta in aumento (Zucker, 2004) e dovrebbe essere distinto dai fattori inerenti alla malattia, fattori che possono accompagnare. È possibile indicare condizioni come disturbi dell'umore, disturbi d'ansia (Cohen-Kettenis, 2010, Smith, Goozen, kuiper, Cohen-Kettenis 2005) ansia da separazione, depressione, difficoltà comportamentali e, in un certo numero di casi, difficoltà di apprendimento e rifiuto scolastico (Coates & Person, 1985); in un piccolo numero di casi è stata registrata la presenza di un abuso sessuale durante l'infanzia e frequenti tentativi di suicidio, che hanno generato il primo contatto con i clinici. Cohen-Kettins e Van Goozen (2002) rilevano tra almeno un quarto dei soggetti esaminati, fobia specifica, disturbo da tic, disturbo oppositivo provocatorio e disturbo d'ansia generalizzato; risultavano soddisfatti i criteri ed in un terzo dei soggetti è stato rilevato un alto livello di problemi emotivi e comportamentali.



### 1.3.2 Adolescenza

Alcuni autori hanno proposto uno studio riguardante la presenza di caratteristiche comuni tra i disturbi pervasivi dello sviluppo e la disforia di genere, in particolare sull'insorgenza di ASD (autismo e sindrome di Asperger) su DIG (Fombonne, 2005, Zucker e Lawrence, 2009). Gli studi hanno rivelato che la prevalenza dei problemi tipici dell'ASD nel DIG, è dieci volte superiore rispetto alla presenza nella popolazione generale (De Vries, Noens, Peggy Cohen-kettins, Berckelaer-Onnes, Doreleijers, 2010). Fattori come quelli ereditari, biologici, psicologici e familiari, secondo Bailey e Pillard (1991) risulterebbero rilevanti, partendo dal presupposto che i fattori ereditari potrebbero essere predittivi di aspetti sessuali piuttosto che di identità, riferendosi all'omosessualità maschile. Riguardo ai problemi di identità, Stoller (1968) descrive un particolare insieme di caratteristiche familiari, secondo l'assetto implicato nell'inizio della disforia psicogena, sia maschi che femmine. Nei maschi è considerato un fattore di insorgenza l'eccessiva vicinanza materna e distanza dalla figura paterna. Per le donne invece incombeva come fattore, la depressione materna nei primi mesi di vita dei soggetti DIG e un padre evitante e non utile alla condizione materna. Allo stesso modo si esprimono Marantz e Coates (1991) che descrivono l'importanza dell'influenza psicologica materna che potrebbe influire negativamente su questi delicati stadi di sviluppo. Bleiberg et al. (1986) denota in soggetti con disforia di genere, l'incapacità di mantenere un legame genitoriale

significativo. Coates et al. (1991) e Money (1994) affermano che questi fattori dovrebbero operare simultaneamente per stabilire un disturbo reale e dimostrare anche la rarità della condizione. Stoller (1964) ha proposto un concetto di disforia di genere, legato all'ipotesi che il disturbo e i problemi derivati da esso, siano implementati prima della completa maturazione della pubertà e quindi l'insorgenza della disforia di genere preceda lo sviluppo genitale completo. Di Ceglie (1998), trattava gli studi di Stoller, descrivendo una condizione reale, ma che riguardava solo gli individui che avrebbero successivamente vissuto il disturbo, e non esteso ai tipici stadi di sviluppo.

Lo stesso autore, piuttosto definisce una precisa organizzazione, precisamente definita "Atypical gender identityorganization" (AGIO), intesa come una vera organizzazione tipica di quella disforia.

### 1.3.3 Età adulta

La disforia di genere, in riferimento al transessualismo, è definita e caratterizzata principalmente dalla persistente sensazione che l'identità sessuale non sia conforme all'identità di genere. Questo disturbo descritto in letteratura sin dai tempi antichi (Foucault, 1978), coinvolge l'identità di genere, o la dimensione psicologica che diventa antitetica alla dimensione biologica.

Sebbene esistano in letteratura diversi tentativi di unire i sintomi in precise dimensioni nosografiche, come la

schizofrenia, il disturbo bipolare e le gravi manifestazioni di disturbi della personalità (Hoening, Kenna, 1974, De Rutter, Ringelberg, Cohen-Kettenis, 1997), questo tentativo descrive la reale esistenza del fenomeno. Hoening et Al. (1971), affermano che i tre quarti dei pazienti diagnosticati con DIG mostrano una precedente diagnosi psichiatrica, sebbene fossero pochi gli psicotici. Secondo Brown (1990) e Miach et al. (2000) i soggetti con DIG non mostrano i livelli di più alta popolazione non clinica di psicopatologia. Miach et al. (2000), pretesero di rivelare livelli più alti di psicopatologia in persone che non desideravano effettuare la riassegnazione del sesso. Oltre alla presenza di tale discrepanza tra realtà biologica e identità psichica, è possibile evidenziare alcune realtà di psicopatologia vissuta che accompagnano la realtà del DIG, intesa in termini di profonda disfunzione psicologica (Benjamin, 1966).

In uno studio di Lev (2004) si osserva che le indagini in letteratura si concentrano in ogni caso su pazienti che si sono spontaneamente rivolti a centri clinici specialistici. Detto questo, questi pazienti sono considerati decisamente più sofferenti psicologicamente di altri che rinunciano o non portano avanti la riassegnazione del sesso.

#### 1.3.3.1. Ansia

Nei prossimi studi citati, si nota che la presenza di condizioni nevrotiche di tipo ansioso, è la prerogativa della maggior parte dei pazienti Disforici di Genere. I disturbi d'ansia, infatti, sono

presenti tra i pazienti con quantità diverse, ma in particolare con modalità differenti.

Uno studio di Hepp et al. (2005) mostra la presenza di disturbi d'ansia in un quarto dei pazienti osservati, riferendosi non solo all'ansia di tipo generalizzato, ma anche al disturbo di panico, disturbi fobici come agorafobia, fobia sociale, fobia specifica e disturbo da stress post-traumatico. In riferimento a questo particolare evento Lev (2004) ha sostenuto che fosse possibile che in alcuni casi i sintomi dei pazienti fossero un risultato diretto di outcomes, aggiustamenti reattivi rispetto a eventi traumatici vissuti in termini di abuso sessuale o altrimenti correlati a pregiudizi riferiti all'affrontare le persone con varianza di genere. Oltre agli eventi dello spettro ansioso fobico, Anneleu et al. (2011) hanno indicato la presenza di ansia da separazione in vari pazienti.

#### 1.3.3.2 Disturbi dell'umore

I disturbi dell'umore possono verificarsi in comorbilità come manifestazioni reattive alla non accettazione del ruolo della dimensione sociale e psicologica dell'identità. Questa condizione psicogena e nevrotica è stata rilevata da Hartmann et al. (1997) in riferimento ai punteggi più alti su scale MMPI, proprio a causa del nevroticismo. Bockting et al. (1992) evidenziano le questioni relative ai disturbi dell'umore. Hebb et Al. (2005) mostrano che più di un decimo dei pazienti osservati nel loro studio soffriva di depressione maggiore, distimia o disturbi depressivi non altrimenti specificati, come evidenziato anche da Annelou et al (2001) rispetto alla

distimia e alla depressione maggiore, in accordo con la risultati ottenuti da Hepp et Al. (2005), di nuovo per distimia e depressione maggiore.

### 1.3.3.3 Schizofrenia

In alcuni studi come quelli di Rajkumar (2014), si presume che il funzionamento psicologico della schizofrenia e quello della Disforia di Genere, possano avere caratteristiche comuni. Oltre a questa possibilità, va notato che l'insorgenza di questo disturbo nei soggetti disforici, può essere maggiore rispetto a quelli non disforici. Oltre a questi tratti, lo studio afferma anche la possibilità che ci possa essere una convergenza tra il sentimento suscitato dal non abbinamento tra genere e identità sessuale, la presenza di un sentimento di cambiamento nei disturbi somatoformi (Hepp, 2004). Il fenomeno è già descritto da Kraft Ebing in "*Psicopathia sexualis*", definito come "metamorfosi paranoica sessuale", come rivela LaTorre (1976) riguardante la valutazione psicologica nella schizofrenia. I meccanismi comuni descritti dallo studio di Rajkumar riguardano diverse dimensioni:

- Biologica, in riferimento al ruolo degli ormoni prenatali, lateralizzazione cerebrale, toxoplasmosi, fattore di crescita neurotrofico (NGF) e deriva neuronale;

- Psichica in riferimento ai problemi di attaccamento con le figure genitoriali, con particolare attenzione all'idea che un fattore comune come l'abuso sessuale può essere un fattore di

rischio per l'insorgenza della schizofrenia, come per la disforia di genere.

#### 1.3.3.4 Disturbi di personalità

La letteratura è ricca di studi che mostrano la somiglianza di alcune caratteristiche di ictus di disturbi di personalità nella disforia di genere. Al di là dei disturbi sopra evidenziati, alcuni tratti della personalità patologici o meno, sono evidenziati dai seguenti studi. Haraldsen (2000), esegue studi sulle differenze e le somiglianze tra i soggetti disforici e quelli che avevano già una diagnosi di disturbo di personalità.

Alcuni studi hanno considerato il transessualismo come un disturbo narcisistico con un profondo disturbo della costituzione del Sé (Chiland, 2000) e secondo Hartmann et al. (1997) rivelano significativi aspetti psicopatologici e considerevole disregolazione narcisistica in senso stretto. Meyer (1974), specifica che è possibile trovare nei pazienti disforici, personalità narcisistica, borderline, antisociale, a cui è possibile aggiungere schizoide. Sperber (1973), ha osservato nella personalità borderline nei pazienti. Al di là della considerazione espressa in relazione alla natura e alle caratteristiche del fenomeno, diversi studi dimostrano quantitativamente l'impatto dei disturbi della personalità in comorbidità con pazienti disforici soggetti a diagnosi precoci e persistenti. Cole (2004), ad esempio, mostra che circa la metà dei pazienti che riferiscono di psicopatologia associata a DIG, viveva in uno stato di disturbo di personalità, particolarmente borderline, schizoide e antisociale. Le diverse sezioni, che

erano legate a una condizione di eccentricità del soggetto, come nei casi di pazienti schizoidi, o drammatiche come nel caso di pazienti borderline, accompagnano buona parte dei soggetti al punto da evidenziare lo stato associato a psicopatologia (Hartman, 1997).

#### 1.3.3.5 Abuso di sostanze

Diversi autori nel sondaggio sulla psicopatologia associata alla disforia di genere, rilevano la presenza di assunzione di sostanze psicotrope quali alcol o droghe. Anche se Hepp (2005), come anche Vries et Al. (2011) evidenziano la sostanziale presenza di tali problematiche nei pazienti sottoposti a valutazione, Cole et al. (2004), indica che almeno un quarto dei pazienti presenta problemi derivanti dall'abuso di sostanze la cui origine potrebbe anche essere dovuta all'incontro di un soggetto dipendente; lo stesso avverrebbe per aver partecipato a gruppi di auto-aiuto come Alcolisti Anonimi e Narcotici Anonimi.

#### 1.3.3.5 Ideazione suicidaria

Il comportamento suicidario deve essere inteso come un continuum da cui si generano comportamenti suicidi più o meno letali. Sono comprese ideazione suicidaria senza pianificazione, progettazione con pianificazione, autolesionismo senza intenzione di morte, autolesionismo con l'intenzione di morte, suicidio compiuto (Moscicki, 1995).

Nei soggetti che manifestano disforia di genere, ideazione suicidaria, sembra essere una realtà più presente che in

campioni non clinici (Marty, 2003). In uno studio condotto da Marty chiarisce l'orientamento sessuale, non genera differenze significative tra coloro che vivono l'ideazione suicidaria e coloro che non hanno mai attuato tentativi di suicidio, e che in quelli con disforia di genere, sembrano essere fattori di alto rischio, l'uso di sostanze psicotrope, come precedentemente riportato in termini di comorbilità con disturbi di genere. In questo studio, i pazienti differiscono da altri gruppi, l'ideazione suicidaria di pazienti transessuali risulterebbe legata a fattori come il comportamento compulsivo.

Questo studio, come accennato sopra, mostra che i tentativi e l'ideazione suicidaria non sembrano essere influenzati dall'orientamento sessuale, ma dalla disforia stessa. Dovrebbe anche essere chiaro che esiste una relazione tra ideazione suicidaria e la possibilità che i disturbi della personalità presenti con la comorbilità DIG aumentino questa prerogativa psicopatologica (Anzallo et al, 2004).

#### 1.3.3.6 Considerazioni psicopatologiche

La disforia di genere mostra un disagio nella discrepanza tra il sesso assegnato alla nascita e quello che si desidera. Oltre a ciò che è stato suggerito da studi presenti in letteratura che le persone con disforia di genere possono presentare disturbi dell'umore (Hartmann et al.,1997; Annelou et al., 2001; Hebb et al., 2005), disturbi d'ansia ( Lev, 2004 Hepp et al., 2005, Anneleu et al., 2010), disturbi di personalità (Haraldsen, 2000; Chiland, 2000; Cole 2004) e comportamenti suicidari (Shaffer & Piacentini, 1994; Anzallo et Al, 2004).



L'attuale considerazione del fenomeno, accompagnata dalla considerazione della disforia di genere come fenomeno psicologico e non psicopatologico (DSM-V), prevede che rilevanti aspetti sintomatologico e psicopatologici siano intrinsecamente assenti. Dall'esperienza di contatto clinico emerge che gli assetti in considerazione del caso, propendano principalmente tendenze che prevedono la rilevazione dell'assenza di psicopatologia (Hoenig & Kenna, 1974; Rosen, 1974; Roback et al, 1977; Tsushirna & Wedding, 1979; Bodlund & Armelius, 1994; Caron & Archer, 1997; Miach et al, 2000) e la presenza di fatti psicologici tipici presenti (Hoenig, Kenna, & Youd, 1970; Stinson, 1972; Finney et al., 1975; Langevin et al., 1977; Hunt & Hampson, 1980; Beatrice, 1985). In tal senso da una precedente esperienza clinica e di ricerca, emerge una assenza sintomatologica, psicopatologica e psichiatrica relativa alla disforia di genere (Settineri et al., 2016).

Tipicamente i soggetti con disforia di genere per realizzare il loro desiderio, vale a dire per avere caratteristiche sessuali desiderate decidono di intraprendere un percorso di riassegnazione del sesso comprendente il trattamento farmacologico e successivamente la chirurgia. In questo modo, anche di fronte a queste psicopatologie che possono sorgere un aspetto particolarmente rilevante è costituito dal supporto e dalla psicoterapia. In letteratura (Brown, 1990) mostra che i terapeuti scoprono rapidamente che l'obiettivo di abbandonare

tutti i desideri e i comportamenti associati al genere opposto crea un abisso tra terapeuta e paziente.

Dopo aver stabilito un'alleanza terapeutica, gli obiettivi possono essere raggiunti, anche lavorando sui meccanismi di difesa del paziente: l'identificazione del ruolo omosessuale o bisessuale (Morgan, 1978), il miglioramento della stabilità psicosociale e dell'occupazione, e la risoluzione dei problemi familiari e coniugali per migliorare la qualità della vita dei transgender che desiderano un intervento chirurgico di riassegnazione del sesso (Lothstein & Levine, 1981). L'esperienza clinica per coloro che hanno disforia di genere indica che i risultati eccellenti dell'intervento sono generalmente correlati a buoni risultati psicologici (Pauly & Edgerton, 1982; Edgerton, 1984). In conclusione nella pratica clinica un supporto psicoterapeutico è efficace nel piano di cura globale, sia per i disturbi psicopatologici sia quando il soggetto viene trattato per il somatico.

#### 1.4 Lo studio psicologico e fenomenologico della Disforia di Genere

Questa maggiore apertura nei confronti delle connotazioni e dei fenomeni psicologici riferibili alla disforia di genere, consentirebbe di estendere lo studio alla dimensione della comprensione, non limitandosi alla spiegazione i cui prodotti si costituirebbero su una base più fenomenica che fenomenologica. In tal senso, l'esigenza si riferirebbe per la maggior parte dei casi alla ricerca di fenomeni trasversali agli stati di patologia e di salute.

Dunque la ricerca basata sulla fenomenologica delle immagini intese come forma di coscienza (Sartre, 1948), delle rappresentazioni e dei fenomeni ad esse relative può considerarsi lo studio di forme di coscienza che non escludono, ma comprendono il divenire fenomenologico di soggetti che sperimentano l'esperienza di incongruenza di genere. La trasversalità primariamente rappresentata da un fatto umano e relativo alla disforia di genere, si riferisce infatti all'espressione di un desiderio (Settineri et al., 2017a). Lo studio del desiderio implica lo studio fenomenologico delle immagini almeno quelle in cui un ritratto chiaro può essere considerato come forme di cognizione. La realtà clinica dei pazienti appare come un'area in cui il desiderio prevale sulla simbologia del sintomo (Settineri et al., 2017b) e diventa chiaro ed esplicito dal primo contatto, tant'è che il ruolo della consapevolezza della condizione e della discrepanza, sono i primi ad emergere. Come sosterrà Lacan (1964), l'oggetto del desiderio, per sua natura mancante, consta di "vuoto" giacché il desiderio appartiene all'ordine della perdita. La dimensione di questo lavoro, riguarda dunque la necessità di trattazione di una attualità psicologica, che poggia sulla base trasversale e universale del desiderio e delle immagini.

Da un punto di vista fenomenologico ed esistenziale potremmo assistere all'insinuarsi di una angoscia, per sua definizione sentimento senza oggetto (Jaspers, 1913), differente e distante dal tipico sentimento e dalle sue possibili declinazioni a favore della realizzazione e della produttività.

Uno stato di sospensione e di non conformità rispetto al fenomenico e percepibile attraverso i caratteri sessuali. Tale fenomeno sarebbe dunque caratterizzato dalle tipiche quote affettive, così centrali nelle dinamiche del *Dasein*, l'esserci (Heidegger, 1927), ma rivelatrici di altro e soprattutto distanti dalla possibilità di adattamento, tali da produrre la tipica convinzione e la fermezza atta ad ottenere una trasformazione somatica radicale, che passa attraverso trattamenti ormonali di rilievo e chirurgia da intervento di riassegnazione del sesso.

Dunque risulta necessario che il movimento possa essere metodologista, giacchè solo attraverso il metodo diviene per noi possibile possedere il dato di fatto (Jaspers, 1913-1959). Tale necessità che a noi si concretizza attraverso il contatto clinico ed è veicolata come anche catalizzata attraverso il metodo di studio, consente di sviluppare e ordinare le conoscenze sul filo dei metodi coi quali si acquisiscono e dunque conoscere il conoscimento e con ciò chiarire le cose (Jaspers, 1957). Attraverso la metodologia, sia esse intesa in un continuum tra l'oggettivo ed il soggettivo, dunque la spiegazione e la comprensione, data l'esigenza di cogliere fenomenologie tanto sottili, risulta possibile approfondire i fenomeni che intercorrono queste relazioni, siano esse interne o esterne. In riferimento alle relazioni, la tradizione fenomenologica chiarisce che si abbia psicologia dal momento in cui il soggetto si relaziona con l'oggetto (Jaspers, 1913). Ciò porta a comprendere che gli oggetti di cui si tratta, possano presentarsi come oggetti appartenenti a se, dunque

interni ed esterni nel caso del corpo, esclusivamente esterni, desiderati o meno. Questa articolazione di desiderio, forte e persistente nella disforia, si riferisce al corporeo. In tal senso l'articolazione delle parti coinvolte, dette oggetti-corpo (Settineri et al., 2018b) nelle dinamiche psicologiche e il loro studio, consentono di comprendere le relazioni soggetto-oggetto, al fine di implementare e consentire l'adattamento, ce viene meno ogni qual volta ci si trova al cospetto di psicopatologia. In tal senso lo studio della psicopatologia, intesa come "scienza del significato" (Guidano, 1991), consentirebbe di affrontare e approfondire, come anche indurre i processi di significazione cognitiva, atti alla ricerca del senso, che viene meno nell'esperienza del vuoto e quando il senso sembra ormai perduto (Jaspers, 1913). Tale adattamento per mezzo del senso e della significazione, che si protrae nel percorso di riassegnazione e di transizione nella disforia di genere, si contraddistingue per delle dinamiche complessuali, che si legano a nuclei affettivi che produrrebbero la disforia, ovvero una cattiva sopportazione delle componenti (Settineri et al., 2017b). L'approccio fenomenologico relativo alla disforia, consentirebbe di rendere possibile articolare meglio l'esperienza transessuale oltre i semplicistici criteri diagnostici con cui è attualmente definito (Vitelli, 2015).

In base a quanto suggerito dallo studio della letteratura e dalla ricerca pregressa e attualmente in atto, le ipotesi della ricerca si declinerebbero ad evidenziare diversi aspetti.

In primo luogo, le caratteristiche intrapsichiche del mondo immaginale e rappresentazionale del soggetto disforico di genere, quali espressioni soggettive, ma trasversali alla psicologia intesa nel rapporto tra soggetto e oggetto, intese come rappresentazioni allo stato di inizio transizione disturbanti, il cui connotato adattivo si configura nella loro variazione lungo il processo del divenire.

Considerata dunque l'esperienza, in quanto complesso sistema di rapporti, una seconda ipotesi si riferirebbe all'evidenziazione del ruolo delle dinamiche familiari e sociali, la cui interiorizzazione positiva risulterebbe inficiata dallo stato di sviluppo psichico pregresso e in atto, quale possibilità di trauma ostacolante l'accoglienza dei processi identificativi tra eventi biologici e psicologici e della loro evoluzione;

Lo studio delle azioni, delle questioni psicologiche sull'organizzazione del linguaggio e la messa in atto di eventuali specificità nei processi comunicativi ed evolutivi, al fine di evidenziarne connotati specifici, tipici e atipici propri del fenomeno.

Centrale risulta la comprensione e studio ai fini forensi del singolo caso, vista la complessità del quesito scientifico e in base alla necessità di comprensione dello stato attuale della legislazione e della necessità di variazione, come anche la comprensione della fenomenologia ai fini dello studio delle caratteristiche base. Ciò si declina alla riduzione dello stigma che in genere le problematiche identitaria, di genere e sessuali

comportano e alla costruzione di modelli scientifici specifici atti alla divulgazione della conoscenza del fenomeno.

Ciò si intende dipendente da un preciso inquadramento delle dinamiche espresse di seguito. In merito, le proprietà soggettive espresse in esame clinico, si costituiscono basilari allo studio in quanto confrontabili con la popolazione. L'emergenza particolare si declina ad una necessaria corroborazione intersoggettiva tipica dell'approccio fenomenologico e degli attuali apporti sul tema della corporeità.

Di seguito saranno discusse le modalità attraverso cui a partire dallo studio dell'esperienza dei singoli soggetti, si potrà assistere al passaggio che costituisce il ponte tra l'ontico e l'ontologico, per mezzo della considerazione di modalità cliniche, qui intese performative in termini psicodiagnostici e cognitivi. L'emergenza di una dinamica resistente all'*epochè*, quale il dualismo richiamante il discorso *body-mind* è in disforia di genere, sarà discussa alla luce delle manifestazioni e delle significazioni, come fenomenicamente è suggerito dalla discrepanza basale tra identità sessuale e di genere.

## Capitolo secondo

### 2. Metodologia

Il precedente capitolo ha evidenziato caratteristiche tipiche della Disforia di Genere, a partire dalla considerazione storica del fenomeno. Le varie declinazioni delle nomenclature, degli approcci, delle ripercussioni secondarie ad un vissuto di disadattamento della condizione, richiedono uno studio che nel caso specifico si configura in quanto clinico.

In particolare, in affiancamento all'evoluzione storica della terminologia, è stato proposto uno studio della letteratura scientifica, anch'esso storicizzato, di pertinenza psicopatologica.

Come suggerito e testimoniato dai recenti cambi di direzione, la psicopatologia è da considerarsi associata alla condizione, in quanto quest'ultima non rappresenta di per sé un ente nosografico autonomo, tale è il decadimento dell'aspetto nosologico. Il termine condizione, in linea con tale mutamento di considerazione clinica, indipendentemente dalle trattazioni, dalle considerazioni, dagli inquadramenti e dalle dinamiche sociali, conserva in sé una propria dinamica ontologica il cui studio basale ne configura le fattezze fenomeniche e fenomenologiche.

Con ciò si intende che le emergenze che il caso produce nelle sue manifestazioni, non obbedendo alle semplificazioni e alle dedizioni di inquadramento, rimarrebbero tali ed



eserciterebbero la loro funzione dipendentemente da una strutturazione.

Tale strutturazione e le conseguenti funzioni, rappresentano le emergenze cui questo studio si dedica. Il seguente capitolo si rivolge alla trattazione di materiale clinico inerente alla pratica assistenziale di soggetti disforici di genere richiedenti certificazione utile ad intraprendere il percorso terapeutico ormonale e di riassegnazione chirurgica del sesso.

## 2.1 Approfondimento fenomenologico

In conclusione al precedente capitolo, si assiste alla presentazione di apporti fenomenologici utili al caso.

Il seguito di quanto precedentemente proposto rappresenta un accentramento dei contributi utili alla chiarificazione e allo studio metodologico, rispetto alla specificità del fenomeno.

Alcune delle tematiche seguenti, rappresentano il filo attraverso cui sarà possibile identificare lo scopo e l'esecuzione delle indagini cliniche e delle elaborazioni interpretative delle emergenze psicodiagnostiche.

Tematiche quali dualismo, forme di espressione rappresentazionale, linguistica e di performatività, saranno qui proposte come nuclei attorno ai quali si costituirà il discorso sulle evidenze ottenute nella pratica clinica.

Come suggerito da Gallagher e Zahavi (2008), il perché dell'uso di una metodologia fenomenologica è da identificarsi nella prim tra le pratiche essenziali. La necessità è quella di

mettere da parte, tra parentesi, fuori gioco determinazioni pregiudiziali (Husserl, 1911), come chiarito in termini clinici da Jaspers in *psicopatologia generale* (1913, p.17, “*Pregiudizi e presupposti*”).

Attraverso questa modalità di “*tornare alle cose stesse*” Husserl, a partire dal 1900-1901 (vol. 1, p. 267), intende uno studio basilico in cui il fenomeno centrale dell’esperienza figura come fondamento comprensivo. L’*epochè* getta le basi attraverso cui partendo dall’esperienza stessa si potrà fornire una descrizione accurata, sia essa riferibile a fenomeni percettivi, come anche a frammenti immaginativi e in diversi casi immaginazioni frammentate. Ciò per giungere ad una esperienza di mondo soggetta a processi di significazione, nel nostro caso conoscenza degli stessi. Ciò che dovrebbe emergere dunque, si riferisce al fenomeno che è oggetto di indagine, come suggerito da Gallagher e Zahavi (2008) citando Thompson (2007), un ancoraggio al fenomeno che consta di una descrizione, di una analisi e di una interpretazione dell’esperienza vissuta, nel caso specifico intuitivamente legata alla corporeità (Varela & Thompson, 2017).

In merito, nel caso della condizione qui considerata, si assisterebbe ad una sorta di paradosso, in quanto nell’esercizio della funzione sospensiva, un nucleo specifico di seguito trattato, resiste. Tale resistenza di una particolare forma di dualismo proposta in questo lavoro, lascia assistere all’emergenza di uno degli elementi che per forza di cose mondane, necessita di essere sospeso, un dualismo.

Il nostro caso, questa resistenza è osservabile attraverso una relazione clinica, che prevede i suoi strumenti fenomenologicamente e fenomenicamente orientati, come nel caso delle trattazioni metodologiche seguenti, identificabili con la pareidolia, l'appercezione. In tal senso lo studio dell'esperienza (in termini clinici), sia essa pareidolia, che appercezione, che apofenia, nel mettere in evidenza le modalità di strutturazione e di funzionamento, annovera questo dato.

Scopo di questo lavoro, sulla base di quanto enunciato, è evidenziare il conseguimento di una comprensione, di una descrizione adeguata della struttura esperienziale del suddetto dualismo e delle sue collocazioni che rispetto alla trattazione di inquadramento fenomenico pregresse, si riferiscono a una discrepanza netta tra una identità sessuale ed una di genere, dimensioni che richiamano il classico *body-mind problem*, non in termini metaforici.

In merito d'analisi metodologica, essa si prospetta come legata a fenomeni naturali basali e trasversali all'esperienza umana (il caso della pareidolia al Rorschach, Jaspers, 1913; Rorschach, 1921, il caso della appercezione, Herbart 1776-1841; Lange, 1893; Stout, 1896).

Il proposito di conduzione di una rigorosa analisi fenomenologica delle emergenze cliniche poggiante sui fenomeni sopra elencati, si articola in modo rigoroso e con riferimento alla metodologia fenomenologica classica,

proponente *epochè*, riduzione fenomenologica, variazione eiedica, corroborazione intersoggettiva.

La naturalizzazione dell'indagine, tiene conto delle possibilità di ramificazione dell'atteggiamento fenomenologico, come suggerito da Gallagher e Zahavi (2008) con “*naturalizzare la fenomenologia*”. Ciò prevede un livello di comprensibilità, che contempi il lessico scientifico di riferimento, che in seguito alla trattazione della proposta di considerazione del dualismo sopracitato, si declinerà agli scopi di ricerca cognitiva.

Un riferimento alla corporeità, è dovuto al fine di identificare terminologie entro cui si amplia il discorso fenomenologico. Il merito alla corporeità, oltre alle contaminazioni teoretiche basate su temi trasversali e coincidenti di seguito riportate, va segnalata una evoluzione storica prospettata da Gallagher e Zahavi (2008).

L'utilità di questa precisazione si esplica nelle prospettive fenomenologiche di Husserl e Merleau-Ponty (1962), in seguito riprese da Clark (1997), Varela (1991), Thompson (2007), Thompson e Varela (2001), Sheets-Johnstone (1990, 1999). La fenomenologia del corpo riportata, annovera tra i contributi quelli di Sartre, Merleau-Ponty.

In particolare quest'ultimo, influenzato da Husserl in base al suo accesso ad archivi personali prima del secondo conflitto mondiale, i cui contenuti furono pubblicati postumi nel 1952 (Zahavi, 1994).

Importante riprendere le distinzioni *Körper-ding* e *Lieb* Husserliane e le distinzioni in le *Corps Objectif* e il *Corps Propre* oppure *Corps Vecu* di Merleau-Ponty, per differire la prospettiva fenomenologica del corpo. Ancora ben rilevante, una distinzione utile alla comprensione delle proposizioni seguenti e della metodologia clinica. Ci si riferisce alla distinzione tra immagine corporea e schema corporeo. In “*La mente fenomenologica*” gli autori sopracitati propongono una chiarificazione essenziale. In traduzione a Merleau-Ponty, nel suo *Fenomenologia della percezione* (1962), ciò che emerge in termini di *schéma corporel*, fu reso in *body image*.

Lo studio e la ricerca sull’immagine corporea chiarisce dei punti fondamentali, quali elementi intenzionali:

- l’esperienza percettiva corporea;
- la comprensione concettuale del soggetto corporeo (scientifica o di senso comune);
- l’atteggiamento emotivo.

Per riportare un frammento della susseguente metodologia appercettiva proposta, ciò corrobora le modalità rese in sistematica da Bellack (1947), con particolare riferimento all’aspetto emotivo riferibile alla corporeità e le precise dinamiche evocative in setting clinico (Schilder, 1935-1950).

La trattazione di Merleau-Ponty sullo schema corporeo, comprende una dinamica consapevole preriflessiva, perno della trattazione fenomenologica in continuità con le quote non

coscienti delle rappresentazioni corporee emergenti dai reattivi clinici.

Centrale risulta la continuità di considerazione dell'azione corporea propriocettiva. In merito a tali proposizioni teoriche, si annoverano contributi che pragmaticamente suggeriscono le modalità attraverso cui cogliere le manifestazioni isolabili per fini di studio.

Di seguito il chiarimento sulla considerazione del dualismo, preliminare alle concezioni applicative-diagnostiche e interpretative dei casi in esame, nelle sue accezioni classiche e distintive dai fenomeni attributivi (Perconti, 2017). Specificamente, il paragrafo seguente esprime l'intenzione di mettere in luce il fenomeno che primo fra tutti, si presenta all'osservazione sospesa di giudizio.

La sua manifestazione infatti, è riferibile alla separazione, alla discrepanza, alla cessazione o al mai avvenuto impasto identitario sessuale e di genere.

### 2.1.2 Il dualismo disforico di genere

Conosciamo l'impatto del dualismo. Nonostante i legittimi sforzi scientifici atti ad evidenziare l'insostenibilità di una modalità conoscitiva simile, risulta evidente la persistente capacità permeante del dualismo.

Al pari di ciò che definisce la *“più profonda e insidiosa fonte di confusione dell'intera storia del pensiero occidentale”* (p. 326), Louiss A. Sass riporta il contributo Heideggeriano di *Essere e Tempo* (1927) in merito alle critiche mosse a

Cartesio. Questo primo esempio, si riferisce ad una chiarificazione utile a mettere in luce la distanza del dualismo dalle possibilità conservate del soggetto nell'esercizio della generazione del fondamento ontologico del mondo.

Tale è la critica qui riportata, il cui fine è quello di mettere in evidenza che la condizione necessaria affinché si assista al dualismo è l'esercizio della scissione (*Spaltung*). Si intende proporre una considerazione dimensionale, per cui il significato non rigidamente presente o assente della *Spaltung*, costituirebbe l'allontanamento dalla conservazione strutturale e funzionale, con conseguente partecipazione di un dualismo il cui oggetto dipende dalla specificità del caso, nel nostro la corporeità.

L'uso del termine dimensionale è oltre che attuale, ben specifico. La fenomenologia della *Spaltung*, come suggerita dal suo primario utilizzo, si riferì storicamente alle scissioni inquadrabili nell'ambito delle schizofrenie (Bleuler, 1911).

Una particolare metafora a proposito della dissonanza generata da elementi disarmonici coesistenti, chiarisce il concetto:

*“Come quando prima che inizi il concerto, dal golfo mistico si sentono affiorare i suoni disarmonici dei singoli strumenti, ciò che giunge all'orecchio è una cacofonia..”*(Stanghellini, in prefazione a Sass, 2013).

La disarmonia o dissonanza, in termini dimensionali può enuclearsi dalla totalità tra le parti attive e/o attivabili, o la

parzialità di oggetti precisi. Il nostro caso prevede un desiderio di trasformazione corporea.

Importante chiarire che lo specifico riferimento al dualismo, la cui madre scissoria esercita la propria quota disadattiva, si distanzia dalla prima istanza conoscitiva della *Spaltung*.

Come fortemente differente dalla sopracitata *Psicopatia sexualis* di Kraft Ebbing, non assistiamo alle fenomenologie utili alla separazione dalla realtà, come suggerito dal contributo di Minkowski con la perdita del contatto vitae con la realtà (1926) e da Blankenburg (1971) con la perdita dell'evidenza naturale.

L'evoluzione dello studio fenomenologico, consente di comprendere come la presenza di fenomeni, siano essi difensivi o meno, non prevede assoluto appannaggio patografico. L'esempio lampante, riguarda l'esercizio di ciò che in psicopatologica dinamica venne inizialmente proposto quale difesa di ordine psicotico, il diniego. Abbiamo conoscenza di tale fenomeno, nelle forme croniche di patologie più o meno invalidanti, quale manifestazione psicologica di superamento di semplice negazione, molto diffusa e clinicamente rilevante (Livneh, 2009; Nowak, Wańkiewicz, & Laudanski, 2015).

In merito, un paragone esemplificativo tra funzionale e strutturale, può essere suggerito dalla differenza e dalla distanza esistente tra diniego e anosognosia; quest'ultimo termine trattato da Damasio in merito all'Errore di Cartesio



(1994). Il titolo è emblematico: “*Risanare la scissione tra res cogitans e res extensa*”, il contributo esprime la necessità di considerazione dell’insieme mente-cervello in quanto complesso indissolubile, le cui modalità di risposta all’ambiente si rivelano interne ed esterne, come per affinità con la metodologia di seguito presentata, costituite per immagini. Per quanto concerne la loro espressione, attraverso il linguaggio, la rilevazione viene affrontata da una prospettiva linguistica integrativa che considera il linguaggio come un atto cognitivo umano orientato biologicamente (Pennisi & Falzone, 2016).

In merito, concezioni unitarie risultano fondamentali nell’approccio dei fenomeni emergenti, tale è la necessità di poter evidenziare le modalità attraverso cui le espressioni inerenti a particolari condizioni come quella del caso, trasgrediscono tale unitarietà.

Nello specifico, l’esercizio di modalità scissorie, le cui prerogative appaiono incongruenti alla conservazione dei modi adattivi di fare conoscenza del mondo, si ripresenterebbero negli stati di funzionamento e soprattutto di strutturazione abnorme delle modalità conoscitive.

In questi termini, risulta necessario al fine comprensivo di come strutture abilitino funzioni, lo studio approfondito dell’uso che fanno di tali caratteristiche anatomiche (Pennisi & Falzone 2015; Pennisi G., 2017).

Ciò inteso in termini di emergenze clinica qualitativamente e dimensionalmente differenti a seconda delle realtà esperite, con particolare attenzione a ciò che veicola la conoscenza. La rilevanza di questa modalità esperienziale consente sia l'approfondimento cognitivo relativo al caso, sia di porre le basi per l'integrazione di un approccio incarnato alle condizioni più diverse. A tal proposito, al fine di comprendere cosa leghi strutture e funzioni, si rende necessario estendere lo studio sia all'evoluzione che agli atti performativi della specie (Pennisi, 2017).

Quanto detto, risulta utile alla proposizione di un fine conoscitivo, la cui articolazione prevede lo studio dei rapporti tra corpo, mente, ambiente, definito *embodied* (Shapiro, 2010). La trattazione di tale approccio, si rende necessaria al fine di enucleare ciò che avviene nel caso dell'esperienza cognitiva incarnata e nel caso specifico, cosa avviene dal momento in cui tale "incarnazione-mancata" testimoniata da rilevanti discrepanze, accentra il funzionamento psicosessuale-corporeo sull'ottica, sulla necessità, sul desiderio di trasformazione somatica (ormonale e chirurgica) strutturale, funzionale all'adattamento. Un adattamento inattuabile, se non attraverso variazione corporea.

Quanto affermato si riferisce, come premesso, alla sospensione o alla cessazione di un impasto unitario di fenomeni, la cui estrinsecazione è cosciente nel caso della disforia. Tale forma di coscienza, non prevedendo la conoscenza del lessico scientifico, della fenomenologia

specifica e prevedendo diversi livelli socio-culturali, non è sempre espressa francamente.

Ciò richiama l'utilizzo di tecniche atte ad enucleare tali separazioni fenomeniche, tecniche basate sul concetto di reazione allo stimolo (più o meno strutturato), e su fenomeni precedentemente rappresentati come trasversali all'esperienza umana, quale il corpo è. Il fine dunque si realizza nella capacità metodologica, di estrapolare i fenomeni comuni, significazioni comuni, necessità comuni, affettività e desideri comuni ai soggetti che sperimentano la medesima condizione disforica di genere.

Di seguito espresse, le metodologie diagnostiche nel particolare dettaglio, la presentazione della casistica clinica in costante affiancamento agli apporti teorici di riferimento.

## 2.2 Il gruppo di osservazione

### 2.2.1 Premessa metodologica clinica

Il gruppo di osservazione si compone di soggetti in età adulta, la cui assistenza dipende dalla collaborazione alla pratica clinica del Prof. Salvatore Settineri. Tale collaborazione si estende alla Endocrinologia, cui i pazienti si rivolgono al fine di ottenere trattamenti di tipo ormonale utili alle modificazioni preliminari alla chirurgia di riassegnazione del sesso (sex reassignment surgery).

Tali richieste necessitano di approfondimenti clinici psicodiagnostici, al fine di escludere che le necessità espresse si riferiscano a quadri di ordine psicopatologico.

L'esclusione di psicopatologia quale ente primario produttore il desiderio di transizione e trasformazione è fondamentale. Risulta possibile la presenza di assetti psicopatologici secondari, in particolare dovuti alle sopracitate pratiche di stigmatizzazione, di considerazione sociale e di assetto di considerazione del fenomeno a livello di contatto (precedentemente enucleato quale *social role*).

I primi due dati interessanti evincibili da questi primi inquadramenti si riferiscono a:

- richiesta preliminare con rivolgimento somatico, laddove la necessità espressa utile a risanare la discrepanza non è diretta alla concezione mentale, quanto alla pragmatica variazione morfologica ed endocrinologica;

- particolare attenzione per l'ottenimento di certificazioni utili al principio delle pratiche citate, in cui l'attenzione dei soggetti è centrata sul suo ottenimento, piuttosto che alle possibilità esplicative, comprensive, scientifiche.

Con ciò si intende segnalare che il vissuto cosciente sostenuto dalla volontà di intraprendere diversi percorsi di variazione, si riferisce all'intervento corporale quale unica possibilità prospettabile. Ciò che si organizza come corteo fenomenologico soggiacente, non è attenzionato, ne proposto ne tenuto in considerazione. Da qui la necessità di rivolgimento al pre-riflessivo e a metodiche in grado di cogliere i sostegni fenomenologici utili ad una tale strutturazione.

In termini generali, si assiste ad un atteggiamento la cui diffidenza è giustificata dal caso, dalle osservazioni e dalle invettive subite negli anni, dalla mancata comprensione dovuta al ruolo sociale in interazione con una identità sessuale discrepante da una identità di genere.

In un precedente lavoro scientifico (Settineri et al., 2016), l'attenzione posta su particolari fenomeni emergenti nella clinica e colti su base psicometrica, ha consentito di enucleare componenti tipiche e confrontabili alle popolazioni disforiche di genere, quali rabbia e paranoia che si pongono in linea con la pregressa letteratura (Hoenig, Kenna, & Youd, 1970; Stinson, 1972; Finney et al., 1975; Langevin, Paitich, & Steiner, 1977; Hunt & Hampson, 1980; Beatrice, 1985).

La considerazione di un tale dato, deve prendere atto della particolare fenomenica dei soggetti disforici di genere.

La metodologia utilizzata, trova riscontro e consenso in letteratura, con tutte le limitazioni del caso e la temporalità dello strumento utilizzato (MMPI).

Con questo si intende in termini anche estetici, che le prime fasi di transizione sino caratterizzate ad esempio da ciò che fu definito travestitismo, una dinamica che a partire da precise pratiche cross-gender in infanzia (la cui identificazione è necessaria fini diagnostici), pone i soggetti in osservazione da parte di altri soggetti non disforici (dalla familiarità agli attaccamenti secondari).

Ciò comporta una reale osservazione di ciò che viene colto come deviante, la sua rilevazione da parte dei soggetti disforici pone in essere una tale dinamica di sensibilizzazione all'osservazione, che è reale e costante, funzionale allo sviluppo di una sospettosità che non è propria di un vissuto psicopatologico. Sono realmente osservati.

Un tale assetto si declina poi anche al contatto clinico, per cui il sanitario non è lontano dall'essere percepito come ostile, con particolare ricorso alla precedente trattazione sul dualismo, a maggior ragione laddove la considerazione clinica non è rivolta direttamente agli insiemi anatomici da variare per via medica.

### 2.2.2 Il gruppo di osservazione

Il nostro gruppo di osservazione si compone di 30 soggetti Disforici di Genere in età adulta. La classificazione riferita alla concezione binaria di genere (M-F) specifica la presenza di 14 soggetti in transizione Male to Female e 16 soggetti in transizione Female to Male.

L'età minima dei soggetti è di 18 anni, la massima di 49. La media è di 25 anni.

I soggetti giungono all'osservazione in seguito ad invio da parte del reparto di endocrinologia, a fine di approfondimento psicodiagnostico utile ad escludere psicopatologia.

Il protocollo diagnostico si compone di:

-Colloqui Clinico

-Esame Psicopatologico

- 1) MMPI-II (Butcher, 1989)
- 2) Matrici di Raver (Raven et al, 1996)
- 3) Cogiati Test combinato per l'identità di genere e la transessualità (Jennifer Diane Reitz, 1998)
- 4) Brief Psychiatric Rating Scale (Tool, S. 1988)
- 5) Reattivo di Rorschach (Rorschach, 1921)
- 6) Thematic Apperception Test (Murray, 1943)
- 7) Test dell'abero (Koch, 1952 )
- 8) Test della figura umana (Machover, 1949).

Questo studio si rivolge all'approfondimento di due misure reattive, il Reattivo di Rorschach e il Thematic Apperception Test, dinamiche psicodiagnostiche che più si avvicinano alla possibilità di analisi strutturale, formale, contenutistica, linguistica e dunque performativa dei soggetti. Tali dinamiche elencate, si configurano come occasione psicodiagnostica utile ad evidenziare l'emergenza del suddetto dualismo disforico di genere, la cui performatività prende in esame la produzione di reazioni di precisi e coerenti stimoli elicitati, suscitanti il vissuto esperienziale pareidolico e appercettivo. Le espressioni linguistiche integrali e per esteso, saranno confrontate con la letteratura sugli approcci epistemologici, fenomenologici, cognitivi e psicodinamici di riferimento.

Altre misure elencate, potranno essere utilizzate a fine inferenziale e di trattazione psicometrica di fenomeni emergenti rispetto alla popolazione di riferimento.

### 2.3 Metodologia basata sull'esperienza pareidolica

In tre precedenti esperienze di ricerca sul tema della disforia di genere, la metodologia Rorschach è stata utilizzata al fine di evidenziare precisi insiemi di strutturazione e funzionamento mentale dei soggetti. I tre contributi riportano la comune attenzione per la tematica della corporeità, nella sua ottica integrativa e delle eventuali discrepanze tra funzionamento mentale e corporeità, accentuanti dimensioni dualistiche.

Questi allontanamenti sono stati considerati significativi nella spiegazione e nella comprensione di ciò che accade nel momento in cui si trascende l'*oggettualità* (in senso psicodinamico di relazione oggettuale) integra dell'unità esistenziale corpo-mente. L'ottica trattata precedentemente, si riferiva proprio a quel nucleo di significazioni esperienziali che rende il *body-mind problem* attualizzato, in senso pragmaticamente cognitivo: l'integrità preliminare in un certo senso a-prioristica, cessa di esercitare la sua funzione al punto che dimensionalmente si assiste ad un esercizio dualistico performativo. Ciò è rilevato in questo caso specifico attraverso la pareidolia.

I lavori sopra citati, sono qui trattati separatamente al fine di evincerne i tratti comuni e trasversali agli stati di conservazione di salute e integrità e alle esperienze



psicopatologiche, patologiche e alle condizioni di dualità mente-corpo disforiche di genere.

Il primo contributo (Settineri et al., 2018) tratta il fenomeno della pareidolia come modalità ontologica di fare mondo, ovvero di stimolare produzioni di significato, espresse linguisticamente, attraverso le immagini. Dobbiamo una precisa nozione di inquadramento all'opera patografica di K. Jaspers (1913), dove in *Psicopatologia Generale* trattando illusioni e fenomeni dispercettivi allucinatori e pseudoallucinatori, propone la pareidolia annoverandola tra i fenomeni illusori.

Una distinzione necessaria è quella tra le illusioni ottiche della scuola Gestaltica (Kofka, Koler, Wertheimer et al.) e le pareidolie, nella misura in cui queste ultime non obbediscono a criteri di strutturazione quasi integrale o parziale, ma si presentano in modo naturale, in condizioni naturali (quale la clinica è) e in modo non strutturato. Criterio unico è in generale e nel Reattivo di Rorschach, la simmetria (non esattamente strutturata o completamente netta), il cui fondamento naturale (proprio della corporeità umana) è motivo di successo clinico appercettivo.

La pareidolia fu dunque inquadrata da Jaspers nell'ordine delle illusioni e distinta dalle illusioni a tonalità affettiva e dalle illusioni da disattenzione. Nel primo caso assistiamo ad una partecipazione emotiva tale da mettere il soggetto in condizione di rilevare un oggetto da cui dipende il vissuto affettivo sulla base delle caratteristiche non strutturate della

percezione. In questo caso l'affettività e il complesso di emozioni sottostante e dipendente da un ente, suggeriscono al soggetto che percepisce qualità non proprie. La rilevazione dell'erronea percezione non è persistente al punto da riferirci un vissuto dispercettivo allucinatorio, la critica è mantenuta, l'insight conservato, il fenomeno rientra in breve. Dipendentemente dalla dimensionalità delle quote affettive soggiacenti il fenomeno, la ripetizione e la perseverazione dell'atto percettivo illusorio, assistiamo ad una tendenza sporadica o perseverativa in termini polari. Allo stesso modo, il fenomeno illusorio dovuto alla disattenzione rientra, risulta dovuto ad un calo o a diminuite capacità attentive selettive e generali del soggetto. In linea con la matrice affettiva, critica e insight sono mantenuto e testimoniate dal rientro del compenso percettivo e dell'aderenza a normatività percettiva.

Ulteriori distinzioni sono dovute nei confronti della pareidolia.

Si differenzia infatti dalla metamorfopsia, fenomeno che si contraddistingue per le variazioni formali di oggetti rilevati dal soggetto, sulla base di esiti organici di maculopatie (come suggerito da Mutsumoto et al., 2003, che riporta Hollins & Bunn, 1977; Frisèn & Frisen, 1979; Lindblom, 1987; Mutsumoto, 1990; Lakshminarayanan et al., 1991; Shinoda et al., 2000). Si distingue dunque anche da micropsia e macropsia, nelle loro accezioni organiche e di psicopatologia dello spazio.

Nella ricerca del 2018 citata e pubblicata su *l'Evolution psychiatrique*, lo studio della pareidolia è risultato preliminare alla comprensione della metodologia di seguito proposta.

Il processo può essere paragonato a ciò che accade con la trasformazione delle percezioni non strutturate e senza alcun significato. Il termine *paréidolie* deriva dal greco "para" (che segue) e "Eidolon" (forma dell'immagine) e descrive una tendenza umana generale, trasversale e comune agli stati di conservazione e di patologia. Il contributo di Jaspers è affiancato a quello di Kahlbaum (1828-1899) il cui studio della pareidolia lascia emergere come parte delle emersioni della psicopatologia e della ricerca nosologica della psichiatria tedesca (Lanczik, 1992).

Come forma di apofenia, un fenomeno di percezione di legami e associazioni di significato estraneo a eventi plausibili (Fyfe et al., 2008), la pareidolia appartiene nella soggettività. Come per la *Spaltung*, le prime descrizioni del fenomeno riguardano aree di natura psicotica (Conrad, 1958; Fontelle, 2008; Gelder, Gath & Mayou, 1989; Sims, 2002), ma il fenomeno è essenzialmente comune agli stati di salute (Riegler, 2007; Summerfield, 2007), visibile nelle arti figurative, performative e grafiche (Melcher, 2008). Nelle *paréidolie*, le immagini si allontanano dal percepito e si avvicinano alla rappresentazione, esprimono quote affettive dipendenti dalla quantità, dalla qualità, dalla localizzazione parziale o globale, dalle istanze di determinazione percettiva suscitantì la risposta, in termini contenutistici (attraverso precise metodiche e sistematiche) ci

consentono di accedere a rappresentazioni globali del Sé e del Corpo, scientificamente orientate. Questa rappresentazione globale coincide con le modalità dei soggetti per fare esperienze del mondo. Ciò implica che il soggetto istituisca un processo di significazione, attraverso il quale possiamo arrivare a comprendere la sua unità o la mancata unità. Ciò può essere esteso alla globalità di popolazione, nei tratti emergenti intersoggettivamente rilevabili.

Il processo consistente coinciderebbe nel sopracitato passaggio di allontanamento dall'ontico a favore dell'ontologico, nella misura in cui rileviamo la manifestazione fenomenica (normatività percettiva) e fenomenologica (originalità di contenuto, tipicità e relazione con la corroborazione intersoggettiva). L'esempio riportato si è riferito a due realtà corporee diverse, ma tali da essere elemento di interferenza nei fenomeni pareidolici e appercettivi dei pazienti. Nello specifico, le dimensioni patologiche sono infarto del miocardio e psoriasi.

La prima, diversa dalla seconda, ha messo in evidenza una intercessione delle rappresentazioni anatomiche dei tessuti danneggiati attraverso le immagini prodotte al Reattivo di Rorschach, aderenti a interferita e inficiata rappresentazione corporea. È stata rilevata la presenza di scissione e frammentazione, n continuità con immagini di tipo anatomico indicanti classicamente preoccupazione somatica e nello specifico inficiata immagine corporea.

Ciò accompagnato da una Rappresentazione del Sé di diminuita portata adattiva. L'analisi riferibile alla psoriasi di contro ha prodotto evidenza di Rappresentazione del Sé maggiormente inficiata e minore frammentazione, se pur rilevante e presente. La differenziazione specifica delle diverse patologie si esplica nella strutturazione e nella conseguente funzionalità e significazione dei tessuti, la cui integrità lesa produce parzialità, frammentarietà, disinvestimento affettivo, affettività negativa, isolamento sociale. La prima, miocardica produce interferenze rappresentazionali dovute ad una immagine di tessuto non percepibile esternamente, di portata maggiore, la seconda esprime le sue quote disfunzionali nella comune affettività negativa e nelle problematiche di ordine relazionali conseguenti ai difetti di significazione dell'organo di contatto (pelle) lesionato. Ciò era stato da noi rilevato precedentemente nella clinica psicologica dei pazienti infartuati (Dritto et al., 2015), in questo susseguente contributo differito alla prospettiva differenziale di lesioni tissutali differenti.

La trasversalità del metodo si declina alle diverse possibilità di carattere scientifico, nel caso di questo lavoro può riferirsi alla Disforia di Genere e ai suoi connotati. Come nel caso degli esiti infartuali e psicosomatici psoriasici, sono state prese in esame le manifestazioni conseguenti dall'esposizione dei soggetti disforici di genere a situazioni sperimentali suscitanti pareidolia (Rorschach, 1921; Settineri, Merlo & Mento, 2017a). Il metodo Rorschach, nella sua accezione

fenomenologica e psicodinamica, è stato affiancato da due metodologie che hanno espresso le risultanti manifestazioni inerenti il Sé e la Corporeità (Nina Rausch de Traubenberg 1984; 1990).

Dai dati trattati, interpretati con aderenza al metodo e pubblicati si evince la rilevanza della trattazione fenomenologica delle immagini prodotte dai soggetti disforici di genere, nello specifico studiate in condizione transitoria M to F. La trattazione si è dedicata ai connotati fenomenologici affettivi del desiderio, quale espressione cosciente primaria dei soggetti, il cui intento di transizione è apertamente manifestato. Da qui, l'intervento psicodiagnostico preliminare.

Un secondo contributo scientifico prodotto (Settineri, Frisone & Merlo, 2018), ha preso in esame le caratteristiche di rappresentazione sopra citate e un ulteriore parametro di studio in 10 soggetti in transizione M to F. Dalla ricerca pubblicata, si evince la presenza di rappresentazioni del Sé e del Corpo influenzate da una prevalenza parziale e frammentaria dei contenuti, dalla presenza di fenomeni psicotraumatici associati ai processi di introiezione e identificazione delle rappresentazioni mentali. Quest'ultimo dato si rifà agli studi psicotraumatici di Gravenhost (2002), per cui l'ipotesi che le immagini corporee attuali (identità sessuale in discontinuità e discrepanza con l'identità di genere) potessero risultare fortemente disturbanti per i soggetti disforici di genere è confermata. In dettaglio, gli attuali caratteri sessuali primari e secondari (non limitati a organi e dunque generalizzanti del

carattere fenotipico del soggetto biologicamente nato in condizioni di sessualità binaria Male o Female), si rendono disturbanti in senso propriamente traumatico.

Risulta comprensibile la difficoltà di articolazione dei tentativi di adattamento propria di una esperienza psicotraumatica che mai può sospendere le connotazioni anatomiche del soggetto al mondo e che fa mondo e conoscenza dipendentemente da esse.

Le modalità dei soggetti di fare conoscenza, sono dunque filtrate da tali connotazioni non solo rappresentativa, ma anche tangibili, che rendono al soggetto il duale della discrepanza e soprattutto per quanto riguarda la metodologia qui proposta, non sono esenti dai momenti di sperimentazione clinica.

Questa presenza, in termini di influenza di tali fenomeni nelle modalità dei soggetti di acquisire conoscenza, è qui metodologicamente evidenziata e riportata. Ciò che naturalisticamente avviene nei momenti di esistenza dei soggetti, avviene in sperimentazione naturale durante l'esposizione dei soggetti a stimoli.

In particolare, in questo studio si propone l'analisi e l'interpretazione scientifica di precisi connotati fenomenici emergenti da tale esposizione, di seguito riportati.

*Quantità produttive*, delle risposte e delle immagini fornite a contatto con gli stimoli, che sono indicative della disposizione dei soggetti alla produzione e delle possibilità di investimento affettivo. In continuità con la rilevazione dell'assetto temporale dei soggetti, nei suoi aspetti cognitivi,

fenomenologici, psicomodinamici ed eventualmente psicopatologici.

*Processi appercettivi di localizzazione*, utili allo studio delle modalità spaziali e della fenomenologia dello spazio, come anche della psicopatologia spaziale e della complessualità insita in precisi fenomeni parziali, frammentari, scissori e di piccolo dettaglio.

*Processi determinanti* delle immagini fornite, quali criterio causale dell'avvenuta pareidolia, riferibile a tutte le possibilità del caso contemplate dal metodo, siano esse di origine intellettuale e cognitivo; emotivo-impulsivo libero, semicontenuto, contenuto; d'angoscia libera, semicontenuta, contenuta, indicativo dell'extratensività dell'*erlebnis* (Dilthey-Rorschach) e dei contenuti affettivi dei soggetti; di movimento umano indicativo della fattispecie introversiva dell'*erlebnis* dei soggetti, di movimento animale e oggettuale per la qualità di investimento affettivo nei rispettivi domini contenutistici (in cui assistiamo a rappresentazioni mature e adattive a partire dall'umano e a decrescere lungo l'animale e l'oggettuale);

*Attributi contenutistici* delle immagini fornite, da ricavare gli indici propri dello studio delle rappresentazioni del Sé e del Corpo. In dettaglio, per il Sé a partire dalla maturità delle immagini a contenuto umano intero a decrescere al parziale integro, al dettaglio oligofrenico, al dettaglio umano devitalizzato-deteriorato; per la Corporeità nell'attribuzione delle immagini a precise categorie di ordine appercettivo-localizzativo, determinante e contenutistico, atta a distinguere



tra rappresentazioni integre, raggiunte (a partire dal particolare per il generale), parziali, frammentarie.

*Fenomenologie particolari*, quali indici di precise manifestazioni psicodiagnostiche utili all'inquadrimento dei soggetti in domini di adattamento (relazionalità oggettuali toniche), disadattamento (relazionalità oggettuali fasiche e torpide), psicopatologia (nelle specifiche entità diagnostiche cui i fenomeni particolari rimandano con accuratezza).

*Indici di realtà*, per definire la vicinanza e la lontananza dei soggetti da tendenze percettive normative o dispercettive tipiche di conservati e non conservati assetti di esame di realtà, insight, contatto con la realtà;

*Indici di risonanza intima*, utili a chiarire le specificità adattive e disadattive dei soggetti in riferimento agli oggetti (sempre in termini psicodinamici) che procurano risonanza intima affettiva declinabile ai tentativi conservati o inficiati di adattamento;

Dallo studio dei protocolli, in linea con la letteratura menzionata e con la seguente letteratura emergente dalla rilevazione singoli fenomeni emergenti e presi in considerazione, sarà possibile evidenziare la modalità di stile esistenziale (Morlot-Ponty, 1962), le cui radici affondano in fenomeni comuni e trasversali dualistici. In conclusione, in riferimento ai significati testali inerenti alle tavole del Reattivo di Rorschach, le tematiche entro cui sarà opportuno cogliere le diverse manifestazioni che si attestano rispetto: a modalità di

contatto con la situazione clinica particolare (pareidolica) degli stimoli elicitati ai soggetti (Tav I); strutturazione funzionalità dell'aggressività e delle sue declinazioni di rivolgimento oggettuale (Tav II), spettro identitario (la cui rilevanza è tale da aver suscitato la pregressa denominazione nosografica *Disturbo dell'Identità di Genere* e le attuali denominazioni identitarie sessuale e di genere) (Tav III), relazionalità e modalità rappresentative di figure primarie di attaccamento (in ottica di pragmatista Peirceiana di *terzeità* (Peirce, Collected Papers ; Settineri et al., 2017) e prospettive autoriflessive (Tav IV) (*Meinheit*, Husserl 1929-1935; nelle concezioni attuali di *for-me-ness* e *self consciousness level*, Flanagan, 1992); tipicità di vicinanza o lontananza dalla normatività percettiva (Tav V), quale fondamentale aspetto qualificatore distintivo tra fenomeni di discrepanza e di dissociazione (*Spaltung* propriamente detta); ordinamento libidico e destinazione pulsionale di ordine libidico-realizzativo (Tav VII); modalità di strutturazione e funzionamento in rispetto a figure di attaccamento primario e della loro significazione di sviluppo e accesso a fasi susseguenti di sviluppo mentale (caso della secondità Peirceana); modalità di contatto confermativa di normalità percettiva raggiunta/conservata e contatto-attaccamento di ordine secondario-sociale (Tav VII); Rappresentazione del Sé (Tav X); dinamiche di considerazione globale di rappresentazioni primarie e ordini di conferma di conservata normatività percettiva.

L'analisi procede nell'ordine di considerazione degli indici e della fenomenologia a loro riferita, seguendo la necessità di evidenziare presenti o assenti (conferma o disconferma ipotetica) fenomeni tipici dell'esperienza disforica di genere.

#### 2.4 Metodologia basata sull'esperienza appercettiva

Il paragrafo precedente si è espresso a proposito della possibilità concreta di cogliere dati conformi all'ipotesi di riferimento, attraverso una metodologia pareidolica.

Il fenomeno, oltre che fungere da base forte il cui uso sta per raggiungere il secolo, ha dalla sua parte il fatto di essere un fatto umano, trasversale, universale e “ontologicamente permeante”.

Questo dato avvicina la prospettiva di naturalizzazione fenomenologica, dal momento che il fenomeno è costituzionalmente presente nelle diverse fasi di sviluppo, in stati adattivi, non adattivi. Di certo, una differenza esiste tra l'ente e ciò che poi è utilizzato per rapportarsi. La scelta dell'apporto fenomenologico non è casuale per la necessità di passare dal fenomenico al *logos* in un'ottica conforme alle teorizzazioni delle scienze cognitive e delle loro intersezioni con evidenze di ordine clinico-dinamico tali da plasmare il lessico psicopatologico indipendentemente dai desideri nosografici di porsi come ateoretici.

Il secondo fenomeno preso in considerazione è dunque della stessa matrice naturale, la sua derivazione è apofenica, si tratta dell'*appercezione*.

In linea con la prima ricognizione del fenomeno da parte di Herbart (1776-1841, Lange, 1893, Stout, 1896) intendiamo l'appercezione come il processo attraverso il quale ogni nuova esperienza è assimilata e trasformata dall'intera esperienza passata di un individuo, per formare un nuovo ordine; la residua esperienza passata è chiamata *massa apperciativa*. La successione esperienziale prevede che sulla base di una originale esperienza percettiva-oggettiva, il resto delle distorsioni appercettive siano organizzate. Assistiamo al passaggio dal fenomenico al fenomenologico, in cui la differenza consisterebbe nell'attribuzione di significato. Nel nostro caso, come nel caso della pareidolia al Rorschach, lo stimolo elicitato fornisce l'occasione di produzione la cui rilevazione si trasforma in dato.

Questo processo di attribuzione del significato e della produzione proiettiva è alla base del Thematic Apperception Test (Murray, 1943), il cui scopo è quindi quello di evidenziare le disposizioni del soggetto, dipendentemente dalla massa appercettiva.

La considerazione del corpo (tale da essere definito primo oggetto dalla psicodinamica, nelle relazioni oggettuali e coincidente con la primità pragmatista peirceiana), è fondamentale. La massa appercettiva evocata e sopra citata, in questo studio si riferisce alla corporeità non disgiunta (*embodied*), la cui sedimentazione è disponibile previa disposizione clinica ambientale. È il caso della clinica del thematic apperception test, in cui la differenziazione principale

con la rilevazione pareidolica è ugualmente linguistica, ma francamente più estesa.

Tale esposizione e produzione narrativa, prevede un processo di significazione ben noto nella psicologia fenomenologica come via della conoscenza (Sartre, 1940), che in termini fenomenologici ben si declina ai domini conoscitivi, del Sé e della (più o meno conservata-disponibile) conoscenza di Sé. Vantaggio di un tale approccio teorico è assimilabile alle risposte riflesse ottenute in clinica, laddove indipendentemente dal fatto che il soggetto conosca o meno le articolazioni dell'arco riflesso diastaltico, il riflesso evocato emerge (dipendentemente dallo status del sistema nervoso), sia esso perfettamente conservato in quanto segno, sia esso variato per condizioni e patologie. Come suggerito da Gallagher e Zahavi (2008) in merito al “*preriflessivamente*”, in linea con Husserl, Sartre e Heidegger, l'esperienza preriflessiva non è essa stessa oggetto per il soggetto. Da qui la necessità di dover potere accedere alle significazioni e alle simbolizzazioni che non risultano immediatamente evidenti a differenza dei segni. In termini cognitivi ciò si ricava da contributi come per Shoemaker (1968) con l'*autoriferimento senza identificazione* e Brook (1994) con *riferimento a sé stessi non ascrittivo*.

Questa modalità di procedere nell'indagine e accedere a ciò che nel caso dell'appercezione è la massa appercettiva, come per la similitudine espressa, prevede allo stesso modo la ricognizione di quantità e qualità normopatiche e adattive e

patologiche-disadattive, narrative e consideranti la differenza tra coscienza di Sé e conoscenza del Sé.

Indipendentemente dalla considerazione nosografica di una condizione, quel che è qui ricercato si rivolge al fenomeno nella sua costituzione essenziale. Il primo fine dunque è quello di riconoscerlo, in sospensione di giudizio.

La ricerca si propone quindi come uno studio delle immagini prodotte e fornite nella reazione ad stimoli più strutturati rispetto al precedente reattivo, in cui la fenomenologia assume un ruolo centrale per rappresentazioni distinte, interdipendenti dalle percezioni e viceversa (Jaspers, 1913).

La spiegazione dei fenomeni ci porta a considerare contributi in letteratura che trascendono una concezione verticale e ci permettono di considerare le dinamiche inconsce come orizzontali (Fuchs, 2012), qui occasionate da fenomeni naturali umani quali sono la pareidolia e l'appercezione.

Al fine di unificazione, Thomas Fuchs identifica nel ponte tra la corporeità, il vissuto preriflessivo e il vissuto inconscio una prospettiva ineludibile per la comprensione dell'articolazione dell'esperienza soggettiva. Nel nostro caso, la considerazione dei fenomeni espressi attraverso il linguaggio, viene affrontata da una prospettiva linguistica integrativa che considera il linguaggio come un atto cognitivo umano orientato biologicamente (Pennisi & Falzone, 2016).

Il modo in cui le rappresentazioni divengono dinamiche è collegato all'esperienza, dal momento in cui atti di

sedimentazione mnestica si stabiliscono. Riconnettendo con l'appercezione, questa sedimentazione produce i seguenti modi di vivere il mondo. Nella prospettiva sartriana consideriamo la corporeità come un'esperienza della realtà, che producendo resistenze al soggetto nella condizione di vivere se stesso. La fenomenologia jaspersiana suggerisce l'unicità della corporeità considerando il corpo come l'unica parte del mondo in cui il soggetto è in grado di sperimentare sia dall'interno che dall'esterno.

Il concetto che meglio corrisponde alla necessità clinica espressa da noi è identificato nel concetto di Body Memory, a cui l'autore dedica varie produzioni scientifiche. In un articolo pubblicato nel 2012, Fucchs suggerisce l'evoluzione del concetto di memoria corporea, sulla base delle attività procedurali assimilate per la fissazione di stili abituali (Merleau-Ponty, 1962) che costituiscono uno stile esistenziale e che questa considerazione si basa su l'esperienza psicologico-cognitiva nota come memoria implicita (Schacter, 1987).

L'evoluzione del concetto suggerito dall'autore prevede la discriminazione di una prima concettualizzazione di diversi stili (memoria corporea abituale, traumatica ed erotica, Casey, 2000) e una seconda comprendente diverse forme: procedurale, situazionale, intercorporea, incorporativa e traumatica memory (Fuchs, 2000, 2008a, b, 2011).

Le categorie di tassonomia della memoria del corpo come suggerito da Sabine C. Koch (2012, p.172,173), si

identificano in *Habitual/procedural body memory*, *Situational body memory*, *Intercorporeal body memory*, *Incorporative body memory* e *Traumatic body memory*.

In occasione di questa pratica di ricerca, la considerazione richiede un ordinamento della produzione narrativa di soggetti disforici di genere, basato sul contatto con l'immagine. Considerando la psicologia come la relazione tra soggetto e oggetto (Jaspers, 1913), la risposta rappresenta l'espressione reattiva dell'esposizione alle tavole di T.A.T. Sulla base della sistematica di Bellack (1947, Imbasciati, Ghilardi 1994), è possibile comprendere le tipicità di sedimentazioni dell'oggetto.

Bellack suggerisce che il fenomeno reattivo-appercettivo possa essere analizzato in base alle modalità di emergenza di percezione originale (fattuale-fenomenica) e distorsione appercettiva. In merito allo studio delle produzioni appercettive-narrative dei soggetti disforici di genere, tale fenomeno di distorsione è da ritenersi dovuto alle suddette sedimentazioni mnestiche riferibili alla corporeità e al loro ruolo intervenente nella situazione appercettiva.

Quindi possiamo distinguere diverse forme di reazione che si verificano quando il soggetto entra in relazione con l'oggetto, nel caso di TAT con:

- Proiezione invertita: quei processi in cui la distorsione appercettiva è ai massimi livelli, tracciando i livelli paranoicali;



-Proiezione semplice: in questo meccanismo manca l'inversione e la rigidità del precedente, prevede uno stato di tensione derivato da esperienze di sanzione, la cui reiterazione è indipendente dal fatto che la situazione è nota agli altri;

-Sensibilizzazione: l'iper-ricettività a determinati stimoli, dovuta ad una maggiore prontezza ricettiva, si verifica quando un oggetto (stimolo) attinge un pattern predisponente di una data reazione che richiede alti livelli di eccitazione;

-Esteriorizzazione: si riferisce a processi di ordine preriflessivo, che il soggetto potrebbe smaltire senza rompere gli stati mentali con rigidità;

-Cognizione percettiva formale: la semplice individuazione fenomenale di tratti grafici e significati manifesti.

Prospettivamente, lo studio dei protocolli consente di identificare i livelli di reazione agli stimoli inerenti la corporeità, in termini legati all'ipotesi di questo studio, legato a dimensioni traumatiche e incorporative dei vissuti dell'identità sessuale attuale, in continuità con i dati emersi e che emergeranno dallo studio tramite pareidolia del Rorschach.

2.5 Considerazioni complessive di ordine metodologico e ipotetico della ricerca

Il metodo fin ora esposto mira a mettere in evidenza la tipicità dell'esperienza disforica di genere. La scelta di basare lo studio sui citati fenomeni, scaturisce dalla necessità porre in risalto fenomeni naturali plausibilmente non conosciuti in

questi termini, attraverso fenomeni naturali ben presenti nella letteratura scientifica pregressa e moderna. Ciò si declinerebbe alle attuali concezioni, con particolare riferimento all'embodied. Il punto di partenza inteso come una integrità strutturale e funzionale del soggetto (lontana dal dualismo e dal rapporto soggetto-oggetto in termini mente-corpo), come è noto subisce delle modificazioni che sulla base della specifica condizione. Il carattere possibilmente innovativo del presente contributo sta nell'accostamento di tali modificazioni (nel caso in cui siano attinte o pervasive rispetto a pregresse epoche di sviluppo), a contributi clinico-teorici rilevanti.

Il primo movimento, su base pareidolica, come riportato conferisce allo sperimentatore la possibilità di osservare in un setting clinico-sperimentale diverse componenti proprie dei soggetti in esame. Ciò avviene anche per il movimento seguente, appercettivo, in cui l'analisi delle narrazioni linguistiche dei soggetti fornisce evidenze riferibili alla corporeità e al suo impatto sui tentativi di adattamento dei soggetti. Ciò è inteso in termini complessivi (dei soggetti coinvolti) al fine di assecondare il principio di corroborazione intersoggettiva della fenomenologia.

La necessità di questo ultimo paragrafo è quella di presentare le intersezioni esistenti tra i due movimenti e dunque di rappresentare alla metodologia l'oggetto di indagine scientifica particolare.

Sulla base di quanto affermato in questo capitolo di ordine metodologico, si prospetta l'ipotesi di rilevazione di:

- manifestazioni di ordine dualistico tipiche dei soggetti in condizione di disforia di genere, da intendersi nella discrepanza tra corporeità e cognizione identitaria di genere (identità sessuale e di genere);
- rappresentazioni del Sé e della Corporeità interferite e dunque inficcate in termini adattivi, dalle pressioni di esperienze percettive e rappresentazionali di ordine incongruente al genere esperito;
- ordine psico-traumatologico dovuto alla predetta discrepanza, operante in termini di percepito disadattamento cognitivo e affettivo;
- affettività negativa e relazionalità di ordine fasico riferite al vissuto corporeo, sia esso afferente a istanza prerafflessiva, che pienamente cosciente;
- modalità di reazione clinico-sperimentale di ordine exteriorizzante e sensibilizzante, tali da evidenziare la distanza tra il vissuto disforico e le manifestazioni paranoicali ascrivibili a scissione propriamente detta e di altro ordine;

Quanto detto è da intendersi come modalità garante di comprensione delle modalità performative dei soggetti, sia dal punto di vista clinico sperimentale, laddove la performatività è richiesta al soggetto nell'atto di reagire e adattarsi alla mansione clinica, sia in termini generali di performatività in disforia di genere, per cui i dati raccolti e analizzati risulterebbero inferenzialmente congruenti alle modalità

performative dei soggetti disforici di genere al di fuori del setting.

In conclusione, l'ipotesi di base consiste nella conferma della presenza dell'impatto del dualismo disforico di genere negli atti performativi dei soggetti in condizione sperimentale.

### Capitolo terzo

Le manifestazioni emergenti in fase di approfondimento clinico, rappresenteranno l'insieme dei dati trattabili in questo capitolo. In merito alla loro emergenza, il precedente capitolo, con particolare riferimento alle sezioni finali, ha proposto le vie attraverso cui i fenomeni sarebbero stati evocati.

La struttura delle successive sezioni, farà riferimento all'approfondimento di ogni singolo caso, al fine di evidenziarne le manifestazioni rilevabili ed a una analisi trasversale il cui intento è quello di raggruppare i fenomeni per la loro presentazione complessiva.

In merito alla successione dei casi, la premessa riguarda le modalità di accesso dei soggetti all'attenzione clinica.

Tutti i soggetti compresi in questo studio, hanno aderito al modello di approfondimento psicodiagnostico strutturato dal Prof. Salvatore Settineri. L'invio dei soggetti ha previsto la prescrizione di sessioni di colloquio clinico, di approfondimenti psicodiagnostici e in caso di emergenza di dati di altro dominio, l'invio dei pazienti a videat specialistico.

Tutti i pazienti hanno firmato il consenso informato, previsto e riguardante le modalità di trattamento delle informazioni personali, alle pratiche cliniche e psicodiagnostiche, agli operatori addetti e all'esercizio di diritto di recesso a loro stessa discrezione.

Le analisi che seguiranno prevedono la divisione in sezioni, per cui la prima sezione riguarderà le analisi proprie dei

singoli casi, mentre una seconda un approfondimento complessivo e trasversale dei fenomeni prevalenti.

In merito all'analisi dei casi (Sezione I, 3.1), le informazioni include riguarderanno:

-età dei soggetti;

-richiesta transizionale (M to F o F to M);

-assetto fenomenico tipico rilevato o non rilevato, progressivo e persistente;

-sezione Rorschach comprendente le risposte (in siglatura aderente alla metodologia sopramenzionata) alle singole tavole, raccolta complessiva-esemplificativa dei domini di localizzazione, determinanti e contenuti (psicogramma), Griglia di Rappresentazione del Sé (Rausch de Traubenberg, 1984), Griglia di Rappresentazione Corporea e direzionalità affettiva (Rausch de Traubenberg, 1990), Griglia di prevalenza Psicotraumatologica;

-sezione Thematic Apperception Test, comprendente risposta alle tavole selezionate (In siglatura con riferimento agli ordini fenomenologici indagati) M to F: I, II, III BM, IV, V, VI BM, XI, XII IMF, XIV, XX; F to M: I, II, III GF, IV, V, VI GF, XI, XII IMF, XIV, XX), Tema, Emozioni, Livello Affettivo, Tipologia di proiezione.

Per quanto concerne la sezione II (3.2) delle analisi, si procederà alla raccolta dei dati emersi, alla loro esplicazione generale nei termini metodologici e teorici sin ora prospettati

(con confronto e analisi delle prevalenze e discrepanze con le tematiche proprie degli stimoli elicitati), al confronto tra popolazioni sulla base della richiesta transizionale (M to F ed F to M) e dei dati strumentali riferibili ai domini paraedolici ed appercettivi, all'analisi di riferimento teorico e di inferenza sulla popolazione specifica e differenziale con chiaro riferimento alla letteratura presente sul tema specifico.

### 3.1 Analisi dei casi

Come premesso, la presente sezione concerne la presentazione dei fenomeni rilevati nei soggetti. Ad ogni caso è attribuito un numero specifico, in ottemperanza alle disposizioni in merito ai dati personali e clinici.

L'alternanza dei casi prevede che in questa sezione, ogni caso venga analizzato singolarmente, per cui sarà nelle prossime sezioni che i casi verranno accorpati nei domini previsti dalle successive analisi.

Seguiranno le discussioni e le conclusioni al capitolo IV.

## **Caso: I**

Età: 30

Richiesta transizionale: M to F

Fenomeni tipici rilevati (cross dressing, gender role playing):  
rilevati, sin dai 4 anni di età, evoluti

## **Rorschach**

*Risposte: 27*

*Tavola I:* Choc d'avvio; G F- A contaminazione

*Tavole II:* D F- Ad ; D F- Ad ; D F- Geo

*Tavola III:* G M H Ban; D ChoF Obj; D F- Obj

*Tavola IV:* Choc; D F- Ad rilievo di simmetria; D F- Obj; D  
FM A Autoriferimento

*Tavola V:* G FM A

*Tavola VI:* G m Scena Orig -

*Tavola VII:* Gbl F- Obj Orig -; Gbl F- Obj

*Tavola VIII:* D FM A Ban; D FM Scena; D F- Geo

*Tavola IX:* Simmetria; D F- Geo; D CF Cibo; D CF Nat

*Tavola X:* D FM A Rilievo di aggressività; D CF Cibo; D CF  
Bot; D CF Anat; D F- Geo; D CF Anat; Choc colore; D M  
Scena Orig-

*Psicogramma:*



Ban= 2, Tav III, VIII

Orig= 6, Tav IV, VI, VII, IX, X

Fenomeni particolari:

Contaminazione= 1, Tav I

Rilievo di simmetria= 3, Tav II, IV, IX

Autoriferimento= 2, Tav IV, IX

Rilievo di aggressività= 1 Tav X

Choc d'avvio= 1

Choc Colore= 1, Tav X

-IR= 4

-Tri-I=2/6 Extratensivo misto

-Tri-II= 6/1 Introversivo misto

### *Rappresentazione del Sé*

Rappresentazioni umane: 1

Rappresentazioni animali: 2

Rappresentazioni d'oggetti: 24

### *Rappresentazione corporea*

Rappresentazioni integre: 6

Rappresentazioni attinte (d'integrità): 3

Rappresentazioni parziali: 10

Rappresentazioni frammentarie: 8

*Indici psicotraumatologici*

Fallimento repressivo: 1

Risposta colore: 6

Ricerca di sicurezza: 2

Rigidità difensiva: 2

Frammentazione: 8

Considerazioni finali: buona produttività (R:27), stile appercettivo orientato alla sintesi (D=21), produttività e formalità in caduta (F:12; F+=0), presenti fenomeni di conflittualità (TRI-I= extratensivo misto,2/6; TRI-II Introversivo misto, 6/1; Scena: 3), unitamente a complessualità (Choc d'avvio; Choc colore Tav I; Contaminazione, Tav I; Gbl:2; Orig-:6), dinamiche riferite alla considerazione di elementi del Sé (Autoriferimento Tav IX; H:1), della sua gestione in termini energetici (Tav II; CF:6) e delle eventuali necessità egoiche (Rilievo di simmetria, Tav II, IV, IX). Non si rilevano carenze di contatto con la realtà (Ban: 2; IR:4).

**Thematic Apperception Test**

Tavola I

*Tema:* Elaborativo

*Emozioni, livello affettivo: Noia*

*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

Tavola II

*Tema: Simbolico*

*Emozioni, livello affettivo: Insoddisfazione, Abbattimento*

*Tipologia di proiezione: Esteriorizzazione*

Tavola III

*Tema: Simbolico*

*Emozioni, livello affettivo: Afflizione, Smarrimento*

*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

Tavola IV

*Tema: Elaborativo*

*Emozioni, livello affettivo: Rabbia, Paura*

*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

Tavola V

*Tema: Elaborativo*

*Emozioni, livello affettivo: Controllo, Paura, Ostilità, Sorpresa*

*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

Tavola VI

*Tema: Elaborativo*

*Emozioni, livello affettivo: Tristezza, Lutto, Perdita, Malinconia*

*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

Tavola XI

*Tema: Interpretativo*

*Emozioni, livello affettivo: Smarrimento*

*Tipologia di proiezione: Semplice*

Tavola XIII

*Tema: Elaborativo*

*Emozioni, livello affettivo: Vergogna*

*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

Tavola XIV

*Tema: Diagnostico*

*Emozioni, livello affettivo:* Smarrimento, Malinconia, Sopraffazione

*Tipologia di proiezione:* Semplice

Tavola XX

*Tema:* Simbolico

*Emozioni, livello affettivo:* Attesa angosciosa

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

Considerazioni finali: Il protocollo si caratterizza per una produzione di storie eccessivamente corte. Emerge una leggera prevalenza del livello proto-emozionale, sebbene il livello descrittivo di tipo II risulta essere piuttosto presente. Si rileva, inoltre, la prevalenza di una conflittualità intra-personale, la maggior parte delle volte deducibile all'avvicinamento della storia ad una tematica banale. Il protocollo presenta una tavola di controllo pertinente alle problematiche attuali del soggetto, che riguardano il cambiamento del genere. Ciò si evince anche attraverso un sopimento dell'assetto emozionale. Le emozioni enucleate sono in linea con quelle normalmente emergenti. Il protocollo non supera il livello nevrotico, e mette in luce: un rapporto complessuale con le figure primarie, la messa in atto di meccanismi difensivi riconducibili alla negazione, angoscia riferita ai contesti gruppali, isolamento affettivo, complessualità tematiche di ordine identitario e di genere,

emergenza di una tematica relativa alla significazione dell'attesa.

## **Caso: II**

Età: 21

Richiesta transizionale: M to F

Fenomeni tipici rilevati (cross dressing, gender role playing):  
presenti, esercitati in fase di sviluppo ed evoluti

## **Rorschach**

*Risposte: 12*

*Tavola I: D F- Sex Attrazione per l'asse centrale*

*Tavole II: D C Sanguine; D CF Anat*

*Tavola III: G M H orig+*

*Tavola IV: Rifiuto*

*Tavola V: G F+ A Ban*

*Tavola VI: D F- Sex*

*Tavola VII: D F- Sex Attrazione per l'asse centrale*

*Tavola VIII: G F+- Hd*

*Tavola IX: G F+- Hd*

*Tavola X: D F- Sex; D F- Anat; D F- Sex*

*Psicogramma:*

**Ban: 1**

**Orig: 1, +**

Fenomeni particolari:

Attrazione per l'asse centrale

TRI-I: 1/2 Extratensivo misto

TRI-II: 0/0 Coartativo

IR: 4

### *Rappresentazione del Sé*

Rappresentazioni umane: 1

Rappresentazioni animali: 1

Rappresentazioni d'oggetti: 10

### *Rappresentazione corporea*

Rappresentazioni integre: 2

Rappresentazioni attinte (d'integrità): 0

Rappresentazioni parziali: 5

Rappresentazioni frammentaria: 5

### *Indici psicotraumatologici:*

Fallimento repressivo: 5

Frammentazione: 5

Risposta colore: 1



Risposta sessuale diretta: 5

Sangue: 1

Tendenza alla coartazione: 1

Considerazioni finali: Protocollo scarno (R=12) con polarizzazione sulla rappresentazione sessuale, di genere (Sex=5) e anatomica (Anat=2; Hd=2; Sangue=1). Conseguente compromissione della rappresentazione formale (F+% = 22) e un abbassamento dell'indice di realtà (IR=4, se pur mantenuto). Difficoltà di adattamento psicosociale (tav. VIII; X), labilità affettiva (FC=0; CF=1; C=1) e possibili inibizioni relazionali. Difettuale integrazione della rappresentazione psicocorporea che mostra una tendenza alla frammentazione dell'umano (tav. VIII; IX).

### **Thematic Apperception Test**

Tavola I

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Bisogno di autonomia, Insoddisfazione, Realizzazione

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

Tavola II

*Tema:* Simbolico

*Emozioni, livello affettivo:* Motivazione, Bisogno di approvazione, Insicurezza

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

Tavola III

*Tema:* Simbolico

*Emozioni, livello affettivo:* Disperazione, Tristezza, Abbandono, Malinconia

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

Tavola IV

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Affetto, Attaccamento, Insicurezza

*Tipologia di proiezione:* Semplice

Tavola V

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Controllo

*Tipologia di proiezione:* Semplice

Tavola VI

*Tema:* Elaborativo

*Emozioni, livello affettivo:* Insicurezza, Dubbio

*Tipologia di proiezione:* Semplice

Tavola XI

*Tema:* Descrittivo

*Emozioni, livello affettivo:* Agitazione

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

Tavola XIII

*Tema:* Simbolico

*Emozioni, livello affettivo:* Vergogna, Disapprovazione

*Tipologia di proiezione:* Semplice

Tavola XIV

*Tema:* Diagnostico

*Emozioni, livello affettivo:* Malinconia, Depressivo,  
Demotivazione, Tristezza

*Tipologia di proiezione:* Semplice

## Tavola XX

*Tema:* Diagnostico

*Emozioni, livello affettivo:* Tristezza, Angoscia, Smarrimento

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

Considerazioni finali: Sufficiente capacità descrittiva, storie solo approntate, prive di antefatto e spesso anche di una conclusione, appaiono però ricche dal punto di vista emozionale con una frequente oscillazione negativa. Si nota la contrapposizione tra il bisogno di successo e di cambiamento e le pressioni ambientali. Si rileva infatti forte diffidenza nei confronti del mondo esterno, ricorre il tema dell'isolamento e della solitudine. La relazione viene spesso adombrata dal timore dell'abbandono o dalla percezione di un altro aggressivo, ostile o controllante. Mostra un evidente bisogno di supporto.

### **Caso: III**

Età: 26

Richiesta transizionale: F to M

Fenomeni tipici rilevati (cross dressing, gender role playing):  
presenti, limitata espressione

### **Rorschach**

*Risposte: 8*

*Tavola I: D F U Fusione*

*Tavole II: Dbl F- Hd*

*Tavola III: Rifiuto*

*Tavola IV: Rifiuto*

*Tavola V: G F+ A Ban*

*Tavola VI: G F- Bot*

*Tavola VII: D F+ H*

*Tavola VIII: D C A*

*Tavola IX: D F- Ad*

*Tavola X: DblD CF Arch*

*Psicogramma:*

Banali: 1

Originali: 0

Fenomeni particolari: Fusione

TRI-I: 0/2, Introversivo

TRI-II: 0/0, coartato

IR: 4

### *Rappresentazione del Sé*

Rappresentazioni umane: 1

Rappresentazioni animali: 1

Rappresentazioni d'oggetti: 6

### *Rappresentazione corporea*

Rappresentazioni integre: 2

Rappresentazioni attinte (d'integrità): 0

Rappresentazioni parziali: 4

Rappresentazioni frammentarie: 2

### *Indici psicotraumatologici:*

Fusione: 1

Rigidità difensiva: 1

Colore: 1

Rifiuto: 2

Tendenza alla coartazione: 2

Considerazioni finali: L'atteggiamento è disponibile e collaborante al colloquio, a tratti difeso. Emerge un conflitto con la propria immagine corporea femminile che la pz vive con distacco e sentimenti di rifiuto. Non sono presenti deficit della sfera cognitiva. Progettualità e volizione appaiono nella norma, alcuni dei punteggi sono da ritenersi fortemente influenzati dall'assetto difensivo e di rifiuto. Da altre analisi testologiche e di colloquio, non si rilevano compromissioni dell'esame di realtà.

### **Thematic Apperception Test**

Tavola I

*Tema:* Simbolico

*Emozioni, livello affettivo:* Tristezza, Difficoltà realizzative

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

Tavola II

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Autorealizzazione, Richiesta di autonoma, Allontanamento, Frustrazione

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

### Tavola III

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Astenia, Tristezza, Frustrazione,  
Tristezza

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

### Tavola IV

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Frustrazione, Abbandono, Tristezza

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

### Tavola V (Rifiuto)

*Tema:* /

*Emozioni, livello affettivo:* /

*Tipologia di proiezione:* /

### Tavola VI

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Allontanamento, Richiesta di  
autonomia, Disapprovazione, Tristezza



*Tipologia di proiezione: Semplice*

Tavola XI

*Tema: Descrittivo*

*Emozioni, livello affettivo: Coartativo*

*Tipologia di proiezione: Percezioni cognitive*

Tavola XIII

*Tema: Descrittivo*

*Emozioni, livello affettivo: Coartativo*

*Tipologia di proiezione: Percezioni cognitive*

Tavola XIV

*Tema: Descrittivo*

*Emozioni, livello affettivo: Insonnia, Inquietudine, Angoscia*

*Tipologia di proiezione: Esteriorizzazione*

Tavola XX

*Tema: Descrittivo*

*Emozioni, livello affettivo: Angoscia, Attesa*

*Tipologia di proiezione: Percezioni cognitive*

Considerazioni finali: Protocollo scarno, si assiste alla presenza di diverse manifestazioni descrittive e di scarsa costituzione. Dal punto di vista affettivo emerge un assetto coartativo e orientato dalla presenza di angoscia, inquietudine e sentimenti deflessivi. Non si assiste alla presenza di elementi di ordine discostante dalla realtà percettiva, diverse risposte propongono aderenza al percettivo. Le difficoltà realizzative emerse si accostano a necessità di allontanamento da figure di dubbio riferimento. Persistono volontà realizzativa e bisogno di cambiamento unitamente a scarsa tolleranza delle pressioni ambientali.

## **Caso: IV**

Età: 26

Richiesta transizionale: F to M

Fenomeni tipici rilevati (cross dressing, gender role playing):  
presenti, persistentemente strutturati e protratti con continuità.  
A partire dalle fasi di sviluppo, evoluti.

## **Rorschach**

*Risposte: 24*

*Tavola I: D F- Sex, DDbI ChoF (Ad)*

*Tavole II: D ChoF Anat*

*Tavola III: DDbI ChoF Ad Autocritica, D FC Obj Ban*

*Tavola IV: G Chof (A) Orig- Contaminazione, G ChoF Mit*

*Tavola V: G F+A, G F+A, G FClob A*

*Tavola VI: Choc, G FCho A Ban*

*Tavola VII: D F+ Hd, D F+ Hd, D ChoF(Ad)*

*Tavola VIII: D F+A Ban Simmetria, D F- Anat  
Devitalizzazione, D CF Anat*

*Tavola IX: G CF Met., D C Fuoco, GDbI CF m (Hd) orig-  
Tendenza confabulatoria, D C Sangue*

*Tavola X: D FC A, D CF Cibo, D CF (A)*

*Psicogramma:*

Banali: 3

Originali: 2, -

Fenomeni particolari: Autocritica, Contaminazione, Simmetria

Devitalizzazione, Tendenza confabulatoria

TRI-I: 0/9, Estratensivo puro

TRI-II: 1/7, Extratensivo misto

IR: 4

### *Rappresentazione del Sé*

Rappresentazioni umane: 0

Rappresentazioni animali: 6

Rappresentazioni d'oggetti: 18

### *Rappresentazione corporea*

Rappresentazioni integre: 6

Rappresentazioni attinte (d'integrità): 0

Rappresentazioni parziali: 8

Rappresentazioni frammentarie: 10

### *Indici psicotraumatologici:*

Contaminazione: 1

Contenuti melanconici: 1

Contenuto devitalizzato: 1

Contenuto scheletro: 1

Frammentazione: 10

Rigidità difensiva: 1

Risposta colore: 2

Sangue: 1

Considerazioni finali: Protocollo ricco con ampia varietà di contenuti. La cognitività appare adeguata nella sua rappresentazione formale ma compromessa dall'irruzione di elementi pulsionali e di angoscia. Si riscontra instabilità affettiva con probabili difficoltà nel controllo degli impulsi e forti elementi di angoscia che il soggetto fatica a contenere. L'area relazionale appare fortemente compromessa come si evince dall'assenza di risposte umane e di movimento.

### **Thematic Apperception Test**

Tavola I

*Tema:* Simbolico

*Emozioni, livello affettivo:* Noia, Tristezza, Collera, Richiesta di autonomia, Frustrazione

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

## Tavola II

*Tema:* Simbolico

*Emozioni, livello affettivo:* Allontanamento, Disapprovazione, Realizzazione, Frustrazione

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

## Tavola III

*Tema:* Simbolico

*Emozioni, livello affettivo:* Disperazione, Tristezza, Malinconia, Demotivazione

*Tipologia di proiezione:* Semplice

## Tavola IV

*Tema:* Simbolico

*Emozioni, livello affettivo:* Difesa, Rabbia, Ostilità

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

## Tavola V

*Tema:* Elaborativo

*Emozioni, livello affettivo:* Controllo, Ostinazione

*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

Tavola VI

*Tema: Simbolico*

*Emozioni, livello affettivo: Ostilità, Disapprovazione*

*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

Tavola XI

*Tema: Simbolico*

*Emozioni, livello affettivo: Angoscia, Nascondimento,  
Inquietudine*

*Tipologia di proiezione: Semplice*

Tavola XIII

*Tema: Elaborativo*

*Emozioni, livello affettivo: Negazione, Affetto, Timore*

*Tipologia di proiezione: Semplice*

Tavola XIV

*Tema: Simbolico*

*Emozioni, livello affettivo:* Malinconia, Rivalsa, Tristezza,  
Sopraffazione

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

Tavola XX

*Tema:* Simbolico

*Emozioni, livello affettivo:* Frustrazione, Ostinazione

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

Considerazioni finali: Descrizione minima o assente, assetto produttivo di tipo coartativo, se pur presenti eventi e dinamiche valutabili. Sono presenti tematiche ricorrenti in termini di livello e contenuto, si evince autodeterminazione, scostamento da figure di riferimento e orientamento alla rivalsa. La ricorrenza a tali tematiche appare palesemente collegata alla situazione di transizione del soggetto. Affettivamente si rileva prevalenza di emozioni negative, seppur presenti bisogno di sostegno e affetto di volta in volta negato o disatteso. Non si rilevano fenomeni che indichino tendenze di conflitto con la realtà.



## **Caso: V**

Età: 28

Richiesta transizionale: M to F

Fenomeni tipici rilevati (cross dressing, gender role playing):  
presenti sin dalle fasi di sviluppo, persistenti ed evoluti

## **Rorschach**

*Risposte: 19*

*Tavola I: G Fcho A*

*Tavole II: G FM A, D F- Anat Choc al rosso, D FM A, D F- Anat Tendenza scissoria*

*Tavola III: G M H, D CF Obj*

*Tavola IV: G m Mit*

*Tavola V: G FM A, D M H*

*Tavola VI: G F- Obj, D ChoF Anat*

*Tavola VII: G m Relig*

*Tavola VIII: D FM A, D C Fuoco, D FM A*

*Tavola IX: D M H*

*Tavola X: G M H, Dbl F- Anat Tendenza scissoria Orig -*

*Psicogramma:*

Banali: 0

Originali: 1, -

Fenomeni particolari: Choc al Rosso, Tendenza scissoria (2)

TRI-I: 4/2,5 Introversivo misto

TRI-II: 2/ 2,5 Estratensivo Misto

IR: 4

### *Rappresentazione del Sé*

Rappresentazioni umane: 4

Rappresentazioni animali: 6

Rappresentazioni d'oggetti: 9

### *Rappresentazione corporea*

Rappresentazioni integre: 10

Rappresentazioni attinte (d'integrità): 0

Rappresentazioni parziali: 3

Rappresentazioni frammentarie: 6

### *Indici psicotraumatologici:*

Fallimento repressivo: 1

Frammentazione: 6

Risposta colore: 1

Considerazioni finali: Buona produzione, modalità appercettive analitiche. Assetto intellettuale con presenti cadute formali di plausibile origine affettiva. Possibili tematiche difensive legate ad impulsività, complessualità e preoccupazione somatica, tendenzialmente contenute. Angoscia. Non si rilevano significative carenze in termini di contatto con la realtà.

### **Thematic Apperception Test**

Tavola I

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Noia, Delusione

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

Tavola II

*Tema:* Elaborativo

*Emozioni, livello affettivo:* Attesa

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

Tavola III

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Disperazione, Lutto

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

Tavola IV

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Trattenimento, Difesa, Aggressività

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

Tavola V

*Tema:* Elaborativo

*Emozioni, livello affettivo:* Angoscia

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzante

Tavola VI

*Tema:* Elaborativo

*Emozioni, livello affettivo:* Rabbia

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

Tavola XI

*Tema:* Simbolico

*Emozioni, livello affettivo:* Angoscia

*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

Tavola XIII

*Tema: Elaborativo*

*Emozioni, livello affettivo: Malessere, Demoralizzazione*

*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

Tavola XIV

*Tema: Interpretativo*

*Emozioni, livello affettivo: Inquietudine, Agitazione, Demoralizzazione*

*Tipologia di proiezione: Semplice*

Tavola XX

*Tema: Interpretativo*

*Emozioni, livello affettivo: Solitudine*

*Tipologia di proiezione: Esteriorizzazione*

Considerazioni finali: Protocollo contraddistinto da livello descrittivo presente, e ben espresso. La consegna è rispettata. Si assiste alla presenza di livelli essenzialmente elaborativi ed interpretativi dal punto di vista della tematica e di esteriorizzazione, sensibilizzazione in termini proiettivi.

L'affettività è tendenzialmente orientata da emozioni negative ed affetti frustrati dal punto di vista realizzativo. Non si rilevano fenomeni indicativi di sospensione dell'esame di realtà.

## **Caso: VI**

Età: 24

Richiesta transizionale: F to M

Fenomeni tipici rilevati (cross dressing, gender role playing):  
presenti, continuativi ed evoluti a partire dalle fasi di sviluppo

## **Rorschach**

*Risposte:* 14

*Tavola I:* G F+ A Ban, D F+ A

*Tavole II:* D F+ A

*Tavola III:* D F+ A

*Tavola IV:* D F+ A

*Tavola V:* D F+A Ban, Tendenza alla perseverazione, D F+ A

*Tavola VI:* Rifiuto

*Tavola VII:* D F+ A

*Tavola VIII:* D F+A, D F+ A Tendenza alla perseverazione

*Tavola IX:* D F- Obj

*Tavola X:* D F+ A Ban, D F+ A, D F- Relig

*Psicogramma:*

Banali: 4

Originali: 0

Fenomeni particolari: Tendenza alla perseverazione (2)

TRI-I: 0/0, Coartato

TRI-II: 0/0, Coartato

IR: 6

*Rappresentazione del Sé*

Rappresentazioni umane: 0

Rappresentazioni animali: 13

Rappresentazioni d'oggetti: 1

*Rappresentazione corporea*

Rappresentazioni integre: 12

Rappresentazioni attinte (d'integrità): 0

Rappresentazioni parziali: 1

Rappresentazioni frammentarie: 1

*Indici psicotraumatologici:*

Frammentazione: 1

Tendenza alla coartazione: 1

Rigidità difensiva: 2

Considerazioni finali: numero di risposte sufficiente, stile appercettivo nettamente orientato alla concretezza. Esclusiva



produttività cognitiva formale (F=14) con buona qualità, concretezza del pensiero, difficoltà nell'espressione del vissuto affettivo, ricorso a normatività percettiva. Non esauriente espressione del Sè e di plausibili complessualità relative alle declinazioni libidiche. Il protocollo non suggerisce difficoltà di contatto con la realtà.

### **Thematic Apperception Test**

Tavola I

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Sconfitta

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

Tavola II

*Tema:* Elaborativo

*Emozioni, livello affettivo:* Demotivazione, Sopraffazione

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

Tavola III

*Tema:* Elaborativo

*Emozioni, livello affettivo:* Disperazione, Tristezza,  
Malinconia

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

Tavola IV

*Tema:* Elaborativo

*Emozioni, livello affettivo:* Indifferenza, Tedio

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

Tavola V

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Controllo, Apprensione,  
Insicurezza

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

Tavola VI

*Tema:* Elaborativo

*Emozioni, livello affettivo:* Libidico

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

Tavola XI

*Tema:* Descrittivo

*Emozioni, livello affettivo:* Coartativo

*Tipologia di proiezione:* Percezioni cognitive

Tavola XIII

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Lutto, Tristezza, Disperazione

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

Tavola XIV

*Tema:* Descrittivo

*Emozioni, livello affettivo:* Inibizione

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

Tavola XX

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Solitudine, Bisogno di successo,  
Richiesta di autonomia

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

Considerazioni finali: Il livello descrittivo è contenuto, ma presente. Si assiste ad una produzione contenuta, in cui non mancano manifestazioni di ordine affettivo, spesso

esteriorizzate o implicite. La risposta è veicolata da lieve inibizione, dalla prevalenza di affettività negativa e da livelli appercettivi di ordine interpretativo ed elaborativo (in prevalenza). Il livello proiettivo non supera mai la proiezione semplice, non si rilevano carenze di contatto con la realtà. Si rilevano complessualità di ordine sociale, identitario ed affettività negativa.

## **Caso: VII**

Età: 22

Richiesta transizionale: M to F

Fenomeni tipici rilevati (cross dressing, gender role playing):  
presenti, pregressi e consistenti

## **Rorschach**

*Risposte:* 14

*Tavola I:* G FCho A Incertezza interpretativa

*Tavole II:* D F+A Ban, Dbl F- Obj

*Tavola III:* G M H Ban, G F- Mostro

*Tavola IV:* Rifiuto

*Tavola V:* G F+ A Ban

*Tavola VI:* Rifiuto

*Tavola VII:* D F+- Hd, G F+A

*Tavola VIII:* D F+ A Ban, D F+ A

*Tavola IX:* Dbl F- A, G CF bot

*Tavola X:* D CF Bot, D F+ A Ban

*Psicogramma:*

Banali: 3

Originali: 0

Fenomeni particolari: Incertezza interpretativa (2)

TRI-I: 1:1 Coartativo

TRI-II: 0:0 Coartato

IR: 6

*Rappresentazione del Sé*

Rappresentazioni umane: 1

Rappresentazioni animali: 7

Rappresentazioni d'oggetti: 6

*Rappresentazione corporea*

Rappresentazioni integre: 8

Rappresentazioni attinte (d'integrità): 0

Rappresentazioni parziali: 2

Rappresentazioni frammentarie: 4

*Indici psicotraumatologici:*

Fallimento repressivo: 2

Ricerca di sicurezza: 1

Rigidità difensiva: 2

Tendenza alla coartazione: 2

Considerazioni finali: Sufficiente produzione, appercettivamente concreto. Cognitività conservata, buona produzione formale. Indici oppositivi presenti, unitamente ad incertezze interpretative e componendi d'angoscia. Tendenze coartative limitative dell'espressione. Esame di realtà conservato.

### **Thematic Apperception Test**

Tavola I

*Tema:* Simbolico

*Emozioni, livello affettivo:* Noia, Tristezza, Sconforto

*Tipologia di proiezione:* Semplice

Tavola II

*Tema:* Elaborativo

*Emozioni, livello affettivo:* Richiesta di autonomia, Insoddisfazione, Realizzativo

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

Tavola III

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Disperazione, Lutto, Malinconia

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

Tavola IV

*Tema:* Simbolico

*Emozioni, livello affettivo:* Tradimento, Lutto, Tristezza,  
Sconfitta, Rovina

*Tipologia di proiezione:* Semplice

Tavola V

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Controllo, Delusione, Tristezza

*Tipologia di proiezione:* Semplice

Tavola VI

*Tema:* Elaborativo

*Emozioni, livello affettivo:* Richiesta di autonomia,  
Motivazione, Disapprovazione

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

Tavola XI



*Tema:* Simbolico

*Emozioni, livello affettivo:* Sorpresa, Paura, Scontro

*Tipologia di proiezione:* Semplice

Tavola XIII

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Tradimento, Disapprovazione,  
Fuga

*Tipologia di proiezione:* Semplice

Tavola XIV

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Prigionia, Sconfitta, Rivalta

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

Tavola XX

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Solitudine, Tristezza,  
Disapprovazione

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

Considerazioni finali: Protocollo ricco, produzione abbondante e di consistente lavoro simbolico. Coesistenza di affettività

positiva e negativa, con prevalenza di negativa. Livelli tematici di ordine simbolico ed interpretativo, con tipologia di proiezione di ordine semplice, esteriorizzante e sensibilizzazione. Descrizione sempre rispettata, se pur implicita da elaborazione di elementi manifesti non pienamente descritti. Non si rilevano contenuti di ordine bizzarro o distacchi dalla realtà.

## **Caso: VIII**

Età: 43

Richiesta transizionale: M to F

Fenomeni tipici rilevati (cross dressing, gender role playing): presenti, evoluti lungo l'arco di vita e in atto evidenti. Da considerarsi in relazione all'età adulta, vista la presa di posizione e la transizione iniziata senza ricorso a terapie ormonali o chirurgia di riassegnazione, tramite dunque vestiario e cura per il corpo.

## **Rorschach**

*Risposte:* 15

*Tavola I:* DbID F- Anat, D F+- Ad Rilievo di aggressività, D F- sex Attrazione per il centro

*Tavole II:* D F+- Hd, D F- Sex Attrazione per il centro, G M A

*Tavola III:* G FCho M H Orig+, D F- Obj

*Tavola IV:* G ChoF Mostro

*Tavola V:* G F+A

*Tavola VI:* D F- Obj Devitalizzazione, Choc

*Tavola VII:* D m Cartoon

*Tavola VIII:* DF+A Ban Rilievo di aggressività

*Tavola IX:* Rifiuto

*Tavola X: Choc colore, D F- sex, D F- sex*

*Psicogramma:*

Banali: 1

Originali: 1

Fenomeni particolari: Rilievo di aggressività, Attrazione per il centro, Attrazione per il centro, Devitalizzazione, Choc, Rilievo di aggressività

TRI-I: 2/0 Introversivo puro

TRI-II: 1/1,5 Extratensivo misto

IR: 6

*Rappresentazione del Sé*

Rappresentazioni umane: 1

Rappresentazioni animali: 3

Rappresentazioni d'oggetti: 11

*Rappresentazione corporea*

Rappresentazioni integre: 4

Rappresentazioni attinte (d'integrità): 1

Rappresentazioni parziali: 6

Rappresentazioni frammentarie: 4

*Indici psicotraumatologici:*

Azione subita: 2

Contenuti melanconici: 1

Contenuto devitalizzato: 1

Fallimento repressivo: 3

Frammentazione: 4

Ricerca di sicurezza: 1

Rigidità difensiva: 1

Risposta sessuale diretta: 1

Considerazioni finali: Protocollo adeguato per numero di risposte, capacità cognitiva parzialmente ridotta per interferenza di meccanismi che ne alterano la rappresentazione e affettività appare coartata, in presenza di pulsionalità latente e contenuti ad alta carica libidica. L'area della sessualità indica difficoltà compatibili con la problematica di genere portata dal soggetto. Tendenze regressive e di angoscia. Buon esame di realtà e discrete capacità introspettive.

## **Thematic Apperception Test**

Tavola I

*Tema:* Elaborativo

*Emozioni, livello affettivo:* Noia, Disapprovazione, Tristezza

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

Tavola II

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Coartativo

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

Tavola III

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Lutto, Tristezza, Disperazione

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

Tavola IV

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Rabbia, Litigio

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

Tavola V

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Controllo, Disapprovazione

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

Tavola VI

*Tema:* Descrittivo

*Emozioni, livello affettivo:* Coartativo

*Tipologia di proiezione:* Percezioni cognitive

Tavola XI

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Lutto, Disapprovazione, Fuga

*Tipologia di proiezione:* Semplice

Tavola XIII

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Disperazione, Libidico, Abbandono

*Tipologia di proiezione:* Semplice

Tavola XIV

*Tema:* Simbolico

*Emozioni, livello affettivo:* Solitudine

*Tipologia di proiezione: Esteriorizzazione*

Tavola XX

*Tema: Simbolico*

*Emozioni, livello affettivo: Solitudine*

*Tipologia di proiezione: Esteriorizzazione*

Considerazioni finali: Sufficiente capacità descrittiva, spesso in difficoltà nella creazione delle storie, fenomeno evidenziato dalla presenza di frequenti rifiuti e dalla tendenza alla tangenzialità e dai fenomeni di choc e critica del test. Le storie sono in genere prive di antefatto e spesso anche di una conclusione, di frequente interrotte da considerazioni personali e autoriferimenti. Il soggetto, specie nelle fasi iniziali, appare timoroso di esprimere la propria emotività. Si rileva in particolare un latente bisogno di supporto. Presenza di elementi di diffidenza e sospetto. Modalità appercettive varie, annoverano simbolico ed interpretativo. Tipologie di proiezione semplici, esteriorizzanti e sensibilizzate, in presenza di affettività negativa. Non si rilevano evidenti carenze di contatto con la realtà.



## **Caso: IX**

Età: 21

Richiesta transizionale: M to F

Fenomeni tipici rilevati (cross dressing, gender role playing):  
presenti, espressi durante il colloquio.

## **Rorschach**

*Risposte:* 10

*Tavola I:* G FM A, Rilievo di aggressività

*Tavole II:* Rilievo di simmetria, G M H orig+

*Tavola III:* G M H orig+

*Tavola IV:* G ChoF A Contaminazione

*Tavola V:* G FM A

*Tavola VI:* G F- Obj

*Tavola VII:* G M H

*Tavola VIII:* G FM A

*Tavola IX:* G M Scena orig+

*Tavola X:* G CF Cartoon

*Psicogramma:*

Banali: 0

Originali: 3

Fenomeni particolari: Rilievo di aggressività, Rilievo di simmetria, Contaminazione

TRI-I: 4/1,5, Introversivo misto

TRI-II: 3/1 Introversivo misto

IR: 6

### *Rappresentazione del Sé*

Rappresentazioni umane: 3

Rappresentazioni animali: 4

Rappresentazioni d'oggetti: 3

### *Rappresentazione corporea*

Rappresentazioni integre: 6

Rappresentazioni attinte (d'integrità): 0

Rappresentazioni parziali: 2

Rappresentazioni frammentarie: 2

### *Indici psicotraumatologici:*

Frammentazione: 2

Ricerca di sicurezza: 1

Azione subita: 1

Fallimento repressivo. 1

Considerazioni finali: Protocollo scarno con totale apprensione di tipo globale, tendenza alla rappresentazione scenica di risposta, intelligenza sintetica, con buone capacità di astrazione e integrazione, difficoltà di concretizzazione e di adesione al pensiero comune. Le capacità cognitive appaiono ricche, presenti difficoltà nella formalizzazione del pensiero e aspetti di tipo regressivo e infantile. Possibili lievi difficoltà nel controllo pulsionale e contaminazioni ansiose. Forte tendenza introversiva. Presente esame di realtà.

### **Thematic Apperception Test**

Tavola I

*Tema:* Simbolico

*Emozioni, livello affettivo:* Malinconia, Tristezza

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

Tavola II

*Tema:* Simbolico

*Emozioni, livello affettivo:* Richiesta di autonomia,  
Realizzativo, Ambizione

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

### Tavola III

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Tristezza, Malinconia,  
Nascondimento

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

### Tavola IV

*Tema:* Elaborativo

*Emozioni, livello affettivo:* Coartativo

*Tipologia di proiezione:* Semplice

### Tavola V

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Disapprovazione, Sorpresa

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

### Tavola VI

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Angoscia

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

Tavola XI

*Tema:* Descrittivo

*Emozioni, livello affettivo:* Coartativo

*Tipologia di proiezione:* Percezioni cognitive

Tavola XIII

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Vergogna, Aggressività

*Tipologia di proiezione:* Semplice

Tavola XIV

*Tema:* Elaborativo

*Emozioni, livello affettivo:* Coartativo

*Tipologia di proiezione:* Percezioni cognitive

Tavola XX

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo: Paura, Dubbio*

*Tipologia di proiezione: Semplice*

Considerazioni finali: Capacità descrittiva generalmente adeguata, narrazione appare coerente, tuttavia le storie sono spesso scarse e risentono di una tendenza inibitoria e difensiva. L'analisi dei bisogni evidenzia la forte presenza di un desiderio di successo e indipendenza, ma al contempo una concomitante necessità di supporto esterno dovuta alla fragilità emotiva. Predominanza di sentimenti negativi connessi a situazioni in cui il soggetto è impossibilitato a ricevere un supporto affettivo. Livelli tematici prevalentemente interpretativi, appercettivamente sensibilizzante, esteriorizzante e di rado percettivo. Non si apprezzano difficoltà di contatto con la realtà.

## **Caso: X**

Età: 31

Richiesta transizionale: M to F

Fenomeni tipici rilevati (cross dressing, gender role playing):  
presenti, evoluti.

## **Rorschach**

*Risposte: 54*

*Tavola I:* G F- Bot orig- , G F- sex, D M H, G F+ A

*Tavole II:* Gdbl F- Hd, Choc al vuoto, Dbl F- Obj, Dbl F- Obj  
Incertezza interpretativa, D F+A, D F+- Hd Incertezza  
interpretativa, D F+- Hd, D F+ A

*Tavola III:* G M H, G F+A Incertezza interpretativa, D F+ obj  
Ban, D F+A, D F- Anat Devitalizzazione, D F+ A, D F-  
Cartoon orig -

*Tavola IV:* G FCho A, G F+ A, Gdbl F- Sex, G F+A

*Tavola V:* G F+ A Ban, G F+ A Ban, D F- Bot, D F- Bot

*Tavola VI:* D F- Abstr. Orig-, D F- Obj orig- Incertezza  
interpretativa, D ChoF Obj, D ChoF Obj, Devitalizzazione, G  
F+A Rilievo di aggressività

*Tavola VII:* G F+ H, G F- Obj Rilievo di aggressività, G F+A,  
D F+-Ad, D F- Geo, D F+A, Perseverazione

*Tavola VIII:* D F+ A Ban, D F- Anat, D F- Anat, D F+A, D CF  
Bot

*Tavola IX:* D F+- Ad, D F- Anat, D F- Anat, D FC A  
Incertezza interpretativa

*Tavola X:* D F+A, D F+A Ban, D F+A, D F+A, D F+- Feto, D  
FC A, D FM A, D Dbl F- Sex

*Psicogramma:*

Banali: 4

Originali: 4, -

Fenomeni particolari: Incertezza interpretativa (5),  
Devitalizzazione (2), Rilievo di aggressività (2),  
Perseverazione

TRI-I: 2/1,5 Introversivo misto

TRI-II: 2/1 Introversivo misto

IR: 7

### *Rappresentazione del Sé*

Rappresentazioni umane: 3

Rappresentazioni animali: 23

Rappresentazioni d'oggetti: 28

### *Rappresentazione corporea*



Rappresentazioni integre: 26

Rappresentazioni attinte (d'integrità): 0

Rappresentazioni parziali: 15

Rappresentazioni frammentarie: 13

*Indici psicotraumatologici:*

Azione subita: 1

Contenuto devitalizzato: 2

Frammentazione: 13

Ricerca di sicurezza: 3

Risposta colore: 1

Risposta sessuale diretta: 3

Considerazioni finali: Collaborante e preoccupato, superproduzione di risposte, numerosi fenomeni di incertezza interpretativa. Tratti di tipo creativo/oppositivo probabilmente reattivi, che influenzano la rappresentazione formale tanto che la cognitivà ne risulta lievemente ridotta. Affettività lievemente coartata con tendenza introvensiva. Capacità di adattamento del soggetto, potenzialmente adeguate, inficiate dalle difficoltà relazionali. Risposte complessuali in connessione con le problematiche di identità di genere,

confermate dalla presenza di numerose risposte sessuali, accompagnate da indici di preoccupazione somatica.

## **Thematic Apperception Test**

### Tavola I

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Noia, Ambivalenza

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

### Tavola II

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Coartativo

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

### Tavola III

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Disperazione, Tristezza

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

### Tavola IV

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Attaccamento, Aggressività

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

Tavola V

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Nostalgia, Tristezza

*Tipologia di proiezione:* Semplice

Tavola VI

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Lutto, Tristezza, Malinconia

*Tipologia di proiezione:* Semplice

Tavola XI

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Catastrofe, Rovina, Aggressività

*Tipologia di proiezione:* Semplice

Tavola XIII

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Depressivo, Tristezza, Malinconia

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

Tavola XIV

*Tema:* Elaborativo

*Emozioni, livello affettivo:* Tristezza

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

Tavola XX

*Tema:* Diagnostico

*Emozioni, livello affettivo:* Dubbio, Angoscia

*Tipologia di proiezione:* Semplice

Considerazioni finali: Sufficiente capacità descrittiva e discrete capacità creative nello sviluppo delle storie. L'aderenza alla consegna è però solo parziale. Frequenti incertezze e dubbi sull'andamento delle stesse che sono probabilmente da ricollegare al timore. Ciò appare confermato anche dai frequenti riferimenti culturali a cui il soggetto spesso si appiglia nel tentativo di dare una erudita. L'area affettiva appare strettamente correlata a quella relazionale e mostra una prevalenza di emozioni negative legate alle pressioni ambientali e una minoranza e sentimenti positivi. Tendenze

proiettive di tipo semplice, con prevalenza di esteriorizzazione e sensibilizzazione. Temi di ordine spesso interpretativo e simbolico. Non si rilevano evidenti carenze di contatto con la realtà.

## **Caso: XI**

Età: 18

Richiesta transizionale: F to M

Fenomeni tipici rilevati (cross dressing, gender role playing):  
presenti, evoluti ed emersi spontaneamente durante il colloquio

## **Rorschach**

*Risposte: 24*

*Tavola I:* D FM A, Gbl F- Anat, G F- Scena Riflesso

*Tavole II:* Gbl M Scena Risposta specchio, D F+ A Ban, Gbl M Scena

*Tavola III:* D F+ A, G M H Risposta specchio

*Tavola IV:* G ChoF Mostro Y m

*Tavola V:* G F+ A Ban, G F- Hd

*Tavola VI:* G F- A Devitalizzazione , G F- Obj Rilievo aggressività

*Tavola VII:* D M H, G F+ A

*Tavola VIII:* D FM A, D F+ H

*Tavola IX:* G F- Obj Attrazione verso il centro, D M H, G F+ A

*Tavola X:* G F+ A, D F+ A, D F+ A, G F- Ad

*Psicogramma:*

Banali: 2

Originali: 0

Fenomeni particolari: Rilievo di aggressività ; Attrazione verso il centro; Risposta specchio; Devitalizzazione

TRI-I: 5/0, Introversivo

TRI-II: 2/1 Introversivo misto

IR: 7

*Rappresentazione del Sé*

Rappresentazioni umane: 4

Rappresentazioni animali: 11

Rappresentazioni d'oggetti: 9

*Rappresentazione corporea*

Rappresentazioni integre: 14

Rappresentazioni attinte (d'integrità): 3

Rappresentazioni parziali: 3

Rappresentazioni frammentarie: 4

*Indici psicotraumatologici:*

Azione subita: 2

Contenuto devitalizzato: 1

Frammentazione: 4

Ricerca di sicurezza: 2

Considerazioni finali: Protocollo di buona produzione, tendenza appercettiva equivalente, fenomeni di interpretazione di dettaglio intramaculare, dinamiche complessuali di ordine corporeo e della gestione dell'aggressività, in concomitanza con fenomenologia particolare di tipo risposta specchio. Relative necessità di attingimento di sicurezza, buona produzione cognitiva con qualità diminuite per le sopracitate dinamiche complessuali e le conseguenti lievi deflessioni umorali. Coerente destinazione introversiva, lievi deflessioni e vissuti d'angoscia. Non si rilevano carenze in termini di contatto con la realtà.

### **Thematic Apperception Test**

Tavola I

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Tristezza, Noia



*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

Tavola II

*Tema: Simbolico*

*Emozioni, livello affettivo: Richiesta di autonomia,  
Insoddisfazione*

*Tipologia di proiezione: Esteriorizzazione*

Tavola III

*Tema: Interpretativo*

*Emozioni, livello affettivo: Disperazione, Tristezza*

*Tipologia di proiezione: Semplice*

Tavola IV

*Tema: Elaborativo*

*Emozioni, livello affettivo: Insoddisfazione, Pena*

*Tipologia di proiezione: Esteriorizzazione*

Tavola V

*Tema: Interpretativo*

*Emozioni, livello affettivo: Controllo, Apprensione*

*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

Tavola VI

*Tema: Simbolico*

*Emozioni, livello affettivo: Lutto, Choc, Confusione*

*Tipologia di proiezione: Esteriorizzazione*

Tavola XI

*Tema: Simbolico*

*Emozioni, livello affettivo: Paura, Conflitto, Annientamento*

*Tipologia di proiezione: Semplice*

Tavola XIII

*Tema: Interpretativo*

*Emozioni, livello affettivo: Aggressione, Lutto, Angoscia*

*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

Tavola XIV

*Tema: Diagnostico*

*Emozioni, livello affettivo: Insoddisfazione, Angoscia*

*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

## Tavola XX

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Alienazione, Angoscia

*Tipologia di proiezione:* Semplice

Considerazioni finali: Il protocollo risulta elaborato, la produzione è consistente e di buon livello. Le tematiche sono varie ed elaborate, essenzialmente tendenti al cambiamento, al tema della scelta, del sostegno e sempre aderenti ai significati di ordine manifesto, poi rielaborati personalmente. In merito si rilevano puntuali descrizioni aderenti al percetto e conclusioni relative alle elaborazioni. Le emozioni espresse risultano vicine a vissuti negativi, di noia, preoccupazione, a volte tristezza e rancore, ma sempre legate all'evoluzione delle tavole e seguite da conclusioni tendenzialmente positive e risoltrici. Non si rilevano fenomenologie particolari ne appercezioni non aderenti al materiale proposto e alle relative significazioni, il livello generale è articolato. L'espressione dei bisogni è orientata dal successo, dal supporto e bisogno di sicurezza, di vicinanza.

## **Caso: XII**

Età: 24

Richiesta transizionale: F to M

Fenomeni tipici rilevati (cross dressing, gender role playing):  
presenti ed emersi durante il colloquio, da fasi di sviluppo,  
evoluti.

## **Rorschach**

*Risposte:* 11

*Tavola I:* G F+ A Ban, Do F- Ad, D FM A

*Tavole II:* D F+ H

*Tavola III:* G M H

*Tavola IV:* Rifiuto

*Tavola V:* G F+ A Ban

*Tavola VI:* G F+- Bot Orig+

*Tavola VII:* G F+ H

*Tavola VIII:* D FM A Ban

*Tavola IX:* D C Obj Orig-

*Tavola X:* D F+ A Ban

*Psicogramma:*

Banali: 4

Originali: 1, +; 1, -

Fenomeni particolari: No

TRI-I: 1/0, Coartativo

TRI-II: 0/0, Coartato

IR: 8

### *Rappresentazione del Sé*

Rappresentazioni umane: 3

Rappresentazioni animali: 4

Rappresentazioni d'oggetti: 4

### *Rappresentazione corporea*

Rappresentazioni integre: 7

Rappresentazioni attinte (d'integrità): 0

Rappresentazioni parziali: 2

Rappresentazioni frammentarie: 2

### *Indici psicotraumatologici:*

Frammentazione: 2

Ricerca di sicurezza: 1

Rigidità difensiva: 2

Risposta colore: 1

Tendenza alla coartazione: 1

Considerazioni finali: Limitato numero di risposte, in successione rilassata. Equivalenza appercettiva, inibizioni intellettive di ordine affettivo, tendenze coartative e difficoltà interpretative. Esame di realtà conservato, ma rigido.

### **Thematic Apperception Test**

Tavola I

*Tema:* Elaborativo

*Emozioni, livello affettivo:* Dubbio, Incertezza,  
Insoddisfazione

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

Tavola II

*Tema:* Descrittivo

*Emozioni, livello affettivo:* Coartativo

*Tipologia di proiezione:* Percezioni cognitive

Tavola III

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Lutto, Disperazione, Tristezza

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

Tavola IV

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Angoscia

*Tipologia di proiezione:* Semplice

Tavola V

*Tema:* Descrittivo

*Emozioni, livello affettivo:* Coartativo

*Tipologia di proiezione:* Percezioni Cognitive

Tavola VI

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Sorpresa, Apprensione

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

Tavola XI

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo: Confusione, Conflitto*

*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

Tavola XIII

*Tema: Interpretativo*

*Emozioni, livello affettivo: Pulsionale, Libidico*

*Tipologia di proiezione: Esteriorizzazione*

Tavola XIV

*Tema: Descrittivo*

*Emozioni, livello affettivo: Coartativo*

*Tipologia di proiezione: Percezioni cognitive*

Tavola XX

*Tema: Interpretativo*

*Emozioni, livello affettivo: Attesa, Angoscia*

*Tipologia di proiezione: Esteriorizzazione*

Considerazioni finali: Protocollo sufficientemente strutturato, il livello descrittivo è sempre rispettato, se pur implicitamente. Il dominio tematico oscilla quando pienamente espresso, tra livello interpretativo ed elaborativo, se pur si assiste alla presenza di diversi temi descrittivi. In continuità con questo



dato, l'affettività appare spesso coartato o contraddistinta da negatività. In continuità con il livello affettivo coartativo, in concomitanza appaiono livelli proiettivi di tipo percezione cognitiva. Se pur il protocollo deponga per un assetto deflessivo, non si assiste a fenomenologie garanti di problematiche non conformi all'esame di realtà.

## **Caso: XIII**

Età: 18

Richiesta transizionale: F to M

Fenomeni tipici rilevati (cross dressing, gender role playing):

## **Rorschach**

*Risposte: 9*

*Tavola I: G M H*

*Tavole II: D F - Anat*

*Tavola III: G M H, D F+ A Ban*

*Tavola IV: Rifiuto*

*Tavola V: G F+ A Ban*

*Tavola VI: D F- Relig, D cho Meteo*

*Tavola VII: D F- H*

*Tavola VIII: Rifiuto*

*Tavola IX: Rifiuto*

*Tavola X: D F- Obj Orig -*

*Psicogramma:*

Banali: 2

Originali: 1, -

Fenomeni particolari: No

TRI-I: 2/0, Introversivo puro

TRI-II: 0/1,5, Estratensivo puro

IR: 4

*Rappresentazione del Sé*

Rappresentazioni umane: 2

Rappresentazioni animali: 2

Rappresentazioni d'oggetti: 5

*Rappresentazione corporea*

Rappresentazioni integre: 4

Rappresentazioni attinte (d'integrità): 0

Rappresentazioni parziali: 2

Rappresentazioni frammentarie: 3

*Indici psicotraumatologici:*

Fallimento repressivo: 1

Frammentazione: 3

Rigidità difensiva: 2

Tendenza alla coartazione: 2

Considerazioni finali: Produzione scarna, tipo di appercezione orientata all'analisi, buona qualità cognitiva formale. In merito all'affettività si rilevano tendenze introversive ed inibizione emotiva, tendenza coartativa, presenza di contenuti parziali. Non si riscontrano carenze in termini di contatto con la realtà (Id=4, ipoplastico), sebbene diversi rifiuti (Tav IV, VIII, XI), possano ricondurre a dinamiche conflittuali.

### **Thematic Apperception Test**

Tavola I

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Passionale, Realizzativo

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

Tavola II

*Tema:* Elaborativo

*Emozioni, livello affettivo:* Realizzativo, Separazione,  
Richiesta di autonomia

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

Tavola III

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo: Tristezza, Angoscia*

*Tipologia di proiezione: Esteriorizzazione*

Tavola IV

*Tema: Interpretativo*

*Emozioni, livello affettivo: Angoscia, Inquietudine*

*Tipologia di proiezione: Esteriorizzazione*

Tavola V

*Tema: Interpretativo*

*Emozioni, livello affettivo: Controllo, Angoscia*

*Tipologia di proiezione: Esteriorizzazione*

Tavola VI

*Tema: Interpretativo*

*Emozioni, livello affettivo: Supportivo, Angoscia*

*Tipologia di proiezione: Esteriorizzazione*

Tavola XI

*Tema: Interpretativo*

*Emozioni, livello affettivo: Coartativo*

*Tipologia di proiezione: Percezioni cognitive*

Tavola XIII

*Tema: Descrittivo*

*Emozioni, livello affettivo: Coartativo*

*Tipologia di proiezione: Percezioni cognitive*

Tavola XIV

*Tema: Interpretativo*

*Emozioni, livello affettivo: Insoddisfazione, Angoscia*

*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

Tavola XX

*Tema: Interpretativo*

*Emozioni, livello affettivo: Isolamento, Angoscia, Solitudine*

*Tipologia di proiezione: Esteriorizzazione*

Considerazioni finali: Il soggetto mostra una buona capacità descrittiva: il livello percettivo è quasi sempre superato. Si rilevano tuttavia tratti di inibizione nello svolgimento e, soprattutto, nel completamento delle storie. Nel protocollo è presente una forzata espressione dell'assetto emotivo, manifestato con prevalenza di note di tristezza e inibizione. Il

livello tematico è contraddistinto da prevalenza interpretativa e descrittiva. Il livello proiettivo presenta prevalentemente esteriorizzazioni e sovente percezioni cognitive. Si assiste a coartazione emotiva e inibizione, in assenza di manifestazioni indicative di alterazioni dell'esame di realtà.

## **Caso: XIV**

Età: 18

Richiesta transizionale: F to M

Fenomeni tipici rilevati (cross dressing, gender role playing):  
presentati durante il colloquio, presenti dalla prima  
adolescenza ed evoluti.

## **Rorschach**

*Risposte:* 18

*Tavola I:* Gbl F- Maschera, D F+ A, D M H

*Tavole II:* G M H, G F- Fantasy

*Tavola III:* D F+ A, Gbl F- A

*Tavola IV:* D F+ Vest Ban, D F- Mit

*Tavola V:* G F+ A Ban , G F+ A Ban

*Tavola VI:* G m Esplosione, D F- Sex

*Tavola VII:* G m H Orig - Risposta specchio, Fusione

*Tavola VIII:* D FM A Ban

*Tavola IX:* G m Esplosione orig -, D F- Obj

*Tavola X:* G CF Scena

*Psicogramma:*

Banali: 4



Originali: 1, -

Fenomeni particolari: Risposta specchio, Fusione

TRI-I: 2/1,5 Introversivo misto

TRI-II: 1/0, Coartativo

IR: 4

### *Rappresentazione del Sé*

Rappresentazioni umane: 3

Rappresentazioni animali: 4

Rappresentazioni d'oggetti: 11

### *Rappresentazione corporea*

Rappresentazioni integre: 11

Rappresentazioni attinte (d'integrità): 1

Rappresentazioni parziali: 2

Rappresentazioni frammentarie: 4

### *Indici psicotraumatologici:*

Azione subita: 1

Esplosione: 2

Frammentazione: 4

Fusione: 1

Risposta colore: 2

Considerazioni finali: Buona produttività, tendenza appercettiva equiparabile in termini di analisi e sintesi, prevalenza di determinante formale le cui tendenze si esprimono in senso contrario rispetto ad un adattamento cognitivo conservato, come anche espresso da tendenze di inversione appercettiva. Modalità di adattamento affettivo introversivo, presenza di complessualità e fenomenologia particolare Non si assiste a carenze di contatto con la realtà (IR:4).

### **Thematic Apperception Test**

Tavola I

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Angoscia realizzativa, Fragilità

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

Tavola II

*Tema:* Elaborativo

*Emozioni, livello affettivo:* Difficoltà relazionali, Fastidio

*Tipologia di proiezione: Esteriorizzazione*

Tavola III

*Tema: Interpretativo*

*Emozioni, livello affettivo: Disperazione, Tristezza,  
Malinconia*

*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

Tavola IV

*Tema: Interpretativo*

*Emozioni, livello affettivo: Paura, Tradimento*

*Tipologia di proiezione: Semplice*

Tavola V

*Tema: Interpretativo*

*Emozioni, livello affettivo: Controllo, Angoscia*

*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

Tavola VI

*Tema: Elaborativo*

*Emozioni, livello affettivo: Aggressività*

*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

Tavola XI

*Tema: Descrittivo*

*Emozioni, livello affettivo: Coartativo*

*Tipologia di proiezione: Percezioni cognitive*

Tavola XIII

*Tema: Interpretativo*

*Emozioni, livello affettivo: Lutto, Tristezza, Malinconia*

*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

Tavola XIV

*Tema: Descrittivo*

*Emozioni, livello affettivo: Coartativo*

*Tipologia di proiezione: Percezioni cognitive*

Tavola XX

*Tema: Interpretativo*

*Emozioni, livello affettivo: Attesa, Angoscia, Conflitto*

*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

Considerazioni finali: Il soggetto descrive puntualmente le tavole, la capacità percettiva e descrittiva si rileva conservata. Le tematiche espresse sono varie, emergono ricorrenze relative a rapporti con figure secondarie connotate da conflittualità. Unitamente a tali tematiche, l'esordio al reattivo è di tipo risolutivo individualistico del conflitto. A tali prerogative prettamente individuali, di contro si oppongono emozioni avverse, legate ai rapporti con figure secondarie. Si rilevano livelli tematici descrittivi in concomitanza con coartazione affettiva e stile percettivo cognitivo, unitamente a livelli superiori espressi in termini interpretativi, elaborativi, si sensibilizzazione e sensibilizzazione percettiva. Non si rileva fenomenologia disconforme dall'esame di realtà.

## **Caso: XV**

Età: 49

Richiesta transizionale: F to M

Fenomeni tipici rilevati (cross dressing, gender role playing):  
presenti, evidenziati durante il colloquio, con lievi omissioni.  
Sin dalla prima adolescenza, presenza di fenomenologia tipica  
e maturazione di desiderio transizionale.

## **Rorschach**

*Risposte:* 16

*Tavola I:* G F+ A Ban, G F+ A, G F+ A Deterioramento, Gbl  
F+ A, G F- Bot

*Tavole II:* Choc Velato, G CF- Anat Autoriferimento Orig-

*Tavola III:* Choc Velato, G M H, D cho Nat, D cho Nat, G M  
(H)

*Tavola IV:* G m Nat Rilievo di aggressività

*Tavola V:* G F+ A Ban

*Tavola VI:* Rifiuto

*Tavola VII:* G cho Nat, D F+ H

*Tavola VIII:* Choc, G F- Anat Autoriferimento

*Tavola IX:* Rifiuto

*Tavola X:* G CF Bot

*Psicogramma:*

Banali: 1

Originali: 1, -

Fenomeni particolari: Choc (4), Choc Velato (2),  
Deterioramento

TRI-I: 1/2, Extratensivo misto

TRI-II: 1/5 Extratensivo misto

IR: 4

*Rappresentazione del Sé*

Rappresentazioni umane: 3

Rappresentazioni animali: 2

Rappresentazioni d'oggetti: 11

*Rappresentazione corporea*

Rappresentazioni integre: 5

Rappresentazioni attinte (d'integrità): 1

Rappresentazioni parziali: 3

Rappresentazioni frammentarie: 7

*Indici psicotraumatologici:*

Azione subita: 2

Contenuto devitalizzato: 1

Esplosione: 1

Fallimento repressivo: 6

Frammentazione: 7

Ricerca di sicurezza: 3

Rigidità difensiva: 1

Risposta colore: 1

Tendenza alla coartazione: 1

Considerazioni finali: Buona produttività, appercezione essenzialmente sintetica. Si rileva la presenza di fenomenologia particolare, di rigidità difensiva e fallimenti repressivi. Affettivamente si evidenzia presenza di eventuale labilità, in soggetto con esame di realtà mantenuto.

### **Thematic Apperception Test**

Tavola I

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Noia, Tristezza

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione



## Tavola II

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Inibizione, Frustrazione

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

## Tavola III

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Angoscia

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

## Tavola IV

*Tema:* Elaborativo

*Emozioni, livello affettivo:* Agitazione, Supportivo,  
Realizzativo

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

## Tavola V

*Tema:* Diagnostico

*Emozioni, livello affettivo:* Perplexità, Malinconia

*Tipologia di proiezione:* Semplice

Tavola VI

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Sorpresa

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

Tavola XI

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Affetto, Pena

*Tipologia di proiezione:* Semplice

Tavola XIII

*Tema:* Elaborativo

*Emozioni, livello affettivo:* Sopraffazione

*Tipologia di proiezione:* Semplice

Tavola XIV

*Tema:* Descrittivo

*Emozioni, livello affettivo:* Insicurezza

*Tipologia di proiezione:* Percezioni cognitive

Tavola XX

*Tema:* Elaborativo

*Emozioni, livello affettivo:* Solitudine, Angoscia

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

Considerazioni finali: Livello descrittivo presente e sempre superato, si assiste alla presenza di storie tendenzialmente brevi. Il livello tematico è prevalentemente di tipo elaborativo, l'affettività espresse tendenzialmente negativa, raramente coartata. Il tipo proiettivo spesso orientato all'esteriorizzazione; Protocollo conforma alla conservazione dell'esame di realtà.

## **Caso: XVI**

Età: 20

Richiesta transizionale: F to M

Fenomeni tipici rilevati (cross dressing, gender role playing):

## **Rorschach**

*Risposte:* 10

*Tavola I:* Choc d'avvio, Gbl F- Mit

*Tavole II:* D FM A Choc velato

*Tavola III:* D F+ A, D F+ A Ban

*Tavola IV:* G F- Mit

*Tavola V:* D F+ A Ban

*Tavola VI:* G F- Mit

*Tavola VII:* D F+ A

*Tavola VIII:* D FM A

*Tavola IX:* D FM A

*Tavola X:* D F+ A Ban

*Psicogramma:*

Banali: 3

Originali: 0

Fenomeni particolari: Choc d'avvio, Choc velato

TRI-I: 0/0 Coartato

TRI-II: 2/0 Introversivo

IR: 4

*Rappresentazione del Sè*

Rappresentazioni umane: 0

Rappresentazioni animali: 7

Rappresentazioni d'oggetti: 3

*Rappresentazione corporea*

Rappresentazioni integre: 6

Rappresentazioni attinte (d'integrità): 1

Rappresentazioni parziali: 0

Rappresentazioni frammentarie: 3

*Indici psicotraumatologici:*

Fallimento repressivo: 2

Frammentazione: 3

Ricerca di sicurezza: 2

Rigidità difensiva: 2

Tendenza alla coartazione: 1

Considerazioni finali: Basso numero di risposte (R=10), di numero pari alla quantità delle tavole. Propensione alla concretezza dal punto di vista appercettivo, difficoltà di confronto con le prove. Preponderanza di produzione formale, assetto intellettuale conservato. Non si rilevano produzioni inerenti al campo affettivo, attuale stato di inibizione e conflittualità. Conservato il contatto con la realtà.

### **Thematic Apperception Test**

Tavola I

*Tema:* Elaborativo

*Emozioni, livello affettivo:* Apprensione, Inadeguatezza

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

Tavola II

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Tradimento, Angoscia

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

Tavola III

*Tema:* Diagnostico

*Emozioni, livello affettivo:* Disperazione, Tristezza

*Tipologia di proiezione:* Semplice

Tavola IV

*Tema:* Descrittivo

*Emozioni, livello affettivo:* Coartativo

*Tipologia di proiezione:* Percezioni cognitive

Tavola V

*Tema:* Elaborativo

*Emozioni, livello affettivo:* Controllo, Angoscia

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

Tavola VI

*Tema:* Rifiuto

*Emozioni, livello affettivo:* Coartativo

*Tipologia di proiezione:* Rifiuto

Tavola XI

*Tema:* Simbolico

*Emozioni, livello affettivo: Angoscia*

*Tipologia di proiezione: Semplice*

Tavola XIII

*Tema: Interpretativo*

*Emozioni, livello affettivo: Apprensione*

*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

Tavola XIV

*Tema: Diagnostico*

*Emozioni, livello affettivo: Inquietudine, Richiesta di supporto*

*Tipologia di proiezione: Semplice*

Tavola XX

*Tema: Interpretativo*

*Emozioni, livello affettivo: Attesa angosciante*

*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

Considerazioni finali: Protocollo con livello descrittivo sempre presente, se pur con presenza di elementi elaborati su rilevazione e non descritti. Il livello tematico è tendenzialmente di tipo interpretativo ed elaborativo, con presenza di ordine diagnostico. Quest'ultimo fa riferimento a



precise dinamiche affettivi, per cui si assiste ad elementi deflessivi. In merito alla questione, si assiste ad un assetto affettivo improntato a prevalenti emozioni e stati affettivi negativi rilevati. Proiettivamente orientato all'esteriorizzazione e alla sensibilizzazione. Non si assiste ad interruzioni dell'esame di realtà.

## **Caso: XVII**

Età: 43

Richiesta transizionale: M to F

Fenomeni tipici rilevati (cross dressing, gender role playing): presenti ed emersi durante il colloquio. Necessarie sollecitazioni al fine di inquadrare le epoche di sviluppo della loro comparsa.

## **Rorschach**

*Risposte: 23*

*Tavola I:* D F- Relig, Gdbl F+ A Ban

*Tavole II:* G M H Orig+, G F- Risposta specchio, Simmetria, DG F- Scena Orig-

*Tavola III:* Dbl F- Obj, Negazione, G F+ A

*Tavola IV:* G FCho A, G F- Mostro, D F+ A

*Tavola V:* G F+ A Ban, G F- Bot

*Tavola VI:* G F- Bot

*Tavola VII:* G Cho Fumo

*Tavola VIII:* G F- Obj, G F+A, G F- Obj, G F- Obj

*Tavola IX:* DG F+ H, G F- Riflesso

*Tavola X:* D CF Bot, D F- Bot, D CF Bot

*Psicogramma:*

Banali: 2

Originali: 1, +; 1, -

Fenomeni particolari: Simmetria, Risposta Specchio,  
Negazione

TRI-I: 1/2, Extratensivo misto

TRI-II: 0:2, Extratensivo puro

IR: 3

### *Rappresentazione del Sé*

Rappresentazioni umane: 2

Rappresentazioni animali: 6

Rappresentazioni d'oggetti: 15

### *Rappresentazione corporea*

Rappresentazioni integre: 11

Rappresentazioni attinte (d'integrità): 1

Rappresentazioni parziali: 4

Rappresentazioni frammentarie: 7

### *Indici psicotraumatologici:*

Azione subita: 2

Fallimento repressivo: 4

Frammentazione: 7

Fusione: 2

Ricerca di sicurezza: 2

Rigidità difensiva: 3

Simmetria:1

Considerazioni finali: Protocollo con incongruenza dei fattori che partecipano alla determinazione dell'intelligenza. Presenza di risposte non attese per l'età. Presenti tratti di angoscia. Presenza di molte risposte legate ai processi di simmetria. Quadro mitigato dalla presenza della rappresentazione oggettuale e da una proiezione affettiva solo parzialmente contenuta.

### **Thematic Apperception Test**

Tavola I

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Afflizione, Tristezza

*Tipologia di proiezione:* Semplice

## Tavola II

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Invidia, Frustrazione

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

## Tavola III

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Afflizione, Tristezza

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

## Tavola IV

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Frustrazione

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

## Tavola V

*Tema:* Elaborativo

*Emozioni, livello affettivo:* Controllo, Apprensione

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

## Tavola VI

*Tema:* Elaborativo

*Emozioni, livello affettivo:* Tristezza

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

Tavola XI

*Tema:* Descrittivo

*Emozioni, livello affettivo:* Apprensione

*Tipologia di proiezione:* Percezioni cognitive

Tavola XIII

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Tristezza, Lutto

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

Tavola XIV

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Inquietudine

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

Tavola XX

*Tema:* Elaborativo

*Emozioni, livello affettivo: Attesa*

*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

Considerazioni finali: Il soggetto mostra una buona capacità descrittiva: il livello percettivo è quasi sempre superato. Si rilevano tratti di inibizione nello svolgimento e, soprattutto, nel completamento delle storie. Nel protocollo è presente una buona espressione dell'assetto emotivo, manifestato con lieve prevalenza di note di tristezza. Assetto tematico orientato al fine elaborativo ed interpretativo. Ordine proiettivo di prevalente sensibilizzazione ed esteriorizzazione. Non si rilevano difficoltà di contatto con la realtà.

## **Caso: XVIII**

Età: 22

Richiesta transizionale: M to F

Fenomeni tipici rilevati (cross dressing, gender role playing):  
presenti ed emersi durante il colloquio, risalenti a pregresse  
fasi dello sviluppo, a cavallo tra infanzia e adolescenza.

## **Rorschach**

*Risposte: 12*

*Tavola I: G F+A ban, D F+ A*

*Tavole II: Choc, Rifiuto*

*Tavola III: G M H Ban*

*Tavola IV: Choc allo scuro, Attrazione per il centro, D F- Sex*

*Tavola V: G F+A Ban*

*Tavola VI: D F- Sex, Attrazione per il centro*

*Tavola VII: DbIDd F- Sex, Attrazione per il centro*

*Tavola VIII: D F- Sex, Attrazione per il centro, D F- Sex,  
Attrazione per il centro*

*Tavola IX: Choc, Incertezza interpretativa, D F- Sex,  
Attrazione per il centro, DbIDd F- Sex*

*Tavola X: D F- Sex, Attrazione per il centro*



*Psicogramma:*

Banali: 2

Originali: 0

Fenomeni particolari: Choc (2), Choc allo scuro, Attrazione per il centro (6).

TRI-I: 1/0, Coartativo

TRI-II: 0/0 Coartato

IR: 4

*Rappresentazione del Sé*

Rappresentazioni umane: 1

Rappresentazioni animali: 2

Rappresentazioni d'oggetti: 9

*Rappresentazione corporea*

Rappresentazioni integre: 3

Rappresentazioni attinte (d'integrità): 0

Rappresentazioni parziali: 8

Rappresentazioni frammentarie: 1

*Indici psicotraumatologici:*

Azione subita: 1

Fallimento repressivo: 3

Frammentazione: 1

Ricerca di sicurezza: 6

Rigidità difensiva: 3

Risposta sessuale diretta: 8

Tendenza alla coartazione: 1

Considerazioni finali:

Protocollo media per numero di risposte, assetto appercettivo concretistico, rigidità cognitiva. Forte coartazione affettiva, difficoltà nella gestione delle pulsioni sessuali, di adattamento e di tipo relazionale. Esame di realtà mantenuto.

### **Thematic Apperception Test**

Tavola I

*Tema:* Descrittivo

*Emozioni, livello affettivo:* Delusione, Tristezza

*Tipologia di proiezione:* Percezioni cognitive

Tavola II

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo: Coartativo*

*Tipologia di proiezione: Esteriorizzazione*

Tavola III

*Tema: Interpretativo*

*Emozioni, livello affettivo: Disperazione*

*Tipologia di proiezione: Esteriorizzazione*

Tavola IV

*Tema: Elaborativo*

*Emozioni, livello affettivo: Frustrazione*

*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

Tavola V

*Tema: Descrittivo*

*Emozioni, livello affettivo: Coartativo*

*Tipologia di proiezione: Percezioni cognitive*

Tavola VI

*Tema: Interpretativo*

*Emozioni, livello affettivo: Tensione, Angoscia*

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

Tavola XI

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Tensione, Ansia

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

Tavola XIII

*Tema:* Elaborativo

*Emozioni, livello affettivo:* Tristezza, Sconforto

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

Tavola XIV

*Tema:* Descrittivo

*Emozioni, livello affettivo:* Coartativo

*Tipologia di proiezione:* Percezioni cognitive

Tavola XX

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Tensione, Sospensione, Attesa

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

Considerazioni finali: La modalità di adesione alla consegna mostra una certa difficoltà nella costruzione di storie complesse. La maggioranza delle risposte si ferma ad un livello descrittivo, caratterizzato da un pensiero concreto. La critica del test lascia inferire l'attivazione di meccanismi difensivi nel processo proiettivo: il soggetto mostra infatti un atteggiamento di chiusura. Il protocollo suggerisce un nucleo deflessivo e inibitorio, che si esplica in sentimenti di tristezza, sconforto e tensione, tendenza a percepire oggetti devitalizzati. Ciò nonostante è possibile inferire livelli proiettivi tendenzialmente orientati a sensibilizzazione ed esteriorizzazione che accompagnano le percezioni cognitive. Non si rilevano interferenze psicopatologiche nei rapporti con la realtà.

## **Caso: XIX**

Età: 26

Richiesta transizionale: F to M

Fenomeni tipici rilevati (cross dressing, gender role playing):  
presenti, presentati dal soggetto ad inizio colloquio. Risalenti a  
epoca infantile, evoluti.

## **Rorschach**

*Risposte:* 18

*Tavola I:* G F+ A Ban, G F+A

*Tavole II:* D F+ A

*Tavola III:* G M H Ban

*Tavola IV:* G F+ (H), D F- Sex

*Tavola V:* G F+ A Ban

*Tavola VI:* Rifiuto

*Tavola VII:* D F- Obj Rilievo di aggressività, D F+ Hd Ban

*Tavola VIII:* D F+A Ban Rilievo di aggressività, D F- Sex, D  
CF Nat, D F- Obj

*Tavola IX:* D CF (Hd) orig-

*Tavola X:* D F+A, D CF Obj, D CF Anat, D F- Sex  
Perseverazione

*Psicogramma:*

Banali: 5

Originali: 1, -

Fenomeni particolari: Rilievo di aggressività (2),  
Perseverazione

TRI-I: 1/4, Extratensivo misto

TRI-II: 0/0 Coartato

IR: 6

### *Rappresentazione del Sé*

Rappresentazioni umane: 1

Rappresentazioni animali: 6

Rappresentazioni d'oggetti: 11

### *Rappresentazione corporea*

Rappresentazioni integre: 6

Rappresentazioni attinte (d'integrità): 0

Rappresentazioni parziali: 9

Rappresentazioni frammentarie: 3

### *Indici psicotraumatologici:*

Fallimento repressivo: 1

Frammentazione: 3

Ricerca di sicurezza: 2

Rigidità difensiva: 1

Risposta sessuale diretta: 3

Tendenza alla coartazione: 3

Considerazioni finali: Protocollo ricco, appercettivamente orientato all'analisi. Cognitività complessivamente adeguata, presenti polarizzazioni di contenuto, tendenze affettive coartative in soggetto con mantenuto esame di realtà.

### **Thematic Apperception Test**

Tavola I

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Delusione, Tristezza

*Tipologia di proiezione:* Semplice

Tavola II

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Avversione, Disprezzo

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione



### Tavola III

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Aggressività, Delusione

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

### Tavola IV

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Delusione, Tristezza

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

### Tavola V

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Aggressività, Tristezza, Controllo

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

### Tavola VI

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Rabbia, Contrasto

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

Tavola XI

*Tema:* Simbolico

*Emozioni, livello affettivo:* Catastrofe, Angoscia

*Tipologia di proiezione:* Semplice

Tavola XIII

*Tema:* Simbolico

*Emozioni, livello affettivo:* Rabbia, Instabilità, Aggressività

*Tipologia di proiezione:* Semplice

Tavola XIV

*Tema:* Simbolico

*Emozioni, livello affettivo:* Catastrofe, Angoscia

*Tipologia di proiezione:* Semplice

Tavola XX

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Attesa, Angoscia, Sospensione

*Tipologia di proiezione:* Semplice

Considerazioni finali: Il soggetto si avvicina volentieri al reattivo lasciando spazio allo sviluppo delle storie, che in

genere si proiettano al di là del contenuto delle tavole. Il livello descrittivo delle tavole appare carente e talora addirittura assente: il soggetto in genere non si sofferma sull'immagine, ma la utilizza come spunto per la costruzione delle storie, che comunque appaiono adeguate e coerenti dal punto di vista logico e temporale. Il mondo affettivo appare ricco e vario: le storie sono quasi sempre incentrate sulle emozioni dei personaggi e spesso viene mostrata la compresenza di sentimenti negativi. L' autoriferimento conclusivo rivela amarezza e insoddisfazione per la difficoltà di vedere realizzato, nella realtà, il proprio bisogno affettivo. Ricorre il tema del bisogno di realizzazione personale e di successo, al contempo appaiono evidenti la fragilità emotiva e il bisogno di aiuto e supporto. Il livello tematico appare ben orientato in termini di interpretazione e sovente di elaborazione simbolica. Il livello proiettivo si manifesta contraddistinto da sensibilizzazione, esteriorizzazione e proiezione semplice. Non si rilevano fenomeni di limitazione dell'esame di realtà.

## **Caso: XX**

Età: 26

Richiesta transizionale: F to M

Fenomeni tipici rilevati (cross dressing, gender role playing):  
presentati a colloquio, evoluti lungo lo sviluppo.

## **Rorschach**

*Risposte: 19*

*Tavola I: D FM Mit Contaminazione, Incertezza interpretativa,  
DblG F- Maschera*

*Tavole II: G M A Incertezza interpretativa*

*Tavola III: D FM Mit Simmetria, Choc, Contaminazione*

*Tavola IV: G FM Mostro, Attrazione per il centro*

*Tavola V: G F+ A Incertezza interpretativa*

*Tavola VI: DG ChoF Geo*

*Tavola VII: D F+ -Hd, D F -Ad, Incertezza interpretativa, DG  
m Obj Rilievo di simmetria*

*Tavola VIII: DG FM Scena Rilievo di aggressività  
Confabulazione*

*Tavola IX: Simmetria, D C Fuoco, Tendenza al movimento, D  
CF Geo, DG m Obj, Gdbl CF Anat*

*Tavola X: D FM A orig – Contaminazione, D m CF Bot, Dbl  
F- Hd, D FM A Attrazione per il centro*

*Psicogramma:*

Banali: 0

Originali: 0

Fenomeni particolari: Incertezza interpretativa (4),  
Contaminazione (2), Attrazione per il centro (2) Choc,  
Simmetria (3), Rilievo di aggressività

TRI-I: 0/4,5 Extratensivo

TRI-II: 9/1 Introversivo misto

IR: 4

### *Rappresentazione del Sé*

Rappresentazioni umane: 0

Rappresentazioni animali: 4

Rappresentazioni d'oggetti: 15

### *Rappresentazione corporea*

Rappresentazioni integre: 6

Rappresentazioni attinte (d'integrità): 1

Rappresentazioni parziali: 2

Rappresentazioni frammentarie: 10

*Indici psicotraumatologici:*

Azione subita: 1

Contaminazione: 2

Fallimento repressivo: 3

Frammentazione: 10

Fusione: 1

Rigidità difensiva: 2

Risposta colore: 4

Considerazioni finali: Adeguato per numero di risposte e varietà di contenuti, modalità appercettiva tendenzialmente concretistica. Oppositività e tendenza alla reiterazione di elementi aggressivi, d'angoscia. Presente inibizione, diffidenza. Affettività espressa, presenti conflittualità in soggetto con esame di realtà mantenuto.

**Thematic Apperception Test**

Tavola I

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Noia, Frustrazione

*Tipologia di proiezione: Esteriorizzazione*

Tavola II

*Tema: Elaborativo*

*Emozioni, livello affettivo: Angoscia, Frustrazione*

*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

Tavola III

*Tema: Interpretativo*

*Emozioni, livello affettivo: Disperazione, Fuga*

*Tipologia di proiezione: Esteriorizzazione*

Tavola IV

*Tema: Interpretativo*

*Emozioni, livello affettivo: Tradimento, Attaccamento*

*Tipologia di proiezione: Esteriorizzazione*

Tavola V

*Tema: Interpretativo*

*Emozioni, livello affettivo: Controllo, Abbandono*

*Tipologia di proiezione: Semplice*

Tavola VI

*Tema:* Elaborativo

*Emozioni, livello affettivo:* Insoddisfazione, Allontanamento

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

Tavola XI

*Tema:* Simbolico

*Emozioni, livello affettivo:* Catastrofe, Paura, Fuga

*Tipologia di proiezione:* Semplice

Tavola XIII

*Tema:* Simbolico

*Emozioni, livello affettivo:* Agonia, Lutto, Angoscia

*Tipologia di proiezione:* Semplice

Tavola XIV

*Tema:* Simbolico

*Emozioni, livello affettivo:* Fuga, Controllo

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione



## Tavola XX

*Tema:* Elaborativo

*Emozioni, livello affettivo:* Attesa, Angoscia

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

Considerazioni finali: Il soggetto mostra un'adeguata capacità descrittiva, unitamente a una buona produttività e a una narrazione. Buon livello di organizzazione cognitiva. Emerge un conflitto tra il proprio desiderio e le richieste ambientali che influenza fortemente il vissuto emotivo del soggetto. Spesso, la soluzione giunge attraverso un insight del protagonista che prende una decisione di autoaffermazione. Il livello proiettivo è molto presente causando una sovrapposizione spesso perfetta tra la situazione del paziente e quella descritta nella narrazione. In questi termini prevalgono aspetti simbolici e interpretativi. Non si rilevano carenze di esame di realtà.

## **Caso: XXI**

Età: 20

Richiesta transizionale: M to F

Fenomeni tipici rilevati (cross dressing, gender role playing):  
presenti sin dalla prima adolescenza, espressi.

## **Rorschach**

*Risposte:* 10

*Tavola I:* D F+ H

*Tavole II:* D F+ A

*Tavola III:* D F+ Obj ban

*Tavola IV:* G ChoF mostro

*Tavola V:* G F+ A ban

*Tavola VI:* G F- Mit orig-

*Tavola VII:* D F+ H

*Tavola VIII:* D F+A ban

*Tavola IX:* D F+ A

*Tavola X:* D FC A

*Psicogramma:*

Banali: 3

Originali: 1, -

Fenomeni particolari: No

TRI-I: 0/0,5, Coartativo

TRI-II: 0:1, Coartativo

IR: 4

*Rappresentazione del Sé*

Rappresentazioni umane: 2

Rappresentazioni animali: 5

Rappresentazioni d'oggetti: 3

*Rappresentazione corporea*

Rappresentazioni integre: 8

Rappresentazioni attinte (d'integrità): 0

Rappresentazioni parziali: 0

Rappresentazioni frammentarie: 2

*Indici psicotraumatologici:*

Frammentazione: 2

Ricerca di sicurezza: 1

Tendenza alla coartazione: 1

Considerazioni finali: fortemente inibito e, pur incoraggiato, si limita a fornire una risposta per tavola con una denominazione

secca, ne risulta un protocollo e a al limite della valutazione. La cognitivtà, pur adeguata sul piano formale appare concreta e poco vivace con rappresentazioni spesso generiche e scarse capacità introspettive. L'affettività è tendenzialmente coartata ed evidenzia elementi di angoscia per la rappresentazione maschile/paterna. Gli indici di risonanza intima appaiono entrambi coartativi. Si evidenziano inoltre probabili difficoltà nella rappresentazione identitaria e della sessualità, in soggetto con esame di realtà mantenuto.

### **Thematic Apperception Test**

Tavola I

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Disprezzo, Fastidio, Noia

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

Tavola II

*Tema:* Elaborativo

*Emozioni, livello affettivo:* Attesa

*Tipologia di proiezione:* Percezioni cognitive

Tavola III

*Tema:* Descrittivo

*Emozioni, livello affettivo:* Ricerca, Frustrazione

*Tipologia di proiezione:* Percezioni cognitive

Tavola IV

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Trattenimento, Controllo

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

Tavola V

*Tema:* Descrittivo

*Emozioni, livello affettivo:* Controllo

*Tipologia di proiezione:* Percezioni Cognitive

Tavola VI

*Tema:* Descrittivo

*Emozioni, livello affettivo:* Attesa

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

Tavola XI

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo: Trattenimento, Angoscia*

*Tipologia di proiezione: Esteriorizzazione*

Tavola XIII

*Tema: Interpretativo*

*Emozioni, livello affettivo: Disgusto, Frustrazione*

*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

Tavola XIV

*Tema: Interpretativo*

*Emozioni, livello affettivo: Pentimento, Aggressività*

*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

Tavola XX

*Tema: Descrittivo*

*Emozioni, livello affettivo: Angoscia*

*Tipologia di proiezione: Esteriorizzazione*

Considerazioni finali: Il soggetto si approccia al reattivo malvolentieri chiedendo più volte, durante entrambe le somministrazioni, a cosa serva, quanto durerà o cosa bisognerà fare dopo. Pur rassicurato e incoraggiato verbalizza ripetutamente il timore di essere giudicato. Ciò nonostante, si

rileva una difficoltà già a livello della semplice descrizione dell'immagine e una quasi completa incapacità di creare delle storie che, nei rari casi in cui sono presenti, appaiono comunque spesso prive di connessioni logiche e temporali. Emerge un forte disagio e un'evidente ambivalenza emotiva specie nella relazione con l'altro caratterizzata da manifesti timore, imbarazzo e ritiro. Il livello tematico è spesso di ordine descrittivo, ma si assiste a presenza di elementi interpretativi ed elaborativi. La struttura proiettiva, si contraddistingue per la presenza di percezioni accompagnate da movimenti exteriorizzanti e sensibilizzanti. L'assetto di preoccupazione del soggetto, limita l'espressione lasciando però emergere i dati sopra riportati. Non si rilevano difficoltà di ordine dispercettivo o altra fenomenologia foriera di disturbi dell'esame di realtà.

## **Caso: XXII**

Età: 26

Richiesta transizionale: F to M

Fenomeni tipici rilevati (cross dressing, gender role playing):  
presenti ed evoluti lungo l'età dello sviluppo

## **Rorschach**

*Risposte: 22*

*Tavola I:* G F+ A ban, DbID F- Obj, D F+ A Simmetria

*Tavole II:* D ChoF anat, DbID F- Anat, D FM FCho A

*Tavola III:* G M H ban, D F- Obj Scissione

*Tavola IV:* G F+ A

*Tavola V:* G F+A ban, G FCho A ban

*Tavola VI:* G FCho A ban

*Tavola VII:* D F+ Hd ban Simmetria, D F+A, Perseverazione

*Tavola VIII:* D F+ A ban Rilievo di aggressività, G FM CF  
Scena

*Tavola IX:* D FM A, DbID F+- Hd

*Tavola X:* D F- anat, D F+ Hd, D CF bot, D F+A ban Rilievo  
di aggressività

*Psicogramma:*

Banali: 7



Originali: 0

Fenomeni particolari: Simmetria (2), Rilievo di aggressività,  
Perseverazione, Scissione

TRI-I: 1/2, Extratensivo misto

TRI-II: 1/2, Extratensivo misto

IR: 6

### *Rappresentazione del Sé*

Rappresentazioni umane: 1

Rappresentazioni animali: 11

Rappresentazioni d'oggetti: 10

### *Rappresentazione corporea*

Rappresentazioni integre: 10

Rappresentazioni attinte (d'integrità): 0

Rappresentazioni parziali: 7

Rappresentazioni frammentarie: 5

### *Indici psicotraumatologici:*

Azione subita: 2

Contenuto devitalizzato: 1

Contenuto scheletro: 1

Frammentazione: 5

Rigidità difensiva: 1

Simmetria: 2

Considerazioni finali: adeguato per numero di risposte, con scarsa varietà di contenuti. Cognitività adeguata nella sua rappresentazione formale, può risentire dell'irruzione di aspetti pulsionali. Si rilevano indici di ansia e preoccupazioni somatiche. Il soggetto appare incerto e a tratti inibito. Si rileva inoltre la compresenza di aspetti normativi e di elementi oppositivi e aggressivi in soggetto con mantenuto esame di realtà.

### **Thematic Apperception Test**

Tavola I

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Sconforto, Noia

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

Tavola II

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo: Allontanamento, Frustrazione*

*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

Tavola III

*Tema: Interpretativo*

*Emozioni, livello affettivo: Sconforto, Aggressività, Conflitto*

*Tipologia di proiezione: Esteriorizzazione*

Tavola IV

*Tema: Elaborativo*

*Emozioni, livello affettivo: Allontanamento*

*Tipologia di proiezione: Esteriorizzazione*

Tavola V

*Tema: Elaborativo*

*Emozioni, livello affettivo: Controllo*

*Tipologia di proiezione: Esteriorizzazione*

Tavola VI

*Tema: Elaborativo*

*Emozioni, livello affettivo: Coartativo*

*Tipologia di proiezione: Esteriorizzazione*

Tavola XI

*Tema: Interpretativo*

*Emozioni, livello affettivo: Conflitto, Aggressività, Riparo*

*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

Tavola XIII

*Tema: Interpretativo*

*Emozioni, livello affettivo: Tristezza, Sofferenza*

*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

Tavola XIV

*Tema: Elaborativo*

*Emozioni, livello affettivo: Dubbio, Frustrazione*

*Tipologia di proiezione: Esteriorizzazione*

Tavola XX

*Tema: Interpretativo*

*Emozioni, livello affettivo: Attesa, Angoscia*

*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

Considerazioni finali: Il soggetto si dilunga nella descrizione delle tavole che avviene in modo precisa e dettagliata, per poi dare vita a una storia coerente nei suoi parametri logici e temporali ma scarna e spesso priva di coloritura affettiva. Vengono spesso descritte storie o scene che il soggetto stesso definisce banali con personaggi che conducono un'esistenza noiosa. Nella maggior parte delle storie predominano le emozioni negative in genere legate a pressioni ambientali.

Molti di questi elementi, e in particolare quelli connessi al bisogno di autodeterminazione del soggetto appaiono in linea con la problematica presentata. Il livello tematico è di ordine interpretativo ed elaborativo, quello proiettivo di base esterriorizzante e sensibilizzato. Non si rilevano dinamiche indicative di interruzioni nell'esame di realtà.

## **Caso: XXIII**

Età: 19

Richiesta transizionale: M to F

Fenomeni tipici rilevati (cross dressing, gender role playing):  
presenti, espressi spontaneamente durante il colloquio.

## **Rorschach**

*Risposte: 8*

*Tavola I: GMH, D F- Ad*

*Tavole II: Rifiuto*

*Tavola III: D F- Ad Devitalizzazione*

*Tavola IV: Rifiuto*

*Tavola V: G F+ A ban*

*Tavola VI: Rifiuto*

*Tavola VII: Rifiuto*

*Tavola VIII: G F+ A*

*Tavola IX: D F- Ad, Devitalizzazione*

*Tavola X: G F+ A, D F+ A Ban*

*Psicogramma:*

Banali: 2

Originali: 0

Fenomeni particolari: Devitalizzazione (2), Rifiuto (4)

TRI-I: 1/0 Coartativo

TRI-II: 0/0 Coartato

IR: 4

### *Rappresentazione del Sé*

Rappresentazioni umane: 4

Rappresentazioni animali: 1

Rappresentazioni d'oggetti: 3

### *Rappresentazione corporea*

Rappresentazioni integre: 6

Rappresentazioni attinte (d'integrità): 0

Rappresentazioni parziali: 0

Rappresentazioni frammentarie: 2

### *Indici psicotraumatologici:*

Azione subita: 2

Contenuti melanconici: 2

Contenuto devitalizzato: 2

Contenuto scheletro: 1

Frammentazione: 2

Rigidità difensiva: 4

Tendenza alla coartazione: 4

Considerazioni finali: produzione scarna, il numero di risposte è inferiore al numero delle tavole. Dal tipo di appercezione non risulta una differenziazione e dal punto di vista cognitivo la produzione è orientata alla forma. In merito alla gestione dell'affettività si rilevano tendenze coartative. Non si riscontrano carenze in termini di contatto con la realtà, sebbene diversi fenomeni particolari inducano a considerare difficoltà espressive e note depressive.

### **Thematic Apperception Test**

Tavola I

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Tristezza

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

Tavola II

*Tema:* Elaborativo

*Emozioni, livello affettivo:* Insoddisfazione



*Tipologia di proiezione: Esteriorizzazione*

Tavola III

*Tema: Interpretativo*

*Emozioni, livello affettivo: Tristezza*

*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

Tavola IV

*Tema: Elaborativo*

*Emozioni, livello affettivo: Trattenimento*

*Tipologia di proiezione: Esteriorizzazione*

Tavola V

*Tema: Elaborativo*

*Emozioni, livello affettivo: Controllo*

*Tipologia di proiezione: Esteriorizzazione*

Tavola VI

*Tema: Interpretativo*

*Emozioni, livello affettivo: Tristezza*

*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

Tavola XI

*Tema:* Elaborativo

*Emozioni, livello affettivo:* Trattenimento, Frustrazione

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

Tavola XIII

*Tema:* Elaborativo

*Emozioni, livello affettivo:* Coartativo

*Tipologia di proiezione:* Percezioni cognitive

Tavola XIV

*Tema:* Elaborativo

*Emozioni, livello affettivo:* Coartativo

*Tipologia di proiezione:* Percezioni cognitive

Tavola XX

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Attesa

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

Considerazioni finali: Il soggetto si avvicina alla prova con atteggiamento timoroso. In seguito alla consegna, necessita di rassicurazioni e giunge a produzione sufficiente in tutte le tavole. Il livello tematico appare di tipo interpretativo ed elaborativo, sebbene si registrino alcune percezioni propriamente esposte. In merito si assiste di rado a presenza di coartazione. Il livello affettivo è prevalentemente orientato ad emozioni negative, con presenza di elementi realizzativi. Il livello proiettivo è tendenzialmente esteriorizzante e sensibilizzato. Non si rilevano carenze nell'esame di realtà.

## **Caso: XXIV**

Età: 24

Richiesta transizionale: M t F

Fenomeni tipici rilevati (cross dressing, gender role playing):  
presenti, espressi a colloquio. Insorgenza durante l'infanzia.

## **Rorschach**

*Risposte: 25*

*Tavola I: DG F+ A*

*Tavole II: D F+ A, D CF- Anat, D C Sangue*

*Tavola III: D F+ Obj ban, D C Sangue, D F+ A*

*Tavola IV: G F- Mit*

*Tavola V: G F+ A ban*

*Tavola VI: G F- Mit Perseverazione*

*Tavola VII: D F+ Hd*

*Tavola VIII: Choc velato, D F+ A ban Rilievo di aggressività  
Negazione, D CF- Bot, D F- Obj*

*Tavola IX: Dbl C Nat, D CF- Bot, D C Nat*

*Tavola X: D CF- Bot, D F+ A, D C Nat. D CF Bot  
Perseverazione, D C Nat Perseverazione, D ChoF- Mostro, G  
CF- Obj, D C Nat*

*Psicogramma:*

Banali: 3

Originali: 0

Fenomeni particolari: Negazione, Perseverazione (2), Rilievo di aggressività

TRI-I: 0:16,5 Extratensivo puro

TRI-II: 0 :1 Coartativo

IR: 5

### *Rappresentazione del Sé*

Rappresentazioni umane: 0

Rappresentazioni animali: 6

Rappresentazioni d'oggetti: 19

### *Rappresentazione corporea*

Rappresentazioni integre: 7

Rappresentazioni attinte (d'integrità): 1

Rappresentazioni parziali: 8

Rappresentazioni frammentarie: 9

### *Indici psicotraumatologici:*

Azione subita: 2

Esplosione: 1

Fallimento repressivo: 2

Frammentazione: 9

Ricerca di sicurezza: 1

Rigidità difensiva: 2

Risposta colore: 7

Sangue: 2

Considerazioni finali: buona produzione, tipo di appercezione prevalentemente orientato all'analisi. Labilità formale sul piano cognitivo, nonostante una buona qualità (F+= 63%). In merito all'affettività si rilevano forti tendenze extratensive; coesistono marcata impulsività e mancanza di stabilizzazione. Non si riscontrano carenze in termini di contatto con la realtà (Id=5, plastico).

### **Thematic Apperception Test**

Tavola I

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Disgusto, Noia

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

## Tavola II

*Tema:* Elaborativo

*Emozioni, livello affettivo:* Frustrazione

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

## Tavola III

*Tema:* Elaborativo

*Emozioni, livello affettivo:* Tristezza

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

## Tavola IV

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Disagio, Tradimento,  
Trattenimento

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

## Tavola V

*Tema:* Elaborativo

*Emozioni, livello affettivo:* Controllo, Ostinazione

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

## Tavola VI

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Angoscia, Separazione, Attaccamento

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

## Tavola XI

*Tema:* Simbolico

*Emozioni, livello affettivo:* Angoscia, Fuga

*Tipologia di proiezione:* Semplice

## Tavola XIII

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Lutto, Aggressività, Angoscia

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

## Tavola XIV

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Disperazione, Autoriferimento affettivo con tristezza, Frustrazione



*Tipologia di proiezione: Esteriorizzazione*

Tavola XX

*Tema: Elaborativo*

*Emozioni, livello affettivo: Solitudine, Angoscia, Abbandono*

*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

Considerazioni finali: La modalità di adesione alla consegna mostra una buona propensione alla costruzione di storie e buon livello descrittivo; il livello percettivo è sempre superato. Presumibilmente il soggetto manifesta una certa tendenza all'estroversione, non appare diffidente ad esprimere propria emotività. Si evidenzia un clima affettivo di tipo conflittuale e si rileva l'espressione dell'assetto manifestato con alternanza e con prevalenza di note conflittuali di tristezza. Il livello tematico alterna interpretazione ed elaborazione, con presenza di temi simbolici. La proiettività è configurata sulla base di sensibilizzazione ed esteriorizzazione, priva di fenomeni indicativi di carenze di esame di realtà.

## **Caso: XXV**

Età: 20

Richiesta transizionale: F to M

Fenomeni tipici rilevati (cross dressing, gender role playing):  
emersi durante il colloquio

## **Rorschach**

*Risposte:* 13

*Tavola I:* G F- Mostro, G F+- Relig

*Tavole II:* Choc al rosso, D C sangue

*Tavola III:* GDbI F- Obj

*Tavola IV:* G F- Mit Rilievo di aggressività, G ChoF bot

*Tavola V:* G FCho A ban

*Tavola VI:* G FCho A Rilievo di aggressività

*Tavola VII:* G M H orig+

*Tavola VIII:* D FM A, Rilievo di aggressività, G C Abstr

*Tavola IX:* D CF Anat orig -

*Tavola X:* D ChoF Obj Choc colore

*Psicogramma:*

Banali: 1

Originali: 1

Fenomeni particolari: Choc al rosso, Rilievo di aggressività  
(2), Choc colore

TRI-I: 1/4, Extratensivo misto

TRI-II: 1/3, Extratensivo misto

IR: 4

### *Rappresentazione del Sé*

Rappresentazioni umane: 1

Rappresentazioni animali: 3

Rappresentazioni d'oggetti: 9

### *Rappresentazione corporea*

Rappresentazioni integre: 5

Rappresentazioni attinte (d'integrità): 0

Rappresentazioni parziali: 1

Rappresentazioni frammentarie: 7

### *Indici psicotraumatologici:*

Azione subita: 1

Fallimento repressivo: 2

Ricerca di sicurezza: 2

Rigidità difensiva: 3

Risposta colore: 3

Sangue: 1

Considerazioni finali: adeguato per numero di risposte, la cognitività appare ridotta ( $F+\%=13$ ) a causa della presenza di contenuti primitivi e dall'irrompere di elementi pulsionali e d'angoscia. Il mondo affettivo appare caratterizzato dalla presenza di forti indici emozionali. Si rilevano elementi di angoscia che non sempre il soggetto riesce a contenere. Indice di realtà conservato. Sono presenti elementi concordi alla problematica presentata.

### **Thematic Apperception Test**

Tavola I

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Tristezza

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

Tavola II

*Tema:* Descrittivo

*Emozioni, livello affettivo:* Coartativo

*Tipologia di proiezione: Percezioni cognitive*

Tavola III

*Tema: Elaborativo*

*Emozioni, livello affettivo: Angoscia, Sincope*

*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

Tavola IV

*Tema: Elaborativo*

*Emozioni, livello affettivo: Aggressività*

*Tipologia di proiezione: Esteriorizzazione*

Tavola V

*Tema: Elaborativo*

*Emozioni, livello affettivo: Angoscia, Controllo*

*Tipologia di proiezione: Esteriorizzazione*

Tavola VI

*Tema: Interpretativo*

*Emozioni, livello affettivo: Sorpresa, Delusione, Tristezza*

*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

Tavola XI

*Tema:* Simbolico

*Emozioni, livello affettivo:* Paura, Angoscia, Fuga

*Tipologia di proiezione:* Semplice

Tavola XIII

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Tradimento, Dolore

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

Tavola XIV

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Fuga, Paura

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

Tavola XX

*Tema:* Elaborativo

*Emozioni, livello affettivo:* Solitudine, Attesa

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

Considerazioni finali: Il soggetto si avvicina al test volentieri e segue scrupolosamente la consegna. Le storie appaiono però scarse, brevi e povere di particolari. La cognitività appare dunque adeguata ma tende ad essere troppo ancorata al dato concreto. Ciò è probabilmente legato ad aspetti inibitori che, specie nella prima parte del test, frenano la proiezione e il pensiero fantasmatico e portano il soggetto a concludere precocemente la narrazione o a non riuscire a definirla. L'affettività mostra una prevalenza di emozioni negative che si evidenziano in particolare nella relazione. L'area relazionale risente quindi di una certa sospettosità e diffidenza di fondo che in genere impedisce al soggetto di immaginare una interazione positiva e reciproca con l'altro che viene spesso considerato non necessario alla propria realizzazione. Il livello tematico è tendenzialmente orientato da interpretazione ed elaborazione, di rado è simbolico. Il livello proiettivo è tendenzialmente sensibilizzato ed esteriorizzato, in assenza di fenomeni dispercettivi e limitazioni dell'esame di realtà.

## **Caso: XXVI**

Età: 23

Richiesta transizionale: F to M

Fenomeni tipici rilevati (cross dressing, gender role playing):  
presenti ed espressi spontaneamente durante il colloquio

## **Rorschach**

*Risposte:* 13

*Tavola I:* G F+ A Ban, G F+ A

*Tavole II:* D ChoF Nat

*Tavola III:* G M H ban

*Tavola IV:* G FCho A

*Tavola V:* G F+ A Ban Perseverazione

*Tavola VI:* G F- Obj Rilievo di aggressività

*Tavola VII:* G F- Nat

*Tavola VIII:* D C Nat, D CF Nat, D C Nat

*Tavola IX:* D CF mit orig-

*Tavola X:* D F+A

*Psicogramma:*

Banali: 3

Originali: 1, -



Fenomeni particolari: Perseverazione, Rilievo di aggressività

TRI-I: 1/5 Extratensivo misto

TRI-II: 0/1,5 Extratensivo puro

IR: 4

### *Rappresentazione del Sé*

Rappresentazioni umane: 1

Rappresentazioni animali: 5

Rappresentazioni d'oggetti: 7

### *Rappresentazione corporea*

Rappresentazioni integre: 6

Rappresentazioni attinte (d'integrità): 0

Rappresentazioni parziali: 3

Rappresentazioni frammentarie: 4

### *Indici psicotraumatologici:*

Fallimento repressivo: 2

Frammentazione: 4

Ricerca di sicurezza: 1

Rigidità difensiva: 1

Risposta colore: 1

Considerazioni finali: Nella norma per numero di risposte, mostra una scarsa varietà di contenuti. La cognitività appare nel complesso adeguata, talora turbata dall'instabilità emozionale. Affettivamente appare infatti labile con possibili difficoltà nel controllo degli impulsi e nella gestione dell'ansia. Si rivelano inoltre probabili ambivalenze nei confronti della. Riguardo la problematica identitaria essa appare in fase di determinazione, come evidenziato dalla genericità della rappresentazione umana. Non si rilevano significative interruzioni nell'indice di realtà.

### **Thematic Apperception Test**

Tavola I

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Noia, Disinteresse

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

Tavola II

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Allontanamento, Frustrazione

*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

Tavola III

*Tema: Interpretativo*

*Emozioni, livello affettivo: Tristezza, Malinconia*

*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

Tavola IV

*Tema: Interpretativo*

*Emozioni, livello affettivo: Evitamento, Disgusto*

*Tipologia di proiezione: Esteriorizzazione*

Tavola V

*Tema: Interpretativo*

*Emozioni, livello affettivo: Rovina, Malinconia*

*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

Tavola VI

*Tema: Elaborativo*

*Emozioni, livello affettivo: Conflitto, Aggressività,  
Separazione*

*Tipologia di proiezione: Esteriorizzazione*

Tavola XI

*Tema: Simbolico*

*Emozioni, livello affettivo: Sorpresa, Insicurezza*

*Tipologia di proiezione: Esteriorizzazione*

Tavola XIII

*Tema: Interpretativo*

*Emozioni, livello affettivo: Lutto, Tristezza*

*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

Tavola XIV

*Tema: Elaborativo*

*Emozioni, livello affettivo: Insoddisfazione, Rimorso*

*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

Tavola XX

*Tema: Interpretativo*

*Emozioni, livello affettivo: Solitudine, Rovina, Angoscia*

*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

Considerazioni finali: Il soggetto si attiene alla consegna sia nella descrizione che nella strutturazione delle storie, limitandosi a fornire un racconto che, pur coerente nelle sue dinamiche logiche e temporali, appare scarno ed essenziale e tende a riproporre le dinamiche. Questa strutturazione in genere prevede un contrasto tra i desideri e le aspirazioni del protagonista e l'ambiente. L'affettività evidenzia la vulnerabilità del soggetto che propone in prevalenza di emozioni negative, ma di frequente anche la compresenza di sentimenti contrastanti. Il protocollo evidenzia comunque come il soggetto sia consapevole delle difficoltà connesse alla propria condizione. Il livello tematico è tendenzialmente interpretativo, quello proiettivo sensibilizzato ed esteriorizzante. Non si evincono limitazioni dell'esame di realtà.

## **Caso: XXVII**

Età: 18

Richiesta transizionale: M to F

Fenomeni tipici rilevati (cross dressing, gender role playing):  
presenti ed emersi durante il colloquio. Riferisce elementi  
affini al quesito diagnostico sin dall'infanzia.

### **Rorschach**

*Risposte:* 30

*Tavola I:* GDb1 F- Ad, DF+ A, GF+ A

*Tavole II:* D FC A Attrazione per il centro, D F- arch, Db1 F-  
obj

*Tavola III:* DDb1 F+ A, D F+ A, DF- cartoon, D F- ombra  
Risposta specchio

*Tavola IV:* G FM A, D F- vest, D F- anat Devitalizzazione

*Tavola V:* G F+ A, D F+ A, G F- Ad Risposta metamorfosi

*Tavola VI:* G F+ H orig+, D C sangue

*Tavola VII:* D F- cartoon, G cho impronta

*Tavola VIII:* D FC A Risposta metamorfosi, D FC A, D F+ A,  
D FC A

*Tavola IX:* G F- obj, G F- arch, D F- obj Attrazione per il  
centro, D CF arch

*Tavola X: G CF paes orig-, D CF bot*

*Psicogramma:*

Banali: 0

Originali: 1 , +; 1, -

Fenomeni particolari: Devitalizzazione, Attrazione verso il centro (2), Risposta metamorfosi (2)

TRI-I: 0/4,5 Extratensivo misto

TRI-II: 1/1,5 Extratensivo misto

IR: 4

*Rappresentazione del Sé*

Rappresentazioni umane: 1

Rappresentazioni animali: 12

Rappresentazioni d'oggetti: 17

*Rappresentazione corporea*

Rappresentazioni integre: 15

Rappresentazioni attinte (d'integrità): 0

Rappresentazioni parziali: 6

Rappresentazioni frammentarie: 9

*Indici psicotraumatologici:*

Azione subita: 2

Contenuto devitalizzato: 1

Contenuto scheletro: 1

Frammentazione: 9

Rigidità difensiva: 2

Risposta colore: 1

Sangue: 1

Ricerca di sicurezza: 2

Considerazioni finali: un ricco patrimonio rappresentazionale, notevole varietà di contenuti. L'intelligenza è di tipo concreto, accompagnata da una considerevole motivazione a dare risposte di qualità formale, pur con l'intervento di fattori affettivi ed e di fenomeni di inibizione. L'affettività è orientata alla estroversione con inclinazione ai rapporti interpersonali. Non si rilevano carenze in termine di contatto con la realtà.

### **Thematic Apperception Test**

Tavola I

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Noia, Angoscia, Costrizione

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione



## Tavola II

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Nostalgia, Angoscia, Infelicità

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

## Tavola III

*Tema:* Simbolico

*Emozioni, livello affettivo:* Crisi, Dolore, Angoscia

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

## Tavola IV

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Attaccamento

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

## Tavola V

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Solitudine, Abbandono, Angoscia

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

Tavola VI

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Demotivazione, Dolore, Inibizione, Tristezza

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

Tavola XI

*Tema:* Simbolico

*Emozioni, livello affettivo:* Catastrofe, Paura, Fuga, Confusione

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

Tavola XIII

*Tema:* Elaborativo

*Emozioni, livello affettivo:* Tradimento, Confusione, Colpa

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

Tavola XIV

*Tema:* Simbolico

*Emozioni, livello affettivo:* Fuga, Angoscia

*Tipologia di proiezione:* Semplice

## Tavola XX

*Tema:* Simbolico

*Emozioni, livello affettivo:* Coartativo

*Tipologia di proiezione:* Semplice

Considerazioni finali: Il soggetto rispetta la consegna producendo descrizioni puntuali e spesso ricche di dettagli. Il livello appercettivo è tendenzialmente orientato a tematiche di ordine interpretativo e simbolico. La qualità delle espressioni affettive tende al deflessivo, sebbene se ne riscontri una buona presenza. Il livello proiettivo è essenzialmente orientato alla proiezione semplice e alla sensibilizzazione. Non si riscontrano carenze in esame di realtà.

## **Caso: XXVIII**

Età: 18

Richiesta transizionale: M to F

Fenomeni tipici rilevati (cross dressing, gender role playing):  
presenti e discussi durante il colloquio. Si evidenziano  
difficoltà relazionali dipendentemente dalla loro espressione.

## **Rorschach**

*Risposte: 15*

*Tavola I: G F- Scena*

*Tavole II: D F- Anat, G M H*

*Tavola III: G M H Ban, D F+ Obj Ban, D F- Hd*

*Tavola IV: Choc, G Clob Mostro*

*Tavola V: G F+ A Ban*

*Tavola VI: G m Obj orig -*

*Tavola VII: G M H Risposta specchio*

*Tavola VIII: D M H*

*Tavola IX: G F- Obj orig -*

*Tavola X: D m Relig, D F+ A, D F- Bot*

*Psicogramma:*

Banali: 3

Originali: 2, -

Fenomeni particolari: Choc, Risposta Specchio

TRI-I: 4/0 Introversivo puro

TRI-II: 0/0 Coartato

IR: 5

### *Rappresentazione del Sé*

Rappresentazioni umane: 4

Rappresentazioni animali: 2

Rappresentazioni d'oggetti: 9

### *Rappresentazione corporea*

Rappresentazioni integre: 6

Rappresentazioni attinte (d'integrità): 0

Rappresentazioni parziali: 4

Rappresentazioni frammentarie: 5

### *Indici psicotraumatologici:*

Fallimento repressivo: 1

Frammentazione: 5

Ricerca di sicurezza: 1

Rigidità difensiva: 1

Simmetria: 1

Considerazioni finali: Il protocollo si caratterizza per una sufficiente produzione, il tipo di appercezione risulta con leggera prevalentemente orientato alla sintesi e dal punto di vista cognitivo si riscontrano lievi cadute formali. In merito all'affettività si rilevano tendenze introversive.

Eventuali complessualità si riferiscono a tematiche inerenti a figure e di contatto con situazioni nuove. Non si riscontrano carenze in termini di contatto con la realtà.

### **Thematic Apperception Test**

Tavola I

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Noia, Delusione

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

Tavola II

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Frustrazione, Attaccamento

*Tipologia di proiezione: Esteriorizzazione*

Tavola III

*Tema: Elaborativo*

*Emozioni, livello affettivo: Sconcerto, Tristezza*

*Tipologia di proiezione: Esteriorizzazione*

Tavola IV

*Tema: Elaborativo*

*Emozioni, livello affettivo: Coartativo*

*Tipologia di proiezione: Esteriorizzazione*

Tavola V

*Tema: Interpretativo*

*Emozioni, livello affettivo: Coartativo*

*Tipologia di proiezione: Semplice*

Tavola VI

*Tema: Elaborativo*

*Emozioni, livello affettivo: Confusione, Sorpresa*

*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

Tavola XI

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Attesa, Angoscia

*Tipologia di proiezione:* Semplice

Tavola XIII

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Fuga, Paura

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

Tavola XIV

*Tema:* Descrittivo

*Emozioni, livello affettivo:* Coartativo

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

Tavola XX

*Tema:* Simbolico

*Emozioni, livello affettivo:* Attesa, Angoscia, Solitudine

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione



Considerazioni finali: L'accesso alla prova è tendenzialmente inibito da preoccupazioni inerenti ai risultati. In seguito alla spiegazione e alla consegna, il soggetto accede al test in modo congruo alla condizione riportata. La descrizione è sempre presente, se pur si assista all'omissione di alcuni dettagli. Il livello tematico è tendenzialmente interpretativo ed elaborativo, di rado si assiste a simbolizzazioni franche. L'assetto affettivo è prevalentemente orientato da affettività negativa, in presenza di conclusioni alle volte risolutive. In termini proiettivi si annoverano sensibilizzazioni, esteriorizzazioni, percezioni cognitive. Non si rilevano proiezioni invertite o autistiche, indicative di conflitto con la realtà.

## **Caso: XXIX**

Età: 22

Richiesta transizionale: M to F

Fenomeni tipici rilevati (cross dressing, gender role playing):  
presenti, emersi durante il colloquio.

## **Rorschach**

*Risposte:* 16

*Tavola I:* G F+ A Ban, G F+ A

*Tavole II:* G FM A

*Tavola III:* G M H, G M Scena

*Tavola IV:* G F+ A

*Tavola V:* G F+ A Ban

*Tavola VI:* D FM A

*Tavola VII:* G FM A

*Tavola VIII:* D FM A Ban

*Tavola IX:* D F- Ad, D FM A

*Tavola X:* D F+A Ban, D F+A Ban, D F+A, D FM A

*Psicogramma:*

Banali: 5

Originali: 0

Fenomeni particolari: 0

TRI-I: 2/0 Introversivo puro

TRI-II: 6/0 Introversivo puro

IR: 8

*Rappresentazione del Sé*

Rappresentazioni umane: 1

Rappresentazioni animali: 13

Rappresentazioni d'oggetti: 2

*Rappresentazione corporea*

Rappresentazioni integre: 12

Rappresentazioni attinte (d'integrità): 0

Rappresentazioni parziali: 2

Rappresentazioni frammentarie: 2

*Indici psicotraumatologici:*

Incertezza Interpretativa: 2

Frammentazione: 2

Considerazioni finali: Numero sufficiente di risposte, livello appercettivo essenzialmente sintetico in soggetto con rigidità nell'espressione cognitiva e livello superiore alla media. Si assiste alla presenza di diversi tratti inibitori e coartativi dell'emotività. Non si rilevano pienamente espressioni affettive. Si denota alto ricorso a normatività percettiva indicativa di lieve deflessione umorale e lieve immaturità affettiva. Non si rilevano carenze in termini di esame di realtà.

### **Thematic Apperception Test**

Tavola I

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Angoscia, Noia

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

Tavola II

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Insoddisfazione, Frustrazione

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

Tavola III

*Tema:* Descrittivo

*Emozioni, livello affettivo: Coartativo*

*Tipologia di proiezione: Percezioni cognitive*

Tavola IV

*Tema: Elaborativo*

*Emozioni, livello affettivo: Rabbia, Aggressività*

*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

Tavola V

*Tema: Simbolico*

*Emozioni, livello affettivo: Coartativo*

*Tipologia di proiezione: Semplice*

Tavola VI

*Tema: Interpretativo*

*Emozioni, livello affettivo: Sorpresa, Tristezza*

*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

Tavola XI

*Tema: Descrittivo*

*Emozioni, livello affettivo: Coartativo*

*Tipologia di proiezione: Percezioni cognitive*

Tavola XIII

*Tema: Interpretativo*

*Emozioni, livello affettivo: Tradimento, Frustrazione, Supporto*

*Tipologia di proiezione: Esteriorizzazione*

Tavola XIV

*Tema: Diagnostico*

*Emozioni, livello affettivo: Depressivo, Tristezza, Malinconia*

*Tipologia di proiezione: Esteriorizzazione*

Tavola XX

*Tema: Interpretativo*

*Emozioni, livello affettivo: Solitudine, Angoscia*

*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

Considerazioni finali: Protocollo contraddistinto da buona produzione, descrizioni presenti e puntualmente elaborate. Si assiste alla presenza di elementi tematici di ordine simbolico, elaborativo e prevalentemente interpretativo; presenti temi diagnostici, la cui natura rimanda alla presenza di lieve deflessione timica testimoniata a quanto riportato. Il livello

proiettivo è di tipo sensibilizzato ed esteriorizzante; si rilevano percezioni cognitive semplici in soggetto con conservato esame di realtà.

## **Caso: XXX**

Età: 23

Richiesta transizionale: M to F

Fenomeni tipici rilevati (cross dressing, gender role playing):  
presenti, emersi durante il colloquio dopo richiesta.

## **Rorschach**

*Risposte:* 19

*Tavola I:* G ChoF Rx, G F- A riflesso

*Tavole II:* D F+ A, G F+ A

*Tavola III:* D F+ Obj Ban, D F+A, G M H Ban

*Tavola IV:* D ChoF Arch

*Tavola V:* G F+ A Ban, G F+ A

*Tavola VI:* G F+ A

*Tavola VII:* G F+ H, D F+ A

*Tavola VIII:* D F- A Devitalizzazione

*Tavola IX:* Choc, D F+ A

*Tavola X:* D F+ A Ban, D F+A, D FM Scena, D F+ A

*Psicogramma:*

Banali: 4

Originali: 0



Fenomeni particolari: Riflesso, Riflesso, Devitalizzazione

TRI-I: 1/0, Coartativo

TRI-II: 1/2 Extratensivo misto

IR: 4

### *Rappresentazione del Sé*

Rappresentazioni umane: 2

Rappresentazioni animali: 14

Rappresentazioni d'oggetti: 3

### *Rappresentazione corporea*

Rappresentazioni integre: 9

Rappresentazioni attinte (d'integrità): 0

Rappresentazioni parziali: 5

Rappresentazioni frammentarie: 5

### *Indici psicotraumatologici:*

Azione subita: 2

Contenuti melanconici: 2

Contenuto devitalizzato: 1

Contenuto scheletro: 1

Fallimento repressivo: 1

Frammentazione: 5

Ricerca di sicurezza: 1

Simmetria: 1

Considerazioni finali: il soggetto fornisce un buon numero di risposte, l'appercezione risulta prevalentemente concreta ed il livello cognitivo lievemente inficiato da inibizione intellettiva di origine affettiva. In merito, si rilevano elementi deflessivi e d'angoscia, come anche conflittualità nella gestione della stessa. Non si rilevano carenze in termini di contatto con la realtà.

### **Thematic Apperception Test**

Tavola I

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Noia, Inibizione

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

Tavola II

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Frustrazione, Realizzativo

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

Tavola III

*Tema:* Elaborativo

*Emozioni, livello affettivo:* Inibizione, Malinconia

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

Tavola IV

*Tema:* Descrittivo

*Emozioni, livello affettivo:* Trattenimento

*Tipologia di proiezione:* Esteriorizzazione

Tavola V

*Tema:* Interpretativo

*Emozioni, livello affettivo:* Controllo, Angoscia

*Tipologia di proiezione:* Sensibilizzazione

Tavola VI

*Tema:* Descrittivo

*Emozioni, livello affettivo:* Frustrazione

*Tipologia di proiezione: Esteriorizzazione*

Tavola XI

*Tema: Descrittivo*

*Emozioni, livello affettivo: Coartativo*

*Tipologia di proiezione: Percezioni cognitive*

Tavola XIII

*Tema: Interpretativo*

*Emozioni, livello affettivo: Tristezza*

*Tipologia di proiezione: Esteriorizzazione*

Tavola XIV

*Tema: Simbolico*

*Emozioni, livello affettivo: Ostinazione*

*Tipologia di proiezione: Semplice*

Tavola XX

*Tema: Interpretativo*

*Emozioni, livello affettivo: Attesa*

*Tipologia di proiezione: Sensibilizzazione*

Considerazioni finali: Protocollo contraddistinto da capacità descrittive espresse e tematiche tendenzialmente ripetitive. Si rilevano elementi significanti. Il livello tematico è prevalentemente interpretativo ed elaborativo, con presenza di descrizione. Il livello affettivo è indicativo di lieve deflessione timica, coadiuvata da presenza di finali plausibilmente realizzativi. Il livello proiettivo risulta di tipo sensibilizzazione ed esteriorizzazione, si assiste alla presenza di semplici percezioni cognitive. Non si rilevano elementi indicatori di difficoltà nell'esame di realtà.

La precedente sezione ha previsto la rilevazione dei fenomeni tramite la metodologica indicata. Attraverso la somministrazione del reattivo di Rorschach e del Thematic Apperception Test, le emergenze fenomenologiche sono state annoverate e classificate.

Dal punto di vista paraedolico, sono stati considerate le risposte alle 10 tavole, le risposte e gli indici classici del reattivo. In aggiunta, come premesso in termini metodologici, sono stati rilevati fenomeni legati alla rappresentazione del Sé, del Corpo e gli indici psicotraumatologici.

In termini appercettivi, si è proceduto all'analisi delle risposte nelle singole tavole somministrate, evidenziando la tipologia di tematica, di livello affettivo espresso e la tipologia proiettiva.

I dati complessivi, seguiranno al fine di ordinare e classificare le manifestazioni specifiche, per domini particolari e generali.

### 3.2 Analisi dei dati della popolazione esaminata

#### 3.2.1 Presentazione e valutazione complessiva dati Rorschach

*Età:* 30 soggetti disforici di genere, di età compresa tra 18 e 49 anni (Media: 25 anni; Deviazione Standard: 7.701).

*Risposte:* 528 con una media di 17.8 risposte a protocollo (Deviazione Standard: 9.19).

*Fenomeni Particolari:* 108 (20,18%)

Attrazione per il centro: 14

Autocritica: 1

Autoriferimento: 2

Choc: 9

Choc al Rosso: 2

Choc allo scuro: 1

Choc colore: 2

Choc d'avvio: 2

Choc velato: 3

Contaminazione: 5

Deterioramento: 1

Devitalizzazione: 8

Fusione: 2

Incertezza interpretativa: 7

Negazione: 2

Perseverazione: 6

Rifiuto: 4

Riflesso: 2

Rilievo di aggressività: 14

Rilievo di simmetria: 4

Risposta metamorfosi: 2

Risposta specchio: 2

Scissione: 1

Simmetria: 7

Tendenza alla perseverazione: 2

Tendenza confabulatoria: 1

Tendenza scissoria: 2

Si è rilevata una consistente presenza di fenomeni particolari, la prevalenza dei quali si è rivelata orientata dal mantenimento dell'esame di realtà. Non si rilevano infatti fenomenologie di ordine propriamente psicotico, raramente presenti in termini tendenziali più che univocamente presenti, costanti, ripetute e perpetrate. La consistente presenza dei fenomeni (108, 20,18% delle risposte) ha comunque indicato la presenza di un vissuto altamente disforico e caratterizzato dalla trasposizione delle

proprie qualità strutturali alle percezioni, poi rese pareidolie e significate.

IR: Rilevato nei 30 protocolli e corrispondente ad un minimo di 4 (ipoplastico) ad un massimo di 8 (rigido), con media di 4.93 (DS: 1.31).

L'indice generale di Niger, indicativo dell'esame di realtà dei soggetti, si è attestato mediamente ipoplastico, con tendenza all'avvicinamento al 5, senza indicare carenze nell'esame di realtà.

#### *Rappresentazione del Sé*

Rappresentazioni umane: 51

Rappresentazioni animali: 186

Rappresentazioni d'oggetti: 291

In accordo con gli studi di Rausch de Traubenberg (1984) in merito al Sé, si è rilevata l'altissima presenza di contenuti oggettuali a discapito di rappresentazioni animali e umane vitali, indicative di un disinvestimento e di una struttura del Sé allo stato disadattiva.

#### *Rappresentazione corporea*

Rappresentazioni integre: 239



Rappresentazioni attinte (d'integrità): 13

Rappresentazioni parziali: 127

Rappresentazioni frammentarie: 149

Le rappresentazioni corporee sono apparse contraddistinte da un elevato livello di parzialità e frammentarietà oggettuale, indicative di strutture rappresentative corporee disadattivi e non inclini ai processi di unificazione. L'inconciliabilità di elementi parziali e oggettuali, appare indicativa dell'attuale impossibilità di adattamento rappresentazionale e percettivo di ordine corporeo.

#### *Indici psicotraumatologici*

Totale: 392

Azione subita: 24

Contaminazione: 3

Contenuti melanconici: 6

Contenuto devitalizzato: 10

Contenuto scheletro: 5

Esplosione: 4

Fallimento repressivo: 40

Frammentazione: 136

Fusione: 5

Incertezza Interpretativa: 2

Ricerca di sicurezza: 34

Rifiuto: 2

Rigidità difensiva: 39

Risposta colore: 31

Risposta sessuale diretta: 20

Sangue: 6

Simmetria: 5

Tendenza alla coartazione: 20

L'altissima presenza di elementi psicotraumatici (392), risulta indicativa dell'attuale portata delle rappresentazioni proprie dei soggetti disforici di genere, in merito all'adattamento e alle possibilità adattive tipiche delle manifestazioni rappresentative.

### 3.2.2 Presentazione e valutazione complessiva Thematic Apperception Test

#### 3.2.2.1 Tema

Descrittivo: 31

Diagnostico: 9

Elaborativo: 67

Interpretativo: 147

Rifiuti: 2

Simbolico: 42

La prevalenza tematica è risultata orientata dalla maggioranza di risposte di tipo interpretativo, in cui la richiesta di significare scene tipiche delle tavole somministrate, incontrava la capacità di astrarne funzionalmente elementi e costituire sequenze tematiche indicative del proprio livello appercettivo. Non si assisteva alla presenza di fenomenologia di ordine psicotico. Il numero dei rifiuti risultava basso, le capacità elaborative e descrittive apparivano conservate. Scarso livello simbolico.

#### 3.2.2.2 Emozioni, livello affettivo

Abbandono: 5

Abbattimento: 1

Affetto: 3

Afflizione: 3

Aggressività: 16

Agitazione: 3

Agonia: 1

Alienazione: 1

Allontanamento: 7

Ambivalenza: 1

Ambizione: 1

Angoscia: 53

Angoscia realizzativa: 1

Annientamento: 1

Ansia: 1

Apprensione: 7

Astenia: 1

Attaccamento: 1

Attesa: 15

Attesa angosciante: 2

Autorealizzazione: 1

Autoriferimento affettivo con tristezza: 1

Avversione: 1

Bisogno di approvazione: 1

Bisogno di autonomia: 1

Bisogno di successo: 1

Catastrofe: 5

Choc: 5

Coartativo: 33

Collera: 1

Colpa: 1

Conflitto: 6  
Confusione: 5  
Controllo: 22  
Costrizione: 1  
Crisi: 1  
Delusione: 7  
Demoralizzazione: 1  
Demoralizzazione: 1  
Demotivazione: 4  
Depressivo: 3  
Difesa: 2  
Difficoltà realizzative: 1  
Difficoltà relazionali: 1  
Disagio: 1  
Disapprovazione: 11  
Disgusto: 2  
Disinteresse: 1  
Disperazione: 14  
Disprezzo: 2  
Dolore: 3  
Dubbio: 5

Evitamento: 1  
Fastidio: 1  
Fragilità: 1  
Frustrazione: 25  
Fuga: 11  
Inadeguatezza: 1  
Incertezza: 1  
Indifferenza: 1  
Infelicità: 1  
Inibizione: 5  
Inquietudine: 6  
Insicurezza: 6  
Insoddisfazione: 12  
Insonnia: 1  
Instabilità: 1  
Invidia: 1  
Isolamento: 1  
Libidico: 3  
Litigio: 1  
Lutto: 16  
Malessere: 1

Malinconia: 18

Motivazione: 2

Nascondimento: 2

Negazione:

Noia: 17

Nostalgia: 2

Ostilità: 3

Ostinazione: 4

Passionale: 1

Pena: 13

Pentimento: 1

Perdita: 1

Perplexità: 1

Prigionia: 1

Pulsionale: 1

Rabbia: 7

Realizzativo: 8

Richiesta di autonomia: 8

Richiesta di supporto: 1

Rifiuto: 1

Rimorso: 1

Riparo: 1  
Rivalsa: 2  
Rovina: 4  
Sconcerto: 1  
Sconfitta: 3  
Sconforto: 4  
Scontro: 1  
Separazione: 1  
Smarrimento: 1  
Sofferenza: 1  
Solitudine: 13  
Sopraffazione: 4  
Sorpresa: 8  
Sospensione: 1  
Supportivo: 3  
Tedio: 1  
Tensione: 2  
Timore: 2  
Tradimento: 9  
Trattenimento: 7  
Tristezza: 57



Vergogna: 3

Le espressioni affettive dei soggetti apparivano estremamente significative, al fine di garantire una espressione coerente alle strutture, o meglio, alla struttura esaminata. In merito, la prevalenza delle qualità affettive appariva nettamente negativizzata, orientata da emozioni, affetti e sentimenti essenzialmente disadattivi, con prevalenza di aggressività, frustrazione, angoscia, attesa angosciata, coartazione e tristezza. Se può tutto ciò si configura in linea con il significato proprio ed etimologico della dis-phoria, risulta importante sottolinearne la portata, espressa numericamente e qualitativamente nelle precedenti trattazioni.

### 3.2.2.3 Tipologia di proiezione

Esteriorizzazione: 100

Percezioni Cognitive: 29

Semplice: 52

Sensibilizzazione: 115

Proiezioni invertite: 0

Proiezioni autistiche: 0

La prevalenza organizzativa in termini proiettivi si configurava come prevalentemente orientata da esteriorizzazione e sensibilizzazione, in assenza di proiezioni invertite e autistiche. In alcuni casi, il livello proiettivo appariva

pienamente rispettato, sebbene le prevalenze apparivano orientate da sensibilizzazioni ed esteriorizzazioni, foriere di necessità espressive legate alle proprie condizioni disadattive e non inclini ai fini realizzativi in continuità con l'identità sessuale allo stato esperita.

### 3.3 Confronto tra popolazioni M to F ed F to M degli indici generali al Rorschach

#### 3.3.1 M to F

##### 3.3.1.1 Rappresentazione del Sé

Rappresentazioni umane: 31 (9,8 %)

Rappresentazioni animali: 107 (34,9 %)

Rappresentazioni oggettuali: 171 (55,3 %)

##### 3.3.1.2 Rappresentazione corporea

Rappresentazioni integre: 138 (44,8 %)

Rappresentazioni attinte (d'integrità): 6 (2%)

Rappresentazioni parziali: 80 (25,9 %)

Rappresentazioni frammentarie: 84 (27,3 %)

#### 3.3.2 F to M

##### 3.3.2.1 Rappresentazione del Sé

Rappresentazioni umane: 20 (9,1 %)

Rappresentazioni animali: 79 (30,1 %)

Rappresentazioni oggettuali: 120 (54,8 %)

### 3.3.2.2 Rappresentazione corporea

Rappresentazioni integre: 100 (45,7 %)

Rappresentazioni attinte (d'integrità): 7 (3,2 %)

Rappresentazioni parziali: 47 (21,5 %)

Rappresentazioni frammentarie: 65 (29,6 %)

Tabella 1. Confronto dei valori

<b>M to F</b>	<b>F to M</b>
<b>Rappresentazione del Sè</b>	
U: 9,8 %	U: 9,1 %
A: 34,9 %	A: 30,1 %
O: 55,3 %	O: 54,8 %
<b>Rappresentazione del corpo</b>	
I: 44,8 %	I: 45,7 %
A: 2%	A: 3,2 %
P: 25,9 %	P: 21,5 %
F: 27,3 %	F: 29,6 %

Com'è possibile osservare dalla tabella in questione, i livelli di rappresentazioni, intesi in termini riferibili al Sé e alla corporeità, non apparivano variate o significativamente differenti tra i gruppi M to F ed F to M.

### 3.4 Organizzazione per tavola delle risposte al Thematic Apperception Test

Per i soggetti M to F (I, II, III BM, IV, V, VI BM, XI, XIII MF, XIV, XX) ed F to M (F to M: I, II, III GF, IV, V, VI GF, XI, XIII MF, XIV, XX)

I

Connotazioni di ordine corporeo, del Sé e della realizzazione conforme (Bellack, Rappaport)

*Tema*

Descrittivo: 1

Elaborativo: 4

Interpretativo: 21

Simbolico: 4

*Emozioni, Livello Affettivo*

Afflizione: 1

Ambivalenza: 1

Angoscia: 2

Angoscia realizzativa: 1

Apprensione: 1

Bisogno di autonomia: 1

Collera: 1

Costrizione: 1

Delusione: 1

Difficoltà realizzative: 1

Disapprovazione: 1

Disgusto: 1

Disinteresse: 1

Disprezzo: 1

Dubbio: 1

Fastidio: 1

Fragilità: 1

Frustrazione: 1

Inadeguatezza: 1

Incertezza: 1

Inibizione: 1

Insoddisfazione: 1

Malinconia: 1

Noia: 17

Passionale: 1

Realizzativo: 1

Realizzazione: 1

Richiesta di autonomia: 1

Sconfitta: 1

Sconforto: 1

Tristezza: 12

*Tipologia di proiezione*

Esteriorizzazione: 7

Percezioni cognitive: 1

Semplice: 3

Sensibilizzazione: 19

E' stato possibile rilevare che sulla base dell'univocità della tavola e delle tematiche ad essa legate (univoca per M to F ed F to M), il livello tematico prevalente risulta essere di ordine interpretativo. Buoni livelli di attivazione appercettiva, unitamente a fenomeni prevalenti di sensibilizzazione in campo proiettivo, indicano l'investimento avvenuto e consistente dei soggetti. Le dinamiche affettive associate alla condizione riguardante, il Sé, la corporeità e la realizzazione in conformità alla norma, hanno indicato consistenti difficoltà. Si

assiste ad una prevalenza assoluta di noia e tedio, seguita da manifestazioni comunque di ordine negativo.

## II

Tematiche riferite alla triangolazione di figure primarie, agli atteggiamenti ambientali e alla divergenza (Bellak, Holt, Anieu).

### *Tema*

Descrittivo: 1

Elaborativo: 10

Interpretativo: 14

Simbolico: 5

### *Emozioni, Livello Affettivo*

Abbattimento: 1

Allontanamento: 4

Ambizione: 1

Angoscia: 3

Attaccamento: 1

Attesa: 1

Autorealizzazione: 1

Avversione: 1

Bisogno di approvazione: 1

Coartativo: 5

Demotivazione: 1

Difficoltà relazionali: 1

Disapprovazione: 1

Disprezzo: 1

Fastidio: 1

Frustrazione: 11

Infelicità: 1

Inibizione: 1

Insicurezza: 1

Insoddisfazione: 5

Invidia: 1

Motivazione: 1

Nostalgia: 1

Realizzativo: 4

Realizzazione: 1

Richiesta di autonomia: 5

Separazione: 1

Sopraffazione: 1

Tradimento: 1



### *Tipologia di proiezione*

Esteriorizzazione: 20

Percezioni cognitive: 3

Sensibilizzazione: 7

Il livello tematico generale è di tipo prevalentemente elaborativo ed interpretativo. Laddove le piene appercezioni non si realizzavano, si assisteva comunque a tentativi di significazione le cui caratteristiche assumevano le sembianze di esteriorizzazioni consistenti, indicative di avvenuta declinazione al Sé delle tematiche e di presenti sensibilizzazioni. L'ordine affettivo risulta contraddistinto prevalentemente da frustrazione, insoddisfazione, allontanamento e coartazione, indicativi dei rapporti dei soggetti con le tematiche presentate.

### III

III BM: preoccupazioni depressive (Rappaport)

III GF: colpa, disperazioni e ideazioni depressogene (Rappaport)

### *Tema*

Descrittivo: 2

Diagnostico: 1

Elaborativo: 5

Interpretativo: 18

Simbolico: 4

*Emozioni, Livello Affettivo*

Abbandono: 1

Afflizione: 2

Aggressività: 2

Angoscia: 4

Astenia: 1

Coartativo: 1

Conflitto: 1

Crisi: 1

Delusione: 1

Demotivazione: 1

Disperazione: 13

Dolore: 1

Frustrazione: 2

Fuga: 1

Inibizione: 1

Lutto: 1

Malinconia: 7

Nascondimento: 1

Ricerca: 1

Sconcerto: 1

Sconforto: 1

Sincope: 1

Smarrimento: 1

Tristezza: 18

*Tipologia di proiezione*

Esteriorizzazione: 7

Percezioni cognitive: 2

Semplice: 4

Sensibilizzazione: 17

La somministrazione della tavola III ha prodotto una prevalenza tematica di ordine interpretativo: i soggetti di entrambi i sessi si sono orientati prevalentemente attraverso interpretativo piene, di rado di altra natura. Il livello proiettivo e appercettivo si assesta attorno a tipologie di ordine sensibilizzato, con presenza di esteriorizzazione. Il livello affettivo esprime negatività, affetti deflessivi in conformità con il tentativo appercettivo suscitato dalla tavola. I fenomeni emotivi ed affettivi prevalenti sono di ordine tristezza,

malinconia e negli altri casi fortemente conformi alla dinamica riportata e proposta.

#### IV

Qualità relazionali, disaccordi e problematiche di contatto  
(Bellack e Rappaport)

##### *Tema*

Descrittivo: 1

Elaborativo: 12

Interpretativo: 14

Rifiuto: 1

Simbolico: 1

##### *Emozioni, Livello Affettivo*

Affetto: 1

Aggressività: 4

Agitazione: 1

Allontanamento: 2

Angoscia: 2

Attaccamento: 4

Coartativo: 3

Controllo: 1  
Delusione: 1  
Difesa: 1  
Disagio: 1  
Disapprovazione: 1  
Disgusto: 1  
Evitamento: 1  
Frustrazione: 2  
Indifferenza: 1  
Inquietudine: 1  
Insicurezza: 1  
Insoddisfazione: 1  
Litigio: 1  
Lutto: 1  
Ostilità: 1  
Paura: 2  
Pena: 1  
Rabbia: 4  
Realizzativo: 1  
Richiesta di autonomia: 1  
Rovina: 1

Sconfitta: 1

Supportivo: 1

Tedio: 1

Tradimento: 4

Trattenimento: 5

Tristezza: 3

### *Tipologia di proiezione*

Esteriorizzazione: 13

Percezioni cognitive: 1

Semplice: 5

Sensibilizzazione: 11

La prevalenza tematica risulta di ordine interpretativo, seguita da manifestazioni appercettive di ordine esteriorizzante e sensibilizzato. Si rileva la presenza di una varietà di assetti affettivi, orbitanti attorno alla tematica propria della tavola, quale espressione di disagio e difficoltà di ordine relazionale.

### V

Angosce legate all'essere sorpresi in atteggiamenti non conformi alla norma, controllo e rapporti riferibili a figura primaria (Bellack, Holt e Rappaport).

*Tema*

Descrittivo: 3

Diagnostico: 1

Elaborativo: 9

Interpretativo: 15

Rifiuto: 1

Simbolico: 1

*Emozioni, Livello Affettivo*

Abbandono: 2

Aggressività: 1

Angoscia: 7

Apprensione: 3

Coartativo: 4

Controllo: 19

Delusione: 1

Disapprovazione: 2

Insicurezza: 1

Malinconia: 2

Nostalgia: 1

Ostilità: 1

Ostinazione: 2

Paura: 1

Perplessità: 1

Rifiuto: 1

Rovina: 1

Solitudine: 1

Sorpresa: 2

Tristezza: 3

*Tipologia di proiezione*

Esteriorizzazione: 10

Percezioni Cognitive: 3

Rifiuto: 1

Semplice: 6

Sensibilizzazione: 9

Il livello tematico prevalente è di tipo interpretativo, coadiuvato da fenomenologia appercettiva di ordine semplice, esteriorizzata, sensibilizzata. Si rilevano percezioni cognitive ed un rifiuto in presenza di coartazione dovuta alle difficoltà appercettive suscitate dalle tematiche. In merito, il livello affettivo è prevalentemente orientato all'angoscia dell'avvenuto controllo o della possibilità di essere



disapprovati. Si rilevano in continuità, tristezza, angoscia e coartazione.

## VI

6 BM e 6GF: Sentimenti di disaccordo con figure primarie ed angosce riferibili a possibilità realizzative (Rappaport)

### *Tema*

Descrittivo: 3

Elaborativo: 11

Interpretativo: 13

Rifiuto: 1

Simbolico: 2

### *Emozioni, Livello Affettivo*

Aggressività: 2

Allontanamento: 2

Angoscia: 4

Apprensione: 1

Attaccamento: 1

Attesa: 1

Choc: 1

Coartativo: 3  
Conflitto: 1  
Confusione: 2  
Contrasto: 1  
Delusione: 1  
Demotivazione: 1  
Disapprovazione: 2  
Dolore: 1  
Dubbio: 1  
Frustrazione: 1  
Inibizione: 1  
Insicurezza: 1  
Insoddisfazione: 1  
Libidico: 1  
Lutto: 4  
Malinconia: 2  
Ostilità: 2  
Perdita: 1  
Rabbia: 2  
Richiesta di autonomia: 1  
Rovina: 1

Sconfitta: 1

Separazione: 1

Sorpresa: 5

Supportivo: 1

Tensione: 1

Tradimento: 1

Tristezza: 9

*Tipologia di proiezione*

Esteriorizzazione: 14

Percezioni cognitive: 1

Rifiuto: 1

Semplice: 1

Sensibilizzazione: 11

I livelli tematici appaiono elaborativi ed interpretativi, prevalentemente garanti di buona espressione, avvenuta o raggiunta. Sensibilizzazione ed esteriorizzazione risultano appercettivamente presenti e prevalenti, in presenza di qualità affettive quali tristezza, sorpresa e lutto.

XI

Atteggiamento nei confronti del pericolo e delle minacce esterne (Bellak e Rappaport)

*Tema*

Descrittivo: 8

Elaborativo: 1

Interpretativo: 10

Simbolico: 11

*Emozioni, Livello Affettivo*

Affetto: 1

Aggressività: 1

Agitazione: 1

Angoscia: 8

Annientamento: 1

Ansia: 1

Apprensione: 1

Attesa: 1

Catastrofe: 10

Conflitto: 3

Confusione: 2

Disapprovazione: 2

Frustrazione: 2

Fuga: 5

Inquietudine: 1

Insicurezza: 1

Lutto: 1

Motivazione: 1

Nascondimento: 1

Paura: 4

Pena: 1

Richiesta di autonomia: 1

Riparo: 1

Rovina: 1

Smarrimento: 1

Sorpresa: 1

Tensione: 1

Trattenimento: 1

*Tipologia di proiezione*

Esteriorizzazione: 3

Percezioni cognitive: 8

Semplice: 13

Sensibilizzazione: 6

I livelli tematici appaiono vari, con riferimento a percezione, laddove l'impatto della risonanza intima produce coartazione della tematica, interpretativo e simbolico. In merito alla coartazione si rilevano diverse percezioni di ordine puramente cognitivo, in presenza di espressioni simboliche e sensibilizzazione appercettiva. L'ordine emotivo-affettivo appare caratterizzato da paura, sentimenti catastrofici e angoscia.

### XIII

Conflitti di natura sessuale (Bellack e Rappaport)

*Tema*

Descrittivo: 2

Elaborativo: 7

Interpretativo: 18

Simbolico: 13

*Emozioni, Livello Affettivo*

Abbandono: 1

Affetto: 1

Aggressione: 4

Agonia: 1

Angoscia: 3  
Apprensione: 3  
Coartativo: 3  
Colpa: 1  
Confusione: 1  
Demoralizzazione: 1  
Depressivo: 1  
Disapprovazione: 2  
Disgusto: 1  
Disperazione: 2  
Dolore: 1  
Frustrazione: 2  
Fuga: 2  
Instabilità: 1  
Libidico: 2  
Lutto: 7  
Malessere: 1  
Malinconia: 2  
Negazione: 1  
Paura: 1  
Pulsionale: 1

Rabbia: 1

Sconforto: 1

Sofferenza: 1

Sopraffazione: 1

Supporto: 1

Timore: 1

Tradimento: 1

Tristezza: 8

Vergogna: 3

#### *Tipologia di proiezione*

Esteriorizzazione: 5

Percezioni cognitive: 3

Semplice: 8

Sensibilizzazione: 13

Si rilevano tematiche di ordine elaborativo, simbolico ed interpretativo, la varietà di tipologie tematiche risulta indicativa dell'impatto della tematica sui soggetti. In merito all'appercezione e alla proiezione nei confronti della tavola, si rilevano prevalenze sensibilizzanti, seguite da tipologie esteriorizzanti e semplici. L'organizzare affettiva è varia, ma sempre conforme al negativismo con prevalenza di tristezza, vergogna, angoscia e aggressività.



## XIV

Identificazioni sessuali, frustrazioni e resistenze (Bellak e Rappaport)

### *Tema*

Descrittivo: 7

Diagnostico: 5

Elaborativo: 5

Interpretativo: 7

Simbolico: 6

### *Emozioni, Livello Affettivo*

Aggressività: 1

Agitazione: 1

Angoscia: 5

Autoriferimento affettivo con tristezza: 1

Catastrofe: 1

Coartativo: 6

Controllo: 1

Demoralizzazione: 1

Demotivazione: 1

Depressivo: 2

Disperazione: 1  
Dubbio: 1  
Frustrazione: 2  
Fuga: 2  
Fuga: 2  
Inibizione: 1  
Inquietudine: 4  
Insicurezza: 1  
Insoddisfazione: 3  
Insonnia: 1  
Malinconia: 4  
Ostinazione: 1  
Pentimento: 1  
Prigionia: 1  
Richiesta di supporto: 1  
Rimorso: 1  
Rivalsa: 1  
Sconfitta: 1  
Smarrimento: 1  
Solitudine: 1  
Sopraffazione: 1

Tristezza: 4

*Tipologia di proiezione*

Esteriorizzazione: 9

Percezioni cognitive: 5

Semplice: 6

Sensibilizzazione: 8

Si assiste ad una varietà di espressioni tematiche, indicative dei buoni livelli di significazione della tavola e delle tematiche riportate, in presenza di qualità appercettive altresì rappresentate. Considerate le tematiche proprie della tavola, l'assetto emotivo-affettivo risulta conforme alle difficoltà esperite. In merito si rilevano tristezza, coartazione e tendenze deflessive.

XX

Atteggiamenti nei confronti dell'incertezza e della solitudine (Bellak, Holt).

*Tema*

Descrittivo: 2

Diagnostico: 2

Elaborativo: 5

Interpretativo: 16

Simbolico: 5

*Emozioni, Livello Affettivo*

Abbandono: 1

Alienazione: 1

Angoscia: 16

Attesa: 12

Attesa angosciante: 2

Bisogno di successo: 1

Coartativo: 1

Conflitto: 1

Disapprovazione: 1

Dubbio: 1

Frustrazione: 1

Isolamento: 1

Ostinazione: 1

Paura: 1

Richiesta di autonomia: 1

Rovina: 1

Smarrimento: 1

Solitudine: 10

Sospensione: 2

Tensione: 1

Tristezza: 2

*Tipologia di proiezione*

Esteriorizzazione: 10

Percezioni cognitive: 1

Semplice: 5

Sensibilizzazione: 13

Il livello tematico appare di ordine prevalentemente interpretativo in presenza di proprietà appercettivo-proiettive tendenzialmente esteriorizzanti e sensibilizzanti indicative di un certo livello di coscienza delle problematiche esperite. Si assiste alla presenza di domini affettivi tipicizzanti delle tematiche espresse. In merito si rileva assoluta prevalenza di angoscia, spesso legata all'attesa e alla solitudine.

#### 4. Discussione

Lo svolgimento del presente contributo di tesi, ha previsto diverse fasi volte all'identificazione della condizione in oggetto, delle implicazioni di ordine cognitivo, affettivo e proiettivo e all'identificazione di ipotesi di ricerca poi verificate attraverso la metodologia indicata.

In merito alla prima fase, è stato possibile osservare i cambiamenti che durante l'arco temporale hanno reso il fenomeno alla considerazione clinica. Si osserva un passaggio dunque, che prevede iniziali considerazioni di ordine psicopatologico, poi evolute in termini di condizione. Si è reso dunque necessario attraversare il continuum temporale per osservare come lo stesso fenomeno abbia ricevuto inquadramenti, ordinamenti e classificazioni diverse, sempre più lontane dal concetto di patologia.

Nonostante i primi studi collocassero l'orizzonte disforico di genere all'interno di una cornice psicopatologica afferente alla sfera psicotica, l'attuale considerazione è invece orientata al termine condizione, laddove la psicopatologia può intendersi esclusivamente in quanto associata, se presente.

La terminologia del caso, varia dunque mantenendo quel termine ombrello di transessualismo, che Hirschfeld (1923) introdusse in termini di fenomeno e costituzione. All'interno delle varie edizioni dei manuali diagnostici e dei vari contributi in letteratura, appare evidente che più che la denominazione generale, risulta fondamentale chiarire

l'esistenza di grandi insiemi di fenomeni fondamentali. Attraverso lo studio di continuità e differenze, risulta possibile osservare infatti quel disaccordo, dunque disforia (*dys-phoria*), che accompagna i soggetti.

Risulta evidente che lo spostamento effettuato dal punto di vista diagnostico e fenomenico, porta un disturbo ad una condizione di ordine affettivo. Appare dunque differente, facendo riferimento agli ultimi inquadramenti nosografici, considerare un disturbo e considerare una condizione affettiva.

Se dapprima il Disturbo dell'Identità di Genere, permetteva di considerare la realtà dei soggetti come contraddistinta da enti e rappresentazioni disturbanti (o disturbate), l'attuale concezione di Disforia di Genere fa invece riferimento ad uno status di ordine prettamente affettivo, dunque disforico. Dal termine non si evince che una cattiva sopportazione, di soggetti che si fanno forieri di questioni legate al genere, che impediscono un adattamento autoplastico.

Quali possano essere le componenti che specificano per una discrepanza tale da impedire l'adattamento del soggetto, non si evince sino al punto in cui sforzi di ricerca non facciano luce sulle dinamiche specifiche, coinvolgendo dinamiche specifiche che a loro volta, come nel caso del genere, lasciano aperti interrogativi consistentemente dibattuti.

La concettualizzazione delle dinamiche soggiacenti al fenomeno disforico di genere, ha previsto dunque l'identificazione delle suddette componenti, a partire dalla

diade identitaria, sessuale e di genere, comprendendo ruolo sociale e orientamento sessuale.

Attraverso uno studio recente (Merlo, Frisone, & Settineri, 2019), gli autori mettono in luce alcuni punti fondamentali riferibili all'assistenza dei soggetti disforici di genere nei contesti di cura. Al di là dell'inquadramento fenomenico, che prevede il coinvolgimento degli studi di Brown (1990), Signorelli (2014) e Rogers (2000) in merito alla questione identitaria, lo studio permette di notare come permangano questioni fondamentali di ordine fenomenologico e clinico.

In questi termini, la scelta di rivolgersi a fenomeni ontologicamente trasversali trova spazio, dal momento che l'esigenza di sospensione di giudizio, di movimento inferenziale e di isolamento dei fenomeni basali, non cessa indipendentemente dalle costituzioni nosografiche e dagli inquadramenti.

Il tema della corporeità rimane assolutamente centrale, dal momento che una costituzione scissoria dell'esperienza corporea rispetto al vissuto psichico appare quantomeno inopportuna.

In continuità con quanto espresso, sono stati previsti una serie di riferimenti di ordine *embodied* (Shapiro, 2010), utili ad introdurre questa necessità che più che unificatrice, si configura come continuativamente risultante indipendentemente dalla concezione di base. Con ciò si intende affermare che i fenomeni di base, che la



fenomenologia husserliana da subito identifica come considerabili sulla base di un *körper* o di un *Lieb*, debbano necessariamente essere considerati sulla base del loro ontologico manifestarsi, immediatamente unitario, più che disgiunto e poi unificato per fini di allontanamento da logiche scissorie cartesiane.

Il principale dibattito a cui questo contributo ha fatto riferimento, pone in essere una differenza fondamentale di base che consta dell'opposizione tra la suddetta necessità unitaria e il modo di presentarsi linguisticamente mediato dei soggetti disforici di genere.

In merito a quanto affermato in termini fenomenologici, le precedenti fasi di studio contenute all'interno di questo contributo, hanno messo in evidenza come la considerazione della disforia di genere, possa essere operata all'interno di confini metodologici fenomenologici, mediati da rappresentazioni di cosa e di parola, entrambe evincibili da situazioni sperimentali affini allo sfondo teorico trattato.

I capito ed i paragrafi che hanno fatto riferimento a questa necessità, hanno pertanto inquadrato nella rappresentazione e nell'espressione linguistica dei soggetti due vie di emergenza fenomenica, utili all'inquadramento fenomenologico clinico.

Come premesso, l'emergenza psicopatologica e nosografica, ha rappresentato un elemento accessorio, in conformità con i fini del presente contributo. Si è dunque occasionata una raccolta sistematica comprensiva di quei fenomeni che

attraverso l'arco di vita dei soggetti, possono presentarsi e incidere sull'esito della refertazione e sul conseguente invio o mancato invio dei soggetti a pratiche endocrinologiche e chirurgiche volte alla riassegnazione.

A partire da domini d'infanzia, adolescenza e di età adulta è stato possibile osservare come la presenza di disturbi si articoli "affiancando" l'esperienza disforica di genere. I domini fanno chiaramente riferimento a costituzioni di ordine nevrotico, psicotico e perversivo, laddove i termini trovano spazio all'interno di contesti nosografici orientati da necessità diagnostiche primarie, più che di ordine comprensivo.

Ciò permette il ritorno alla questione fondamentale, orientata allo studio di una peculiare forma di dualismo che si presenta al cospetto dei clinici, durante le partecche assistenziali con i soggetti disforici di genere.

Il quadro ipotetico, riferisce che lo studio debba rivolgersi all'approfondimento sulle questioni basilari, che si danno all'osservazione attraverso condizioni sperimentali specifiche e di ordine complesso. L'inquadrimento del fenomeno dualistico della disforia di genere all'interno di un procedere clinico proiettivo, rappresenta l'occasione attraverso cui l'emergenza e la trattazione di una serie di fenomeni possa fungere da esemplificazione di esperienze e costituzioni strutturali trasversali nei soggetti.

Sulla base dell'esperienza pareidolica e appercettiva dunque, le ipotesi hanno compreso la manifestazione di esperienze di

ordine dualistico tipiche della condizione, lo studio della costituzione di rappresentazioni del Sé e del Corpo mediate dall'assetto dualistico e dalla condizione *in sé*, lo studio di un ordine psicotraumatologico dovuto alla discrepanza tra identità sessuale e di genere presentata, modalità prettamente exteriorizzanti e sensibilizzate di espressione appercettiva e affettività tipicamente mediata dall'ordine dualistico.

In merito ai rapporti esistenti tra le espressioni dei soggetti e l'emergenza di questioni di ordine dualistico, è indubbio che la loro portata sia di immediata notazione. Com'è possibile osservare dai criteri diagnostici compresi all'interno degli attuali orientamenti nosografici, il riferito dei soggetti è considerato come primariamente contraddistinto dall'espressione di una non continuità tra auto-considerazione di ordine definitorio e considerazione di ordine fisico. Ciò rappresenta un punto cardine, che si riferisce propriamente alla questione *in sé*, configurando al contempo una stereotipia nella protrazione di innovative *black boxes*. In merito, come spesso accade, l'inquadramento diagnostico non risolve il quesito di base, almeno che il quesito non corrisponda alla mera necessità di riconoscimento. La terminologia stessa, lascia presagire l'esistenza di una formulazione perlomeno ambigua, dove criteri diagnostici non corrispondono ad entità nosologiche, ma piuttosto l'atto di riconoscimento corrisponde a condizione.

È noto che la presenza di fenomeni specifici della condizione emergano dipendentemente dal riferito dei soggetti, le cui

esperienza si confrontano continuamente con le possibilità simboliche presenti nelle specifiche fasi di sviluppo. In tutti i soggetti sono state osservate dinamiche proprie della condizione in fasi pregresse dello sviluppo, poi evolute e confrontate con il progredire esistenziale. Fenomeni di *cross-dressing* e *gender oriented playing*, si sono rivelati come fenomeni discriminanti utili all'inquadramento di fenomeni basilari.

Ciò si configura come necessariamente riconosciuto, continuativo e permeante della questione disforica di genere, se può lontano dallo studio delle componenti evidenziabili.

In altri termini, se pur soddisfatto il criterio di riconoscimento della condizione, il riferito non corrisponde all'esaurimento delle possibilità espressive dei soggetti, laddove significanti e significati rappresentano ancora un miraggio a discrezione del clinico.

Si prospetta diverso, lo studio dell'emergenza di fenomeni che prevedono una inferenza con dinamiche proprie della condizione, mediate da esperienze sperimentali pareidoliche e appercettive. Il termine esperienza, fa diretto riferimento al procedere fenomenologico, per cui l'esposizione del soggetto a condizioni sperimentali corrisponde all'espressione di risposte rappresentative, il cui studio è basato su decenni di studio di risposte tipiche. Fine attraverso cui le procedure diagnostiche stesse nascevano. In questi termini, il presente contributo ha distinto due fasi principali, entrambe mediate dal medesimo

metodo, che si rivolgeva ai singoli casi, per poi operare una raccolta complessiva e dei movimenti inferenziali.

Il primo esempio rappresentato dallo studio delle risposte al Rorschach, permetteva di considerare le emergenze fenomenologiche dei singoli soggetti, per via di localizzazione, determinante, di contenuto e delle componenti implicate nello studio dei fenomeni Rorschach, per poi passare a digressioni complessive utili allo studio di complessità adattive e disadattive, come nel caso delle rappresentazioni del Sé, del Corpo e degli indici psicotraumatologici.

Risulta dunque possibile notare, che con riferimento al quadro ipotetico fornito e al punto relativo ai fenomeni pareidolici coinvolti, la conferma delle ipotesi consta di diverse componenti fondamentali.

In primo luogo, i trenta soggetti esprimevano una media di risposta consistente, superiore alla media. Tale dato allontana dall'ipotesi di generale coartazione e impoverimento, tipiche di manifestazioni psicopatologiche consistenti e afferenti alla sfera psicotica propriamente detta. In questi termini non si rileva dunque concretismo ed impoverimento della sfera rappresentazionale dei soggetti, che appare conservata.

Si rileva una consistente presenza di fenomeni particolari, indicativi di difficoltà di adattamento e necessità di rassicurazioni in merito alla questione diagnostica. La maggior parte dei fenomeni, si confronta dunque con le suddette necessità, senza mai sconfinare nelle grandi manifestazioni di

*Spaltung* propriamente detta, che conferirebbero invece configurazioni propriamente psicotiche. In merito alla questione *Spaltung*, è da premettere che una concezione orientata alla netta interruzione o consistente variazione dei rapporti tra l'io e l'ambiente, non è stata osservata in termini di evidente rapporto inter-psichico conflittuale. Sebbene ciò non si verifichi nettamente, la presenza alta e consistente di fenomeni propriamente frammentari, induce all'inquadramento della discrepanza e del dualismo, in un'ottica che ha molto a che fare con progressi e processi di unificazione a partire dalla frammentazione, tipici di fasi di sviluppo precise. Risulta possibile notare dunque, come le discrepanze e le frammentazioni siano foriere delle impossibilità di unificazione completa e adattiva, che prevedono le tipiche espressioni dualistiche di non congruenza tra rappresentazione di genere e vissuto corporeo (riconoscimento).

Il vissuto affettivo, si evince dai numerosi fenomeni di choc, correlati a presenza di aggressività, rabbia e disconoscimento. L'espressione consistente di fenomeni particolari, occasiona la possibilità di comprensione del termine *dysphoria*. In merito alla configurazione di riconoscimento della condizione, si rende utile chiarire come si evincano strutture di esame di realtà essenzialmente conservate, seppur mediate dal vissuto esperienziale discrepante. Gli indici di realtà, nel dettaglio e nel complesso, indicano una lieve tendenza ipoplastica, senza riferirsi mai propriamente a sospensioni e deragliamenti di esame di realtà. Ciò permette di considerare i soggetti come

lontani dai primi inquadramenti di *psicopatia sexualis*, che ne prevedevano invece partecipazioni psicopatiche e psicopatologiche di ordine differente dal conflitto intrapsichico.

Dati interessantissimi emergono dalle risultanze complessive delle rappresentazioni del sé e della corporeità dei soggetti.

In merito alla rappresentazione del Sé, i risultati dimostrano una prevalenza di ordine oggettuale, a dispetto di quanto emerso in termini di rappresentazioni animali e umane. In merito, gli studi che hanno costituito questa forma metodologica di studio rappresentazionale (Rausch de Traubenberg, 1984), suggeriscono la auspicabile prevalenza di rappresentazioni vitali, dunque umane e animali, in soggetti con buona capacità di adattamento. In merito al Sé dunque, i soggetti esprimevano la peculiare forma di disadattamento disforica di genere, con particolare riferimento a prevalenze che ne esplicano la portata. In numero complessivo di rappresentazioni oggettuali, quasi eguaglia la sommatoria delle altre tipologie rappresentazionali, dimostrando il grado di difficoltà adattive dei soggetti rispetto a componenti autoplastiche. In continuità con quanto emerso con il Sé, lo studio rappresentazionale della corporeità, induce riflessioni di ordine complesso. Le rappresentazioni integre, garanti con comprensione adattiva e di congiunzione tra componenti rappresentazionali e fisiche, con presenza di affettività da esse derivata, costituiscono esclusivamente la metà del complesso rappresentazionale. Appare evidente che il precetto di

adattamento dei soggetti, è consistentemente interferito dalla pressante significazione di elementi parziali, accompagnata dal ruolo fondamentale di rappresentazioni frammentarie, indicative del peculiare stato di invischiamento nel processo di unificazione delle componenti percettive, a fine di costituzione rappresentazionale globale. La sommatoria delle rappresentazioni parziali e frammentarie, supera il numero complessivo delle rappresentazioni integre. La suddetta coesistenza, se pur allontanando i soggetti dalla possibilità diagnostica di ordine psicotico, costituita dall'esclusività di ordine frammentario, risulta particolarmente indicativa di quella peculiare forma espressiva dualistica, che si rivolge alle dinamiche appena evinte.

In merito a queste forme di coesistenza, uno studio recente (Settineri, Frisone, & Merlo, 2018), considerava la continuità esistente tra le forme disadattive e inficcate di rappresentazione del Sé e del Corpo, con le conseguenti psicotraumatizzazioni perpetue organizzate dalla persistenza di non totale unificazione. Emerge infatti, un'alta partecipazione affettiva e psicotraumatologica rappresentazionale, costituita principalmente dall'alta espressione di note traumatiche. Gli studi psicotraumatologici al Rorschach (Gravenhost, 2002), suggeriscono infatti la possibilità di studio delle componenti traumatiche di ordine rappresentativo. In continuità con lo studio appena citato e con gli studi di Gravenhost (2002), i soggetti presi in considerazione esprimevano una considerevole portata di eventi sperimentali psicotraumatici.



L'indicazione corrente si riferisce dunque alla presenza di fenomeni disturbanti, occasionati dalla presenza di rappresentazioni non congruenti ad ulteriori rappresentazioni idealizzate, che sulla base di frammentazione, parzialità e incongruenza rappresentazionale, rendono l'idea di uno stato di sospensione non unificatrice vissuto dai soggetti espressi dualisticamente.

Nella misura in cui il dualismo espresso, non rende conto dei recenti inquadramenti teorici, la fenomenologia emersa rende conto della situazione delle componenti discordanti garanti di conflitti disadattivi. L'interrogativo in merito alla denominazione del fenomeno (Disforia di Genere), emerge vigoroso, dal momento che bisognerebbe interrogarsi sulle proprietà dell'accoppiamento di un termine di matrice affettiva (disforia) con un termine di matrice scientificamente discussa (genere), con particolare riferimento ai vuoti esistenti e alle possibilità che il termine stesso offre. Sebbene possa apparire sufficiente, la denominazione non estingue la complessità e soprattutto, la polarizzazione del termine affettivo, escluderebbe a prescindere le qualità espressive e rappresentative dei soggetti, che non si esauriscono nell'affettività, quanto più emergono nel suo esatto speculare.

Il quadro ipotetico, prevedeva la considerazione di espressioni emotive ed affettive di ordine negativo e conseguente presenza di modalità fasiche di adattamento, instaurate su base preriflessiva.

Nel passaggio dovuto a modalità di indagine appercettive, in continuità con le istanze pareidoliche, tali espressioni emergevano in sede di sperimentazione clinica con i partecipanti del gruppo di osservazione.

La considerazione delle emergenze appercettive, seguendo la sistematica di Bellak (1947), prevedeva lo studio dei temi, delle componenti affettive e proiettive dei soggetti. Attraverso l'analisi particolare e generale, risultava possibile il passaggio dalle emergenze fenomenologiche del singolo caso a quelle generali della popolazione considerata. Inoltre, le singole tematiche manifeste e latenti elicitate dalle tavole del Thematic Apperception Test, venivano esaminate al fine di esplicarne le tendenze di elaborazione.

Le tematiche si dimostravano prevalentemente interpretative, con buona partecipazione descrittiva, elaborativa e simbolica, se pur di minore portata. In linea generale è risultato possibile affermare che le risposte, per quanto concerne l'ambito tematico, non risultavano diagnosticamente orientate in senso psicopatologico.

Da ciò deriva che le connotazioni di ordine appercettivo, tematicamente prevalentemente interpretative, corrispondono ad un livello di elaborazione presente, se pur contraddistinto da resistenze utili all'impianto di personali considerazioni e costituzioni.

Il livello interpretativo, nella concettualizzazione originale e nella rivisitazione di Bellak (1947), costituisce un

procedimento contraddistinto da partecipazione di elementi preriflessivi soggiacenti, per cui in termini sartriani, caratterizzato da un buon livello di nullificazione utile alla comprensione delle componenti operanti.

Risulta plausibile inferire una certa disponibilità, che prescinde dalla sfera meramente descrittiva e da quella di esacerbazione sistematica del contenuto manifesto.

Le dinamiche affettive espresse, risultano varie, ma pur sempre congruenti al vissuto emotivo dei soggetti, per cui rappresentate da presenza di aggressività, allontanamento, grande presenza di angoscia, attesa angosciosa, necessità di controllo, tendenza coartativa, disperazione, frustrazione, disapprovazione, lutto e malinconia, solitudine e tristezza.

Appare fondamentale notare, come l'affettività negativa, a conferma dell'ipotesi in questione, fosse corroborata dalla presenza di sentimenti senza oggetto, da intendersi in termini jaspersiani di angoscia, attesa, solitudine, a volte sfociati in tendenze coartative e malinconiche. La complessità del dato, se da un lato induce evidentemente alla conferma dell'ipotesi, in altri termini indica la portata di un vissuto affettivo la cui spiegazione deve resistere a tentativi di instaurazione di pratiche etiologiche metastoriche.

Ciò che emerge, da un punto di vista continuativo, continua a fare riferimento alla discrepanza riferibile alla elisa possibilità di completa unificazione, che se pur mai compiuta se non in

ottica di convinzione subapofanica, costituisce una credenza di ordine sicuramente più tonico.

In termini di modalità di reazione clinico-sperimentale proiettiva, rimane confermata la distanza tra manifestazioni proiettive autistiche e semplici (ascrivibili a struttura quantomeno psicotica) ed il vissuto esperienziale transessuale.

Prevalenze exteriorizzanti e sensibilizzanti specificavano per dinamiche di espressione tipicamente coscientizzate, nel caso dell'esteriorizzazione e soggiacenti per pur con tracce evidenti, nell'ambito della sensibilizzazione. In questi termini, l'ipotesi tesa al registro della coscienza dei soggetti in merito alla condizione, fa luce sulle risultanze testologiche.

La conferma dell'avvenuta coscientizzazione, afferente alle dinamiche diagnostiche della Disforia di Genere, consente un'inferenza netta, che risulta parimenti netta anche nelle distanze esistenti in merito ai fenomeni di base. L'interrogativo protratto sulla base del quesito clinico di riconoscimento-misconoscimento della condizione, se soddisfatto classicamente e in modo osservazionale, nulla aggiunge alle conoscenze sulla condizione. Quesiti diversi, certamente, ma non scindibili.

Quesiti di ricerca e di ordine prettamente diagnostico, rappresentano un continuum fondamentale e inscindibile, per il quale gli approfondimenti previsti rappresentano un tentativo di congiunzione rappresentativa.

In merito alle possibilità comprensive offerte dalle risposte dei soggetti alle singole tavole, è stato eseguito un confronto diretto tra i contenuti particolari delle singole tavole e i risultati emersi dalle somministrazioni. Tra i risultati più significativi delle tavole considerate e somministrate (20, dipendentemente dal quesito M to F o F to M), quelli inerenti costituzioni direttamente rapportabili a quesito di ordine corporeo.

Alla tavola con tematiche connotative di ordine corporeo, del Sè e di conformità (I), si osservava prevalenza interpretativa, unitamente alla presenza di dinamiche affettive di tristezza, noia e tipologia di proiezione sensibilizzata. In continuità con tale assetto, tavole elicitanti preoccupazioni di ordine depressivo (III), relazionale (IV), di rapporti con figure primarie significative (II, V, VI), producevano risposte in continuità con quanto espresso globalmente, dunque caratterizzate da prevalenza interpretativa, affettività negativa, sensibilizzazione ed esteriorizzazione.

Di particolare rilevanza, tematiche di ordine-conflitto sessuale (XIII), identificazione sessuale e frustrazione pulsionale (XIV), riportavano dinamiche affettivi prettamente negative, unitamente a sentimenti di disaccordo, necessità di controllo e variazione.

Ciò si presentava accompagnato da risposte deflessive in merito a temi riferibili all'incertezza e alla solitudine (XX), caratterizzate da alti livelli di angoscia, attesa angosciosa e solitudine, accompagnate a da esteriorizzazioni e

sensibilizzazioni, di rado da proiezioni semplici, mai autistiche.

## 5. Conclusioni

Sulla base di quanto emerso, conformemente alla possibilità offerta dal metodo e dai risultati ed ascrivibile alla conferma del quadro ipotetico, questo contributo ha evidenziato il ruolo delle immagini e delle espressioni linguistiche nell'ambito dell'esperienza transessuale.

L'analisi fenomenologica ha consenti i movimenti necessari all'isolamento dei fenomeni e alla loro analisi, in linea con le esigenze diagnostiche ed al protocollo previsto. Considerate le tendenze generali e prevalenti, in gran parte orientate psicometricamente, l'uso dei reattivi proiettivi nell'ambito dello studio clinico dei soggetti disforici di genere, ha occasionato la valorizzazione di situazioni sperimentali classiche e correntemente in uso, anche se di difficile reperimento in termini di risultati di ricerca, vista la complessità dell'uso ed il vasto insieme di dati prodotti, la cui organizzazione e discussione si rivela quantomeno impegnativa.

In conclusione, i dati emersi propendono per risultati indicativi di diverse dinamiche fenomenologiche basilari che contraddistinguono la Disforia di Genere.

Com'è possibile osservare lungo il discorso, attraverso i dati è stato possibile operare una riflessione atta a coniugare attuali

tendenze nosografiche, con una critica puntuale delle dinamiche che ne scaturiscono.

Il particolare lo spostamento sul versante affettivo, della definizione disforica di genere, costituisce sì un allontanamento dal concetto di *disorder* precedentemente imputato alla condizione, se pur a discapito della comprensione espressiva di dinamiche fondamentali qui espresse ed emerse, sia in termini cognitivi, dunque rappresentazionali, sia per tutte le inferenze che ne scaturiscono.

Risulterebbero sicuramente necessari diversi percorsi di studio, per affinare le osservazioni e per rendere i risultati discussi conformi alla popolazione. Nello specifico, l'attuale dibattito scientifico prevede un ampliamento terminologico che prevede l'annessione di fenomeni dichiarati come territori inesplorati e sconosciuti, sebbene opportunamente descritti e significati dal punto di vista fenomenologico.

L'alternanza di punti di vista, vedute e denominazioni nosologiche e di condizioni, necessita della considerazione in letteratura di diverse forme di studio, la cui negligenza è spesso occasionata da logiche proprie di una corsa bibliometrica atta a promuovere la considerazione di nuovi elementi lucenti sullo sfondo di politiche di valorizzazione quantitativa.

Al di là dei concetti appena espressi, questo contributo rappresenta un punto di congiunzione tra pratiche cliniche di

conclamata validità clinica e concettualizzazioni epistemologiche attuali, sullo sfondo di una realtà clinica interessante e fortemente richiedente approfondimenti di ricerca. Vista la complessità delle argomentazioni e dei fenomeni considerati, ulteriori studi si rendono necessari al fine di supportare processi di conferma e disconferma di ipotesi che rappresentano il nucleo del procedere conoscitivo.



## Bibliografia

1. A.R. Damasio, L'errore di Cartesio: Emozione, ragione e cervello umano, trad. di F. Macaluso, Adelphi, Milano 1995 [ed. orig. Descartes' error: Emotion, reason, and the human brain, Putnam, New York 1994].
2. American Psychiatric Association (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed. Washington.
3. American Psychiatric Association, (2000), DSM-IV-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, First published in the United States by American Psychiatric Association, Washington D.C and London, England, (trad. it. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IVTR), Masson, Milano 2001).
4. American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR fourth edition (text revision).
5. American Psychiatric Association. (2013). DSM 5. American Psychiatric Association.
6. Anzallo, C., Tesolin, F., & Lo Perfido, A. (2004). I disturbi di personalità e la condotta suicidaria. *Aggiornamenti in Psichiatria NOOS*, 4, 279-295.
7. Bailey, J. M., & Pillard, R. C. (1991). A genetic study of male sexual orientation. *Archives of general psychiatry*, 48(12), 1089-1096.
8. Beatrice, J. (1985) A psychological comparison of heterosexuals, transvestites, reoperative transsexuals, and postoperative transsexuals. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 358-365.

9. Beatrice, J. (1985) A psychological comparison of heterosexuals, transvestites, reoperative transsexuals, and postoperative transsexuals. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 358-365.
10. Beemer, B. R. (1996). Gender dysphoria update. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 34(4), 12-19.
11. Beemer, B. R. (1996). Gender dysphoria update. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 34(4), 12-19.
12. Bellak, L. (1947). *A Guide to the Interpretation of the Thematic Apperception Test: To be Used with the Bellak TAT Blank*. Psychological Corporation.
13. Bellak, L. (1947). *A Guide to the Interpretation of the Thematic Apperception Test: To be Used with the Bellak TAT Blank*. Psychological Corporation.
14. Benjamin, H., Lal, G. B., Green, R., & Masters, R. E. (1966). *The transsexual phenomenon* (Vol. 966). New York: Julian Press.
15. Blankenburg, W. (1971). The loss of natural self-evidence: a contribution to the study of symptom-poor schizophrenias. *Parados, Berlin*.
16. Bleiberg, E., Jackson, L., & Ross, J. L. (1986). Gender identity disorder and object loss. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25(1), 58-67.
17. Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox: oder Gruppe der Schizophrenien*. F. Deuticke.

18. Bockting, W. O., & Coleman, E. (1992). A comprehensive approach to the treatment of gender dysphoria. In W. O. Bockting and E. Coleman (Eds.), *Gender dysphoria: Interdisciplinary approaches in clinical management* (pp. 131-155). Binghamton, NY: The Haworth Press
19. Bodlund, O., & Armelus, K. (1994) Self image and personality traits in gender identity disorders: an empirical study. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 20, 303-317
20. Brown, G. R. (1990). A review of clinical approaches to gender dysphoria. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 57-64.
21. Butcher, J. N. (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)*.
22. Caron, R. G., & Archer, R. P. (1997) MMPI and Rorschach characteristics of individuals approved for gender reassignment surgery. *Assessment*, 3, 229-241.
23. Casey, E. (2000). *Remembering. A phenomenological study*. Bloomington: Indiana University Press
24. Cauldwell DC. (1949). Psychopathia transexualis. *Sexology*; 16:274–280. *Child Psychiatry*, 24: 668-683.
25. Clark, A. (1999). *Dare corpo alla mente*. McGraw-Hill.
26. Coates, S., & Person, E. S. (1985). Extreme boyhood femininity: Isolated behavior or pervasive disorder?. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24(6), 702-709.
27. Cohen, L., de Ruiter, C., Ringelberg, H., & Cohen-Kettenis, P. T. (1997). Psychological functioning of

- adolescent transsexuals: Personality and psychopathology. *Journal of Clinical Psychology*, 53(2), 187-196.
28. Cohen-Kettenis, P. T., & Gooren, L. V. (1999). Transsexualism: a review of etiology, diagnosis and treatment. *Journal of Psychosomatic research*, 46(4), 315-333.
  29. Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of sexual behavior*, 39(2), 499-513.
  30. Cohen-Kettenis, P. T., & van Goozen, S. H. (1997). Sex reassignment of adolescent transsexuals: a follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(2), 263-271.
  31. Cohen-Kettenis, P. T., & van Goozen, S. H. (2002). Adolescents who are eligible for sex reassignment surgery: Parental reports of emotional and behavioural problems. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(3), 412-422.
  32. Cohen-Kettenis, P.T., van Goozen, S.H., Doorn, C.D., Gooren, L.J., 1998. Cognitive ability and cerebral lateralisation in transsexuals. *Psychoneuroendocrinology* 23, 631– 641
  33. Cole, C. M., O'Boyle, M., Emory, L. E., & Meyer III, W. J. (1997). Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Archives of sexual behavior*, 26(1), 13-26.
  34. Conrad, K. (1958). La esquizofrenia incipiente. (Orig. Die beginnende Schizophrenie: Versuch einer

- Gestaltanalyse des Wahns.)(trans: Belda, JM & Rabano, A.). *Trans. JM Belda and A. Rabano. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología.*
35. De Vries, A. L., Doreleijers, T. A., Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(11), 1195-1202.
  36. De Vries, A. L., Noens, I. L., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A., & Doreleijers, T. A. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of autism and developmental disorders*, 40(8), 930-936.
  37. Di Ceglie, D. (2000). Gender identity disorder in young people. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6(6), 458-466
  38. Di Ceglie, D., & Freedman, D. (1998). A stranger in my own body: Atypical gender identity development and mental health. Karnac Books.
  39. Dritto, I. P., Tummineri, S., Di Perri, M. C., Rizzo, A., Liotta, M., Merlo, E. M., & Cicciarelli, C. (2015). Type D Personality in infarcted patients a study with the Rorschach projective technique. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 3(3).
  40. Feinblatt, J. A. & Gold, A. R. (1976) Sex roles and the psychiatric referral process. *Sex Roles*, 2, 109—122
  41. Finney, I. C., Brandsma, J. M., Tondow, M., & Le Maestre, M. A. (1975) A study of transsexuals seeking gender reassignment. *American Journal of Psychiatry*, 132, 962-964.

42. Finney, I. C., Brandsma, J. M., Tondow, M. & Le Maestre, M. A. (1975) A study of transsexuals seeking gender reassignment. *American Journal of Psychiatry*, 132, 962-964.
43. Flanagan, O. J., & Flanagan, O. J. (1992). *Consciousness reconsidered* (p. 194). Cambridge, MA: MIT Press.
44. Fombonne, E. (2005). Epidemiology of autistic disorder and other pervasive developmental disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(Suppl 10), 3–8
45. Fontenelle, L. F. (2008). Pareidolias in obsessive-compulsive disorder: Neglected symptoms that may respond to serotonin reuptake inhibitors. *Neurocase*, 14(5), 414-418.
46. Foucault, M. (1978). *The history of sexuality: An introduction* (Vol. 1). NY: Pantheon
47. Frisén, L., & Frisén, M. (1979). Micropsia and visual acuity in macular edema. *Albrecht von Graefes Archiv für klinische und experimentelle Ophthalmologie*, 210(2), 69-77.
48. Fuchs, T. (2000). Das Gedächtnis des Leibes [The memory of the body]. *Phänomenologische Forschungen*, 5, 71–89.
49. Fuchs, T. (2008a). *Leib und Lebenswelt. Neue philosophisch-psychiatrische Essays* [The lived body and the life-world. New philosophical-psychiatric essays]. Kusterdingen: Die Graue Edition.
50. Fuchs, T. (2008b). *Leibgedächtnis und Lebensgeschichte* (2006). [Body memory and life history]

- In F. A. Friedrich, T. Fuchs, J. Koll, B. Krondorfer & G. M. Martin (Eds.), *Der Text im Körper. Leibgedächtnis, Inkarnation und Bibliodrama* [The text in the body. Body-memory, incarnation, and bibliodrama] (pp. 10–40). Hamburg: EB-Verlag.
51. Fuchs, T. (2011). Body memory and the unconscious. In D. Lohmar & J. Brudzinska (Eds.), *Founding Psychoanalysis. Phenomenological Theory of Subjectivity and the Psychoanalytical Experience* (pp. 69–82). Dordrecht: Kluwer.
  52. Fuchs, T. (2012). Body memory and the unconscious. In *Founding psychoanalysis phenomenologically* (pp. 69-82). Springer, Dordrecht.
  53. G. F. Stout, *Analytic Psychology* (London, 1896), bk. ii. ch. Viii
  54. Gallagher, S., & Zahavi, D. (2008). *La mente fenomenologica*, traduzione di P. PEDRINI, Raffaello Cortina, Milano.
  55. Gelder, M., Gath, D., & Mayou, R. (1989). *Oxford textbook of psychiatry*. Oxford University Press.
  56. Gooren, L. J. (2011). Care of transsexual persons. *New England Journal of Medicine*, 364(13), 1251-1257.
  57. Graham, P. (1997). Gender identity disorders and psychosexual problems in children and adolescents.
  58. Gravenhorst, M. C. (2002). Rorschach psychodiagnosis of psychic trauma in sexually abused children. *Rorschachiana*, 25(1), 77.

59. Green. R. One hundred ten feminine and masculine boys: Behavioural contracts and demographic similarities. *Arch Sex Behav*, 5;425-446, 1976
60. Guidano, V. F. (1991/1992). *The Self in Process*. New York: Guilford Press. (Trad. it. *Il Sè nel suo divenire*. Torino: Bollati Boringhieri).
61. Halpern, D.F., 2000. *Sex Differences in Cognitive Abilities*. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, NJ
62. Haraldsen, I. R., Opjordsmoen, S., Egeland, T., & Finset, A. (2003). Sex-sensitive cognitive performance in untreated patients with early onset gender identity disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 28(7), 906-915.
63. Hartmann, U., Becker, H., & Rueffen-Hesse, C. (1997). Self and gender: Narcissistic pathology and personality factors in gender dysphoric patient. Preliminary results og a prospective study. *International Journal of Transgenderism*, 1.
64. Heidegger, M. (1976). *Essere e tempo* (1927). Longanesi, Milano, 100.
65. Hepp, U., Kraemer, B., Schnyder, U., Miller, N., & Delsignore, A. (2005). Psychiatric comorbidity in gender identity disorder. *Journal of psychosomatic research*, 58(3), 259-261.
66. Hirschfeld M. (1923). Die intersexuelle Konstitution [The intersexual state]. *Jahrb sex Zwischenstufen* ;23:3–27.
67. Hndt, D., & Hajapson, J. (1980) Follow-up of 17 biologic male transsexuals after sex-reassign- ment surgery. *American Journal of Psychiatry*, 137, 432- 438.



68. Hoenig, I., Kenna, J., & Youd, A. (1970) Social and economic aspects of transsexualism. *British Journal of Psychiatry*, 117, 163-172
69. Hoenig, J., & Kenna, J. (1974) The nosological position of transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, 3). 273-287.
70. Hollins, M., & Bunn, K. W. (1977). The relation between convergence micropsia and retinal eccentricity. *Vision research*, 17(3), 403-408.
71. Husserl, E. (1929). Zur Phänomenologie der Intersubjektivität. Texte aus dem Nachlass. III Teil (1929-1935). E. HUSSERL, *Gesammelte Werke*, 15.
72. Husserl, E. (1952). Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie. Zweites Buch: Phänomenologische Untersuchungen zur Konstitution. *Husserliana*, 4.
73. Husserl, E. Ricerche logiche (1900-1901), trad. it. di G. Piana, *Mondadori*.
74. Imbasciati, A., & Ghilardi, A. (1994). *Manuale clinico del TAT: La diagnosi psicoanalitica*. Firenze: Giunti.
75. James, T.W., Kimura, D., 1997. Sex differences in remembering the location objects in an array: locationshifts versus location-exchanges. *Evol. Hum. Behav.* 18, 155–163.
76. Janowsky, J.S., Chavez, B., Zamboni, B.D., Orwoll, E., 1998. The cognitive neuropsychology of sex hormones in men and women. *Dev. Neuropsychol.* 14, 421– 440.

77. Jaspers k. (1957). *Philosophische Autobiographie*. Stuggard: Kohlhammer (trad. It. *Autobiografia filosofica*. Napoli : Morano, 1969).
78. Koch, K. (1952). The tree test: The tree drawing test as an aid in psychodiagnosis. Hans Huber.
79. Koch, S. C. (2012). Testing Fuchs' taxonomy of body memory: A content analysis of interview data. *Body Memory, Metaphor and Movement*. Amsterdam: John Benjamins, 171-186.
80. Lacan, J., Miller, J. A., & Di Ciaccia, A. (2003). *Libro 11: I quattro concetti fondamentali della psicoanalisi: 1964*. Einaudi.
81. Lakshminarayanan, V., Aziz, S. E. E. R. A. T., & Enoch, J. M. (1991). Quantification of metamorphopsia using hyperacuity techniques. *Optom Vis Sci*, 68, 942-945.
82. Lanczik, M. (1992). Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899) and the emergence of psychopathological and nosological research in German psychiatry. *History of Psychiatry*, 3(9), 53-58.
83. Langmin, R., Pntich, D., & Steiner, B. (1977) The clinical profile of male transsexuals living as females versus those living as males. *Archives of Sexual Behavior*, 6, 143-154.
84. Langmin, R., Pntich, D., & Steiner, B. (1977) The clinical profile of male transsexuals living as females versus those living as males. *Archives of Sexual Behavior*, 6, 143-154.

85. LaTorre, R. A. (1976). The psychological assessment of gender identity and gender role in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 2(2), 266.
86. Lev, A.I. (2004). Transgender emergence. New York-London-Oxford: The Haworth Clinical Practice Press
87. Lindblom, B. (1987). Measuring micropsia in retinal swelling: A monocular approach. *Chibret Int J Ophthalmol*, 5, 48-54.
88. Linn, M.C., Petersen, A.C., 1985. Emergence and characterization of sex differences in spatial ability: a meta-analysis. *Child Dev.* 56, 1479–1498
89. Livneh, H. (2009). Denial of chronic illness and disability: Part II. Research findings, measurement considerations, and clinical aspects. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 53(1), 44-55.
90. Lothstein LM, Levine SB. (1981). Expressive psychotherapy with gender dysphoric patients. *Arch Gen Psychiatry*. 38:924-929.
91. Machover, K. (1949). Test della figura umana.
92. Marantz, S., & Coates, S. (1991). Mothers of boys with gender identity disorder: a comparison of matched controls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30(2), 310-315.
93. Mathy, R. M. (2003). Transgender identity and suicidality in a nonclinical sample: Sexual orientation, psychiatric history, and compulsive behaviors. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 14(4), 47-65.

94. Matsumoto, C. (1990). Quantitation of metamorphopsia. Method of evaluation. *Rinsho Ganka (Jpn J Clin Ophthalmol)*, 44, 271-274.
95. Matsumoto, C., Arimura, E., Okuyama, S., Takada, S., Hashimoto, S., & Shimomura, Y. (2003). Quantification of metamorphopsia in patients with epiretinal membranes. *Investigative ophthalmology & visual science*, 44(9), 4012-4016.
96. McKeever, W.F., 1995. Hormone and hemisphericity hypotheses regarding cognitive sex differences: possible future explanatory power, but current empirical chaos. *Learn. Individ. Diff.* 7, 323–340
97. Melcher, D., & Bacci, F. (2008). This visual system as a constraint on the survival and success of specific artworks. *Spatial Vision*.
98. Merleau-Ponty, M. (1962). *Phenomenology of perception*. English translation C. Smith. London: Routledge & Kegan Paul.
99. Miach, P. P., Berah, E. F., Butcher, J. N., & Rouse, S. (2000). Utility of MMPI-2 in assessing gender dysphoric patient. *Journal of Personality Assessment*, 75, 268-279
100. Miach, P., Berah, E., Butcher, J., & Rouse, S. (2000) Utility of the MMPI-2 in assessing gender dysphoric patients. *Journal of Personality Assessment*, 75, 268-279.
101. Miller, D. I., & Halpern, D. F. (2014). The new science of cognitive sex differences. *Trends in cognitive sciences*, 18(1), 37-45.

102. Minkowski, E. 1926. La notion de perte de contact vital avec la réalité et ses applications en psychopathologie, French doctoral thesis. Paris: Jouve & Cie.
103. Money J. (1994). Concept of gender identity disorder in childhood and adolescence after 39 years. *J Sex Marit Ther*; 20:163–177.
104. Money J., (1975), “Ablatio penis: Normal male infant sexreassigned as girl”, *Archives of Sexual Behaviour*, 4, 65-71.
105. Money J., Ehrhardt A. A., (1972), Man & woman, boy & girl, (trad. it. Uomo, donna, ragazzo, ragazza, Feltrinelli, Milano, 1976).
106. Morgan AJ. (1978). Psychotherapy for transsexual candidates screened out surgery. *Arch sex Behav*; 7:273-283.
107. Mościcki, E. K. (1995). Epidemiology of suicidal behavior. *Suicide and life-threatening behavior*, 25(1), 22-35.
108. Murray, H. A. (1943). Thematic apperception test.
109. Nowak, Z., Wańkowicz, Z., & Laudanski, K. (2015). Denial defense mechanism in dialyzed patients. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 21, 1798.
110. Pauly, I. B., & Edgerton, M. T. (1986). The gender identity movement: A growing surgical-psychiatric liaison. *Archives of sexual behavior*, 15(4), 315-329.
111. Peirce C.S. (1931-1958), Collected papers, Harvard University Press, MA.

112. Pennisi A., Falzone A. (2015), Nuovi approcci epistemologici ad una filosofia naturalistica del linguaggio, in «Rivista Italiana di Filosofia del Linguaggio», 9(1).
113. Pennisi, A., & Falzone, A. (2016). *Darwinian biolinguistics: Theory and history of a naturalistic philosophy of language and pragmatics* (Vol. 12). Springer.
114. Pennisi, G. (2017). What space for performativity in Cognitive Science? Insights from CODISCO 2017. *Reti, saperi, linguaggi*, 4(2), 381-386.
115. Perconti, P. (2017). *Filosofia della mente*. “Il” mulino.
116. Prince, V. (2005). Sex vs. gender. *International Journal of Transgenderism*, 8(4), 29-32.
117. Rajkumar, R. P. (2014). Gender identity disorder and schizophrenia: neurodevelopmental disorders with common causal mechanisms?. *Schizophrenia research and treatment*, 2014.
118. Rausch de Traubenberg, N., & Sanglade, A. (1984). Représentation de soi et relation d'objet au Rorschach: grille de représentation de soi: analyse comparée des résultats d'adolescents malades psychiques et malades somatiques. *Revue de psychologie appliquée*.
119. Rausch de Traubenberg, N., Bloch-Laine, F., Boizou, M. F., & Duplant, N. (1990). Modalités d'analyse de la dynamique affective au Rorschach. Grille d'analyse de la dynamique affective. *Revue de psychologie appliquée*.
120. Raven, J. C., Raven, J. C., & JH Court. (1996). *Standard Progressive Matrices: Sets A, B, C, D & E*. Oxford, England: Oxford Psychologists Press.

121. Riegler, A. (2006, September). Superstition in the machine. In *Workshop on Anticipatory Behavior in Adaptive Learning Systems* (pp. 57-72). Springer, Berlin, Heidelberg.
122. Roback, H. B., Strassberg, D., Mckee, E., & Cunnigham, J. (1977). Self concept and psychological adjustment differences between self-identified male transsexuals and male homosexuals. *Journal of Homosexuality*, 3, 15-20.
123. Rogers L., (2000), *Sesso e cervello*, Einaudi, Torino.
124. Rorschach, H. (1921). *Psychodiagnostik: Methodik und ergebnisse eines wahrnehmungsdiagnostischen Experiments (deutenlassen von zufallsformen)* (Vol. 2). E. Bircher.
125. Rosen, A. (1974) Brief report of MMPI characteristics of sexual deviations. *Psychological Report*, 35,73-74.
126. Sartre, J. P. (1940), *L'immaginario. Psicologia fenomenologica dell'immaginazione*. (2007) Piccola Biblioteca Einaudi, Torino.
127. Sass, L. A. (2013). *Follia e modernità: la pazzia alla luce dell'arte, della letteratura e del pensiero moderni*. Raffaello Cortina Editore. 1991
128. Scandurra, C., Amodeo, A. L., Bochicchio, V., Valerio, P., & Frost, D. M. (2016). Psychometric characteristics of the Transgender Identity Survey in an Italian sample: A measure to assess positive and negative feelings towards transgender identity. *International Journal of Transgenderism*, 1-13.

129. Schacter, D. L. (1987). Implicit memory: History and current status. *Journal of experimental psychology: learning, memory, and cognition*, 13(3), 501.
130. Schilder, P. (1935/1950). The image and appearance of the human body. New York: *International Universities Press*.
131. Settineri, S., Frisone, F., & Merlo, E. M. (2018). Psychotraumatology of Images in Gender Dysphoria. *The Open Psychology Journal*, 11(1).
132. Settineri, S., Merlo, E. M., Bruno, A., & Mento, C. (2016). Personality Assessment in Gender Dysphoria: clinical observation in psychopathological evidence. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 4(3).
133. Settineri, S., Merlo, E. M., Dritto, I. P., Midili, M., Bruno, A., & Mento, C. (2016). Suppression mental questionnaire: a preliminary study. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 4(2).
134. Settineri, S., Merlo, E. M., & Mento, C. (2017a). Phenomenology of the Image and of Desire in Adolescent Gender Dysphoria. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 5(3).
135. Settineri, S., Merlo, E. M., Turiaco, F., & Mento, C. (2017b). The symbol theory in S. Freud, CG Jung and CS Peirce. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 5(2).
136. Settineri, S., Merlo, E. M., Turiaco, F., & Mento, C. (2018). Les organes endommagés dans la constitution de



- l'immagine de l'esprit. *L'Évolution Psychiatrique*, 83(2), 333-342.
137. Shapiro L.A. (2010), *Embodied cognition*, New York, Routledge.
138. Sheets-Johnstone, M. (1999). Emotion and movement. A beginning empirical-phenomenological analysis of their relationship. *Journal of Consciousness Studies*, 6(11-12), 259-277.
139. Shinoda, K., Ishida, S., Kawashima, S., Matsuzaki, T., Yamada, K., & Katsura, H. (2000). A new method for quantification of metamorphopsia in patients with epiretinal membrane. *Japanese journal of ophthalmology*, 44(4), 424-427.
140. Shoemaker, S. S. (1968). Self-reference and self-awareness. *The journal of philosophy*, 65(19), 555-567.
141. Signorelli, M. S. (2014). I disturbi sessuali nel DSM 5. Aspetti relazionali tra vecchie e nuove diagnosi. Quaderni di Gestalt.
142. Silverman, I., Phillips, K., 1993. Effects of estrogen changes over the menstrual cycle on spatial performance. *Ethol. Sociobiol.* 14, 250–270.
143. Simonelli C. (a cura di) (2002), *Psicologia dello sviluppo sessuale e affettivo nell'arco di vita*, Carocci, Roma
144. Simonelli, C., Rossi, R., Petrucelli, I., & Tripodi, F. (2006). identità di genere e sviluppo sesso-affettivo: fattori di rischio e percorsi atipici nell'infanzia e nella preadolescenza. *Quale psicologia*, 76.

145. Sims A. Symptoms in the mind: an introduction to descriptive psychopathology (3rd ed). London: Saunders; 2002.
146. Smith, Y. L., Van Goozen, S. H., Kuiper, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Sex reassignment: outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychological medicine*, 35(01), 89-99.
147. Spack, N. P., Edwards-Leeper, L., Feldman, H. A., Leibowitz, S., Mandel, F., Diamond, D. A., & Vance, S. R. (2012). Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. *Pediatrics*, 129(3), 418-425.
148. Sperber, M. A., (1973). The ‘as if’ personality and transvestism. *Psychoanalytic Review*, 60, 605-612
149. Stinson, B. (1972) A study of twelve applicants for transsexual surgery. *The Ohio State Medical Journal*, 68, 245-249.
150. Stinson, B. (1972) A study of twelve applicants for transsexual surgery. *The Ohio State Medical Journal*, 68, 245-249.
151. Stoller, R. (1968) Male childhood transsexualism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 193—201
152. Stoller, R. J. (1964). A contribution to the study of gender identity. *The International Journal of Psychoanalysis*.
153. Summerfield, C., Egner, T., Mangels, J., & Hirsch, J. (2005). Mistaking a house for a face: neural correlates of

- misperception in healthy humans. *Cerebral Cortex*, 16(4), 500-508.
154. Thompson E (2007) Mind in life: biology, phenomenology and the sciences of mind. Harvard University Press, Cambridge.
155. Thompson, E., & Varela, F. J. (2001). Radical embodiment: neural dynamics and consciousness. *Trends in cognitive sciences*, 5(10), 418-425.
156. Tool, S. (1988). Brief psychiatric rating scale. *Psychopharmacology bulletin*, 24, 97-99.
157. Tsushima, W. T., & Wedding, D. (1979) MMPI results of male candidates for transsexual surgery. *Journal of Personality Drivers*, 43, 385-387.
158. Van Kesteren, P. J., Gooren, L. J., & Megens, J. A. (1996). An epidemiological and demographic study of transsexuals in the Netherlands. *Archives of sexual behavior*, 25(6), 589-600.
159. Varela, F. J. (1991). Organism: A meshwork of selfless selves. In *Organism and the Origins of Self* (pp. 79-107). Springer, Dordrecht.
160. Varela, F. J., Thompson, E., & Rosch, E. (2017). *The embodied mind: Cognitive science and human experience*. MIT press.
161. Vitelli, R. (2015). Adult Male-to-Female Transsexualism. *Journal of Phenomenological Psychology*, 46(1), 33-68.
162. Voyer, D., Voyer, S., Bryden, M., 1995. Magnitude of sex differences in spatial abilities: a meta-analysis and

- consideration of critical variables. *Psychol.Bull.* 117, 250–270.
163. World Health Organisation multiaxial version of ICD 10. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO 1992.
164. World Health Organization. (1978). The ICD-9 classification of mental and behavioural disorders. Geneva: WHO.
165. Zahavi, D. (1994). Husserl's Phenomenology of the Body. *Etudes phénoménologiques*, 10(19), 63-84.
166. Zucker K.J., Bradley S.J., (1995), Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents, *Guilford Press*, New York.
167. Zucker, K. J., & Lawrence, A. A. (2009). Epidemiology of gender identity disorder: Recommendations for the standards of care of The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 8-18
168. Zuger, B., & Taylor, P. (1969). Effeminate behavior present in boys from early childhood. II. Comparison with similar symptoms in non-effeminate boys. *Pediatrics*, 44(3), 375-380.