- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.12.36.30 Sat, 27 Apr 2024, 16:10:24

Utilizzo del test di Rorschach nella diagnosi di disturbo dell'identità di genere e nella valutazione dell'idoneità alla riassegnazione chirurgica del sesso

Utilizing the Rorschach Test in the diagnosis of gender identity disorder and in the evaluation of eligibility for sex reassignment surgery

VALERIA AFFATATI[1], IGNAZIO GRATTAGLIANO[2], ORLANDO TODARELLO[1], ROBERTO CATANESI[2]
E-mail: ignazio.grattagliano@uniba.it

[1]Clinica Psichiatrica Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari
[2]Sezione di Criminologia e Psichiatria Forense, Dipartimento Medicina Interna e Medicina Pubblica, Università di Bari

RIASSUNTO. Introduzione. Il disturbo dell'identità di genere (DIG) si manifesta con una discordanza tra il sesso biologico e il vissuto soggettivo di appartenenza al corrispondente genere sessuale, in assenza di una qualsivoglia chiara e definita anomalia genetica o biologica. La diagnosi di DIG, nonché l'attestazione dell'idoneità del paziente all'intervento di riassegnazione chirurgica del sesso (RCS), sono propedeutiche all'attivazione dell'iter giudiziario necessario. Obiettivo del presente studio è quello di valutare se il test di Rorschach, all'interno della valutazione psicometrica e psicodiagnostica ai fini clinici, terapeutici e medico-legali, rappresenti uno strumento utile a coadiuvare il clinico nel definire la diagnosi differenziale, ma soprattutto a fornire indicazioni rispetto alla eleggibilità del paziente all'intervento di RCS, considerati i criteri definiti dalla WPATH. **Materiali e metodi**. A tal fine abbiamo analizzato i Rorschach di 47 pazienti, di cui 33 DIG e 14 DIG non altrimenti specificati (NAS). **Risultati**. I risultati del nostro studio evidenziano che i DIG NAS presentavano maggiori difficoltà nel controllo dello stress e minori capacità di adattamento, con possibilità di incorrere in disorganizzazione, impulsività, disturbi comportamentali, nonché livelli più elevati di distress situazionale e cronico, con alterazioni del corso volontario del pensiero e ideazione non controllata, una maggior frequenza di disturbi del pensiero e relazioni oggettuali più disturbate, con rapporti interpersonali qualitativamente peggiori e meno adattivi, caratterizzati da dipendenza e aggressività. **Conclusioni**. In relazione all'utilizzo del Rorschach ai fini diagnostici e valutativi per l'idoneità del paziente alla RCS, risulta chiaro però che tale test non può essere considerato come unico strumento su cui fondare una diagnosi differenziale tra DIG e DIG NAS, in assenza di differenze significative tra i due gruppi, nella prevalenza dei disturbi psicopatologici maggiori.

PAROLE CHIAVE: transessualismo, DIG, psicodiagnosi, test di Rorschach, riassegnazione chirurgica del sesso.

SUMMARY. Introduction. Gender identity disorder (GID) is a mental disorder in which gender identity is incongruent with the anatomical sex, in the absence of any clear and defined genetic or biological alteration. The diagnosis of GID as well as the assessment of patient eligibility for sex reassignment surgery (SRS) are prerequisite to the legal recognition procedure. The aim of this study was to evaluate the usefulness of the Rorschach test in differential diagnosis determination and primarily in providing information on patient eligibility for SRS, in the framework of the clinical, therapeutic and forensic psychometric and psychodiagnostic assessment, and according to the World Professional Association for Transgender Health (WPATH) criteria. **Materials and methods.** For this purpose we analysed the Rorschach test of 47 patients (33 GID and 14 GID NAS). **Results.** Results show that GID NAS patients have greater difficulties in stress control and less adaptability, which could lead to disorganisation, impulsiveness, behavioural disorders, as well as higher levels of situational and chronic stress, with altered thought patterns and uncontrolled ideation, a higher frequency of thought disorders and disturbed relations, with lower quality and less adaptive interpersonal relationships, which are characterized by dependency and aggressive behaviours. **Conclusions.** This research shows that the Rorschach test cannot be used alone in the determination of the differential diagnosis between GID and GID NAS in the diagnosis and evaluation of patient eligibility for SRS, especially when comparing groups which do not shows significant differences in the prevalence of the main psychopathological disorders.

KEY WORDS: transsexualism, gender identity disorder, psychodiagnosis, Rorschach test, sex reassignment surgery.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.12.36.30 Sat, 27 Apr 2024, 16:10:24

INTRODUZIONE

Il disturbo dell'identità di genere (DIG) si manifesta con una discordanza tra il sesso biologico e il vissuto soggettivo di appartenenza al corrispondente genere sessuale, in assenza di una qualsivoglia chiara e definita anomalia genetica o biologica. Coloro che vivono questa esperienza provano un disagio profondo nei confronti del proprio corpo, che sentono come estraneo. Lo stesso senso d'estraneità che provano per i comportamenti e gli atteggiamenti che sono tipici del proprio sesso, all'interno dei quali non si riconoscono (1). Il percepirsi come appartenente all'altro sesso comporta inoltre una modificazione della percezione di sé, dell'immagine corporea, dei rapporti interpersonali, dei meccanismi di coping, del modo di integrarsi nella società. I dati epidemiologici indicano una maggiore frequenza del DIG nei maschi rispetto alle femmine; un maschio adulto su 30.000, infatti, e una femmina adulta su 100.000 richiedono un cambiamento di sesso (1). I dati di prevalenza in Olanda esprimono un rapporto di donne con identità di genere maschile pari a 1:30.000, e un rapporto di uomini con identità di genere femminile pari a 1:10.000. I dati olandesi costituiscono una buona stima epidemiologica del DIG poiché l'Olanda è uno dei pochi Paesi ad avere un unico centro di riferimento nazionale (2).

Secondo il DSM-IV (3), il DIG deve essere distinto da altre condizioni quali: 1) un comportamento che non corrisponde ai parametri culturalmente considerati tipici di quel genere sessuale; 2) il feticismo di travestimento, che si manifesta con fantasie, impulsi sessuali, o comportamenti ricorrenti, e intensamente eccitanti sul piano sessuale, derivanti dal vestirsi con abiti tipici del sesso opposto; 3) le condizioni non altrimenti specificate (NAS), come la fantasia di penectomia senza il desiderio di riassegnazione chirurgica del sesso (RCS); 4) psicopatologie come la schizofrenia o altre condizioni rientranti nella disforia di genere.

La diagnosi differenziale si mostra spesso piuttosto complessa; accade quindi di frequente che il processo diagnostico non si risolva nell'ambito di una prima fase, consistente nel colloquio psichiatrico e nella valutazione psicodiagnostica, ma che spesso prosegua anche durante tutto il periodo della psicoterapia. Tale orientamento, di mantenere, cioè, "aperta e non definita" la diagnosi anche durante la psicoterapia, è inoltre previsto dai criteri della Harry Benjamin Association, attualmente chiamata World Professional Association for Transgender Health (WPATH).

L'*iter* previsto dalle nostre sezioni universitarie, che seguono le procedure indicate dalle linee-guida internazionali, dell'Osservatorio Nazionale sui Disturbi dell'Identità di Genere (ONIG), nonché dai criteri della WPATH, prevede un day hospital, all'interno del quale viene eseguito un colloquio psichiatrico, indagini psicodiagnostiche, esami ematochimici e consulenze urologica, endocrinologica e di chirurgia plastica. Si procede quindi assegnando il paziente a uno psicologo che segue il paziente settimanalmente con una psicoterapia individuale.

Secondo i criteri della WPATH, gli scopi della psicoterapia consistono nel valutare la storia del paziente, affrontare le problematiche attuali, identificare le idee non realistiche e i comportamenti disadattivi, piuttosto che porsi come obiettivo la cura del DIG. Il fine principale è di permettere al paziente di raggiungere uno stile di vita stabile a lungo termine, con realistiche possibilità di successo nelle relazioni interpersonali, nell'istruzione, nel lavoro e nell'espressione della propria identità di genere. Intraprendere un percorso psicoterapeutico può inoltre fornire al paziente la possibilità di valutare alcune alternative rispetto all'intervento di RCS, che possono non essere state considerate adeguatamente dal paziente in precedenza. La psicoterapia può inoltre aiutare il paziente a enfatizzare il bisogno di porsi obiettivi di vita realistici per il lavoro e le relazioni, e a definire e alleviare i conflitti che possono aver compromesso uno stile di vita stabile.

La diagnosi, sebbene non venga "definita", per poter essere riconsiderata, precede l'indicazione per i pazienti a intraprendere la "real-life experience", tramite la quale è possibile valutare la determinazione del soggetto, la sua capacità di funzionare nel genere sessuale preferito e l'adeguatezza dei sostegni sociali, economici e psicologici, nonché l'acquisizione di una maggior consapevolezza delle conseguenze familiari, professionali, interpersonali, scolastiche, economiche e legali, che si potrebbero verificare in seguito all'intervento di RCS.

Alcuni requisiti necessari perché il paziente sia ritenuto idoneo a intraprendere la terapia ormonale sono: 1) una documentata real-life experience, di almeno tre mesi prima della somministrazione di ormoni; 2) un periodo di psicoterapia della durata ritenuta opportuna dal terapeuta dopo la valutazione iniziale (minimo RCS.

Il paziente è pertanto idoneo a intraprendere la terapia ormonale se: 1) ha già consolidato la sua identità di genere durante la sua real-life experience o nel corso della psicoterapia; 2) ha raggiunto dei progressi nel padroneggiare altri suoi problemi specifici, tali da esser riuscito a migliorare o a stabilizzare il suo equilibrio mentale (per es., controllo soddisfacente di problematiche come sociopatia, abuso di sostanze, psicosi e tendenze suicidarie).

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.12.36.30 Sat, 27 Apr 2024, 16:10:24

Lo psicoterapeuta deve quindi valutare l'idoneità del paziente all'intervento di RCS in base ai seguenti parametri: 1) 12 mesi di terapia ormonale continuativa per coloro che non hanno controindicazioni di tipo medico; 2) 12 mesi continuativi di real-life experience perseguita con successo; 3) se richiesto dal terapeuta, una partecipazione responsabile e regolare alla psicoterapia per tutta la real-life experience a una frequenza stabilita concordemente tra il paziente e il terapeuta.

Il paziente viene ritenuto idoneo al RCS quando: 1) compie progressi considerevoli nel consolidamento della propria identità di genere; 2) presenta adeguate capacità di affrontare e gestire i propri problemi lavorativi, familiari e interpersonali, cui consegue uno stato di salute mentale significativamente migliore.

Appare, quindi, evidente come la diagnosi differenziale, il percorso psicoterapeutico e la definizione dell'eleggibilità del paziente ai vari "step", previsti dall'*iter* e in ultimo all'intervento di RCS, siano particolarmente complessi.

Nella nostra esperienza clinica e medico-legale, ci siamo confrontati con la difficoltà di formulare una diagnosi differenziale avvalendoci solo del colloquio psichiatrico e della valutazione psicodiagnostica. La psicoterapia ci è apparsa pertanto assolutamente necessaria, non solo per definire e raggiungere gli obiettivi terapeutici e di eleggibilità del paziente all'intervento di RCS, ma anche per definirne la diagnosi stessa.

Nel caso del DIG, la diagnosi e la psicoterapia presentano molti limiti e delle peculiarità legate al tipo di disturbo, ma soprattutto alle motivazioni per cui questi pazienti intraprendono la psicoterapia. La diagnosi di DIG nonché l'attestazione dell'idoneità del paziente all'intervento di RCS sono infatti propedeutiche all'attivazione dell'*iter* giudiziario. Pertanto, questi pazienti spesso perseguono, come principale obiettivo della psicoterapia, l'ottenimento dell'autorizzazione all'intervento. Di conseguenza, assumono frequentemente un atteggiamento difensivo e non collaborativo, negando le problematiche psicologiche che intuiscono possano essere ostative alla loro idoneità, riferendo di possedere i requisiti universalmente riconosciuti, assumendo atteggiamenti aggressivi o di rifiuto rispetto ai necessari tempi della psicoterapia o talvolta all'acquisizione di dati da parte del clinico. Il terapeuta viene quindi spesso considerato in funzione del rilascio dell'autorizzazione, non considerando la psicoterapia come un valido ausilio per un miglior adattamento personale. Tali aspetti, piuttosto frequenti, rendono questi pazienti differenti da altre tipologie, poiché non afferiscono alle nostre strutture con una chiara richiesta di aiuto, ma con la pretesa di un burocratico riconoscimento del loro stato. Di conseguenza il colloquio psichiatrico si rivela piuttosto sterile e al suo termine rimangono molti dubbi rispetto alla diagnosi. Considerati pertanto questi limiti, risulta ancor più opportuno che i pazienti che richiedono l'intervento di RCS intraprendano un percorso psicoterapeutico, di una durata variabile in base ai disturbi e alle caratteristiche di personalità del paziente.

Rispetto alla valutazione psicodiagnostica è opportuno evidenziare che non esistono test specifici che consentano di formulare una diagnosi di DIG, che quindi risulta molto complessa. Infatti, gli operatori dei Centri che si occupano di tale disturbo generalmente si avvalgono di una batteria di test, al fine di ottenere una valutazione psicometrica e psicodiagnostica che in primo luogo escluda patologie di tipo psicotico, quindi fornisca un quadro della personalità del paziente. Da un'analisi della letteratura si evince che i test maggiormente utilizzati sono le scale cliniche (SCL-90) e i test di personalità (MMPI, Rorschach, TAT, DAP).

Lothstein (4) analizzò i risultati di 41 studi sperimentali sul transessualismo pubblicati dal 1953 al 1983. L'autore approfondì in particolare i risultati dei test psicologici utilizzati, concordando con altri autori che il transessualismo potesse essere una variante, o un sottotipo, dello spettro dei disturbi di tipo borderline. Aveva infatti rilevato che i transessuali, come i borderline, risultavano esenti da psicopatologie significative sia nelle interviste cliniche sia nei test oggettivi, ma che esibivano una severa psicopatologia se valutati tramite i test proiettivi. L'autore quindi identificò alcune caratteristiche, valutabili tramite i test, che potevano risultare utili per la diagnosi differenziale, ma anche per determinare la forza dell'Io del paziente e il suo potenziale per intraprendere una psicoterapia: deficit della capacità di simbolizzare; perdita dell'integrazione dell'identità; arresto dello sviluppo e malfunzionamento delle funzioni dell'Io; utilizzo di meccanismi di difesa primitivi; organizzazione delle relazioni oggettuali di tipo sadomasochistico; malfunzionamento del nucleo dell'identità di genere; inadeguata differenziazione sé-oggetto; incapacità di stabilire un'adeguata rappresentazione di genere di sé, dell'oggetto e della costanza di sé. Inoltre riteneva importante valutare come l'interazione tra le difese psicologiche primitive e le pulsioni (in particolar modo l'aggressività) alterassero la formazione dell'identità di genere. Volkan (5) infatti sosteneva che molti transessuali fossero spaventati dai loro impulsi aggressivi e ricercassero l'intervento chirurgico per liberarsi dalla propria aggressività.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.12.36.30 Sat, 27 Apr 2024, 16:10:24

In alcuni studi sperimentali con gruppo di controllo è stato utilizzato il test di Rorschach. Mormont (6) confrontò un gruppo di transessuali con un campione di soggetti omosessuali e di non pazienti. Dallo studio emerse che i transessuali presentavano problematiche relative alla mediazione cognitiva (X-%, S-%) e all'ideazione (SCZI e Sum6 (DR, DR2 e ALOG).

Cohen et al. (7) valutarono un gruppo di transessuali rispetto ad un campione di pazienti psichiatrici e di non pazienti, rilevando che i transessuali presentavano punteggi intermedi rispetto agli altri due gruppi per inaccuratezza percettiva (FQ-%), mentre erano simili ai non pazienti per disturbi del pensiero e immagine di sé (WSum6, M-, MOR).

Dallo studio di Caron e Archer (8) emerse che i transessuali, rispetto a un campione di pazienti schizofrenici, con disturbi della personalità e non pazienti, presentavano risultati sovrapponibili a quelli dei pazienti con disturbi della personalità per controllo degli impulsi, esame di realtà, disturbi cognitivi, autostima, modulazione affettiva, rapporti interpersonali.

Murray (9), avendo ipotizzato che i transessuali presentassero una struttura di personalità di tipo borderline, definita secondo i criteri di Kernberg, utilizzò il Rorschach per validare tale concetto. Confrontò pertanto un gruppo di transessuali, di borderline e di studenti analizzando le variabili aggressive (Holt System Aggressive Content Section), le relazioni oggettuali (MOA), l'esame di realtà (X+%) e la differenziazione oggetto/sé (Exner System Special Scorings).

Dai risultati dello studio si evidenziò che i transessuali presentavano un ugual numero di contenuti aggressivi, di disturbi delle relazioni oggettuali, dell'esame di realtà e indici di psicopatologia rispetto ai borderline. Entrambi i gruppi erano significativamente differenti dal gruppo degli studenti in tutte le variabili considerate.

Tuber e Coats (10) confrontarono un gruppo di soggetti con DIG con un gruppo di soggetti normali. L'ipotesi prevedeva che i transessuali avrebbero presentato un deficit qualitativo nelle rappresentazioni oggettuali, un maggior numero di disturbi del pensiero e di rappresentazioni oggettuali maligne e "divoranti" e che il loro livello complessivo di rappresentazioni oggettuali sarebbe stato più primitivo rispetto al gruppo di controllo. Gli autori analizzarono gli Special Scores e le MOA del Rorschach CS. Dai risultati dello studio emerse che i transessuali presentavano in maniera significativamente maggiore lo Special Score della Confabulazione e le MOA. Gli autori sostennero quindi che i DIG presentavano anche altri tipi di disturbi del funzionamento dell'Io, oltre alla sintomatologia strettamente legata al DIG.

Michel e Mormont (11), analizzando il funzionamento psicologico dei candidati all'intervento di SRS, rilevarono che costoro utilizzavano di frequente un meccanismo di difesa che permetteva loro di cercare rifugio nella passività e nella fantasia così da evitare situazioni spiacevoli, le responsabilità e il prendere decisioni. Tale processo inconscio è stato identificato da Exner come "sindrome di Biancaneve". Michel e Mormont spiegavano la presenza di tale sindrome come una difesa situazionale innescata dalla dipendenza dalla decisione di un terzo (medico, psicologo, chirurgo) in merito all'intervento. Gli autori riscontrarono, infatti, che, in seguito all'intervento di RCS, tale sindrome non era più rilevabile.

Il MMPI-2 è tra i test più frequentemente somministrati ai pazienti con DIG, in quanto strumento noto e validato anche in ambito forense e non solo per indagini cliniche (12). Tale strumento è usato anche al fine di valutare la comorbilità con altri disturbi psichiatrici (13). Inoltre, per le peculiarità della psicoterapia, che persegue pertanto non solo un obiettivo clinico-terapeutico, ma anche medico-legale, appare fondamentale avvalersi del MMPI che permette, tramite la valutazione delle scale di validità, di accertare se la descrizione che il paziente propone di sé sia aderente alla realtà e quindi attendibile o se stia fornendo un quadro di sé irrealisticamente positivo, con un underreporting di sintomi (14-17).

Il MMPI è stato utilizzato in vari studi sperimentali con gruppo di controllo. Miach et al. (18) sottoposero a MMPI-2 un gruppo di soggetti con DIG e un campione di DIG NAS. L'85% del gruppo dei transessuali mostrava una sintomatologia subclinica, mentre il 47% dei DIG NAS soffriva di disturbi psicopatologici di grado severo. Né i risultati del MMPI, né la valutazione clinica tramite DSM-III-R supportarono l'ipotesi che il transessualismo fosse associato ai disturbi di personalità. Piuttosto, i dati indicarono che i transessuali differivano significativamente rispetto ai soggetti affetti da altri tipi di DIG senza un persistente desiderio di cambiare sesso, poiché questi ultimi presentavano comorbilità psichiatriche.

Greenberg e Laurence (19) confrontarono i test MMPI di un gruppo di transessuali MtF che vivevano assumendo costantemente sembianze e ruolo femminile, con un campione di transessuali MtF che mantenevano in maniera predominante l'aspetto maschile, e con un gruppo di pazienti psichiatrici ambulatoriali e ricoverati. I risultati mostrarono che i transessuali che avevano assunto stabilmente il ruolo femminile erano esenti da psicopatologia. Al contrario, i transessuali che continuavano ad assumere sembianze e ruolo maschile apparivano disturbati come i pazienti psichiatrici, mostrando elevazioni significative nelle scale D, Pd, Pt e Sc.

Sembrerebbe pertanto che i risultati di questi studi, successivi alla review di Lothstein, confermino quanto ri-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.12.36.30 Sat, 27 Apr 2024, 16:10:24

levato dall'autore, considerato che, a differenza di quanto rilevato tramite il MMPI, i transessuali risultano affetti da problematiche ideative, dell'esame di realtà e della mediazione cognitiva se valutati tramite il Rorschach.

Ci siamo posti quindi l'obiettivo di esaminare se all'interno della valutazione psicometrica e psicodiagnostica, considerato in particolare l'ambito medico-legale, oltre al fondamentale utilizzo del MMPI ci si potesse avvalere del Rorschach come strumento utile a coadiuvare il clinico nel definire la diagnosi differenziale, ma soprattutto a fornire indicazioni rispetto alla eleggibilità del paziente all'intervento di RCS. Il Rorschach, quale test proiettivo, consente di superare maggiormente le difese dell'individuo, caratteristica utile considerata la tendenza di questi pazienti a fornire un quadro di sé più adattato rispetto alla realtà. Inoltre, il Rorschach possiede indici specifici che possono consentire di valutare molti aspetti della personalità del paziente, considerati dalla WPATH fondamentale oggetto di analisi per la definizione dell'idoneità alla RCS.

Obiettivo del presente studio era pertanto valutare se il test di Rorschach potesse essere utile nell'evidenziare quali variabili o caratteristiche evidenziate dalla WPATH, e ritenute necessarie per l'idoneità alla RCS, differenziassero i DIG rispetto ai DIG NAS. Questi ultimi infatti, pur essendo DIG, non sono ritenuti idonei alla RCS.

MATERIALI E METODI

In questo studio abbiamo analizzato i protocolli Rorschach di un gruppo di pazienti che richiedevano di essere sottoposti alla RCS, afferiti consecutivamente in due anni presso l'Istituto di Psichiatria e la Sezione di Criminologia Clinica e Psichiatria Forense dell'Università di Bari.

Il test di Rorschach è stato somministrato e interpretato secondo il Comprehensive System (CS) di Exner (20). Il CS di Exner è attualmente il sistema di interpretazione del Rorschach più diffuso a livello internazionale e più validato empiricamente in base alle caratteristiche psicometriche di standardizzazione: uniformità della somministrazione, elevato accordo inter-esaminatore della siglatura ($k \geq 0{,}80$), elevata affidabilità test-retest ($0{,}75 < r < 0{,}90$), buona validità di costrutto, buona validità predittiva (20).

Il test di Rorschach è stato somministrato a tutti i pazienti dopo il colloquio psichiatrico e prima che intraprendessero il percorso psicoterapeutico. Dal campione iniziale, formato da 60 soggetti, sulla base del colloquio psichiatrico e dei risultati del MMPI, sono stati eliminati 9 soggetti poiché presentavano parafilie, disturbi psicotici od omosessualità conflittuale. Inoltre, i protocolli Rorschach di 4 soggetti non sono stati ritenuti validi poiché presentavano un esiguo numero di risposte (R<14) e un L elevato (L>0,99) (21).

I 47 soggetti del campione definitivo risultavano DIG alla consulenza psichiatrica e secondo l'esito della valutazione del test MMPI-2 che era stato loro somministrato. In seguito alla psicoterapia, e sottoposti a successiva consulenza psichiatrica, 33 pazienti erano stati diagnosticati come DIG e 14 come DIG NAS. Tra i DIG NAS, 2 pazienti presentavano desiderio di penectomia senza il desiderio di RCS; 4 richiedevano la terapia ormonale e la mastectomia senza voler proseguire con la RCS; 8 presentavano condotte di travestitismo transitorie e legate a stress.

Per l'analisi dei dati è stato predisposto un database inserendo solo alcune variabili del Rorschach, atte a valutare quelli che potevano essere gli elementi discriminanti tra i DIG e i DIG NAS, anche sulla base dei criteri di eleggibilità dei pazienti alla terapia ormonale e al RCS, descritti dalla WPATH, avvalendosi inoltre dell'utilizzo di alcune scale sperimentali non introdotte nel CS di Exner. I protocolli sono stati infatti siglati anche con la Mutuality of Autonomy Scale (MOA) (22) e con la Rorschach Oral Dependency Scale (ROD) (23).

Come già rilevato, gli obiettivi diagnostico-terapeutici consistono nell'identificare le idee non realistiche e i comportamenti disadattivi del paziente, valutare la sua capacità di affrontare le problematiche attuali e le sue possibilità realistiche di successo nelle relazioni interpersonali e nel lavoro, valutare il suo bisogno di realizzare tali obiettivi di vita realistici e la determinazione del paziente, la sua capacità di adattamento nelle situazioni, l'adeguatezza dei sostegni sociali, economici e psicologici, nonché la capacità di saper mantenere un lavoro, continuare a studiare, o assumersi un impegno come volontario.

Quindi a tal fine sono state selezionate le seguenti variabili Rorschach: EA (risorse psicologiche del paziente); AdjD e D (capacità di gestire e controllare lo stress); es, Adj.es, FM+m, SumY (livello di stress percepito); EI (autostima); Fr + rF (tratto narcisistico); Col-Sh Blends (confusione emotiva); MOR (pensiero pessimistico); DEPI (disturbo depressivo); DQ (qualità dell'elaborazione degli stimoli); Zd (elaborazione degli stimoli); Zf (investimento di risorse nel perseguire un obiettivo); PTI, Sum6, WSum6, DV, INC, DR, FAB, ALOG, CON (disturbi del pensiero); M- (controllo dell'ideazione); XA%, WDA%, X-% (mediazione cognitiva ed esame di realtà); AG (tendenza all'aggressività); S (tendenza all'oppositività); CDI (maturità di socializzazione); Isolation Index (isolamento sociale); Sum H, PureH, MOA (rapporti interpersonali e relazioni oggettuali); p, a, Fd, Ma, Mp (tratto passivo-dipendente); ROD (rapporti interpersonali di dipendenza); GHR, PHR (comportamento interpersonale adattivo); COP (interazioni positive), P (comportamenti sociali adeguati).

La scala MOA è basata su un modello evolutivo che definisce vari livelli o stadi di rapporto interpersonale in base al senso individuale di autonomia e di capacità di stabilire relazioni di reciprocità. Dall'interpretazione del protocollo tramite la MOA si ottengono vari tipi di indici che definiscono in maniera dettagliata il tipo di relazioni oggettuali: MOA- R (frequenza di risposte che implicano una

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.12.36.30 Sat, 27 Apr 2024, 16:10:24

relazione), MOA-Sum (somma dei punteggi MOA; più è elevata peggiore è la qualità dei rapporti), MOA-M (media dei punteggi MOA; più è elevata peggiore è la qualità dei rapporti; si è rivelata in letteratura un buon predittore di rapporti interpersonali negativi), MOA-L (corrisponde al punteggio MOA più basso, e quindi più adattivo), MOA-H (identifica il punteggio livello MOA più alto, e quindi meno adattivo. È un buon predittore di rapporti interpersonali negativi), MOA-PATH (somma dei punteggi da 5 a 7 assegnati nel protocollo; più è elevato, peggiore è la qualità dei rapporti interpersonali).

La scala ROD valuta la dipendenza interpersonale, attribuendo un punteggio alle risposte con contenuto orale, passivo e dipendente.

L'analisi statistica dei dati è stata eseguita tramite il test non parametrico di Mann-Whitney poiché le variabili analizzate non avevano una distribuzione normale.

I valori degli indici del Rorschach CS sono stati calcolati come percentuali allo scopo di controllare la numerosità delle risposte che chiaramente non è un denominatore fisso nel test di Rorschach.

RISULTATI

L'età media del campione era di 24,5 ± 4,2 anni e la scolarità media di 11,8 ± 2,8 anni. I due campioni risultavano omogenei per età e scolarità. I soggetti maschi biologici rappresentavano il 67% del campione DIG e l'86% dei DIG NAS.

Nella **Tabella 1** sono riportate le variabili Rorschach con le relative medie dei due campioni e la significatività statistica.

Le variabili risultate statisticamente significative tra i due campioni possono essere essenzialmente raggruppate nelle seguenti categorie: capacità di gestire lo stress attuale (D), livello di stress cronico e situazionale percepito (es, Adj.es, FM+m, Sum Y), pensiero pessimistico (MOR), disturbi del pensiero (Sum6, WSum6) determinati in particolare da una comunicazione distorta (DV) e disorganizzazione ideativa con idee fusionali (CTM), tendenza all'aggressività (AG), rapporti interpersonali di dipendenza (ROD), relazioni oggettuali (MOAR, MOASum, MOAM, MOAL, MOAH, MOAPath).

DISCUSSIONE

I risultati del nostro studio evidenziano alcune differenze tra i DIG e i DIG NAS rilevabili non solo clinicamente, ma anche attraverso la valutazione psicodiagnostica con il Rorschach CS.

A fronte di similari risorse psicologiche (EA) e capacità interne di fronteggiare le situazioni stressogene (AdjD), i soggetti DIG NAS rispetto ai DIG presentano maggiori difficoltà nel controllo dello stress e minori capacità di adattamento, con possibilità di incorrere in disorganizzazione, impulsività, disturbi comportamentali (D); soffrono maggiormente di uno stato di distress situazionale e cronico, con alterazioni del corso volontario del pensiero e ideazione non controllata, che possono comportare difficoltà di attenzione e concentrazione (es., Adj.es, FM+m, SumY).

Non si evidenziano differenze nel livello di autostima dei soggetti dei due gruppi, né appare rilevabile la maggior incidenza di un tratto narcisistico di personalità.

A livello affettivo non sembrano presenti differenze significative tra i DIG e i DIG NAS (DEPI, Col Sh Blends).

I soggetti dei due gruppi non si differenziano per le loro capacità di investire risorse interne al fine del raggiungimento di un obiettivo (Zf), né per la qualità ed efficienza di elaborazione degli stimoli esterni (Zd, DQ).

Le capacità di mediazione cognitiva e il livello di esame di realtà appaiono similari tra i due gruppi (XA%, WDA%), così come l'indice psicotico (PTI).

L'analisi dell'area ideativa fa emergere una maggior frequenza di disturbi del pensiero nei DIG NAS (Sum6, WSum6), in relazione a maggiori difficoltà nel gestire la comunicazione a causa di un uso distorto del linguaggio (DV), e disorganizzazione ideativa con idee fusionali (CTM). Inoltre, i DIG NAS presentano più di frequente un pensiero pessimistico (MOR) rispetto ai DIG.

La qualità delle relazioni interpersonali sembra distinguere significativamente i DIG dai DIG NAS. Questi ultimi, rispetto ai DIG, possiedono relazioni oggettuali più disturbate, con rapporti interpersonali qualitativamente peggiori e meno adattivi (MOA), caratterizzati da dipendenza (ROD) e aggressività (AG). Tuttavia i DIG NAS non si differenziano dai DIG per scarsa maturità di socializzazione (CDI), per minor interesse verso gli altri (SumH), per maggior tendenza all'isolamento sociale (Isolation Index), o per l'assunzione di un atteggiamento disadattivo (Pop, PHR).

CONCLUSIONI

Nel nostro Paese le persone che vogliono mutare il proprio sesso anagrafico possono farlo a seguito dell'intervento di RCS così come disposto nella L. 164 del 14 aprile 1982 ("Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso"). Sebbene tale legge non preve-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.12.36.30 Sat, 27 Apr 2024, 16:10:24

Tabella 1. Variabili Rorschach DIG vs DIG NAS

Variabile	Significato	p	Media DIG	Media DIG NAS
EA	Risorse psicologiche	NS		
AdjD	Capacità di controllo dello stress	NS		
D	Controllo dello stress attuale	0,015	-0,06 ± 0,52	-0,86 ± 0,86
es	Stress percepito situazionale	0,013	4,7 ± 3,32	8,07 ± 3,24
Adj,es	Stress percepito cronico	0,015	4,09 ± 2,77	6,71 ± 2,25
FM+m	Ideazione non controllata	0,006	1,88 ± 1,34	3,93 ± 1,93
SumY	Ansia situazionale	0,016	0,7 ± 1,01	1,5 ± 1,07
EI	Autostima	NS		
Fr + rF	Tratto narcisistico	NS		
ColSh blends	Confusione emotiva	NS		
MOR	Pensiero pessimistico	0,007	0,73 ± 0,93	1,86 ± 1,41
DEPI	Disturbo depressivo	NS		
DQ+	Qualità dell'elaborazione	NS		
DQv	Qualità dell'elaborazione	NS		
Zd	Elaborazione degli stimoli	NS		
Zf	Investimento di risorse nel perseguire un obiettivo	NS		
PTI	Disturbo psicotico	NS		
X-%	Disturbo dell'esame di realtà	NS		
XA%	Mediazione cognitiva ed esame di realtà	NS		
WDA%	Mediazione cognitiva ed esame di realtà	NS		
M-	Controllo dell'ideazione	NS		
Sum6	Disturbi del pensiero	0,024	2 ± 2,12	3,93 ± 2,21
WSum6	Disturbi del pensiero	0,037	6,3 ± 7,07	12,79 ± 9,58
DV	Comunicazione distorta	0,01	0,18 ± 0,31	0,71 ± 0,71
CTM	Disorganizzazione ideativa e idee fusionali	0.007	0 ± 0	0.29 ± 0.45
INCOM	Logica forzata	NS		
DR	Scarso controllo sugli impulsi ideativi	NS		
FAB	Pensiero incoerente, disorganizzato	NS		
ALOG	False relazioni di causa-effetto	NS		
S	Oppositività	NS		
AG	Tendenza all'aggressività	0,022	0,09 ± 0,29	0,71 ± 1,27
CDI	Maturità di socializzazione	NS		
Isolation	Isolamento sociale	NS		
Sum H	Relazioni oggettuali	NS		
PureH	Relazioni oggettuali	NS		
a	Passività	NS		
p	Passività	NS		
Fd	Passività	NS		
Ma	Passività	NS		
Mp	Passività	NS		
GHR	Comportamento adattivo	NS		
PHR	Comportamento disadattivo	NS		
COP	Interazioni positive	NS		
Pop	Comportamenti poco adeguati	NS		
ROD	Rapporti interpersonali di dipendenza	0,035	0,1 ± 0,05	0,09 ± 0,06
MOAR	Risposte che implicano una relazione	0,043	2,33 ± 2,2	4 ± 2,66
MOASum	Qualità dei rapporti interpersonali	0,021	5,94 ± 5,95	13,86 ± 11,39
MOAM	Qualità dei rapporti interpersonali	0,015	1,89 ± 1,48	3,18 ± 1,39
MOAL	Comportamenti interpersonali adattivi	0,021	1,24 ± 1,15	2,14 ± 1,51
MOAH	Comportamenti interpersonali adattivi	0,03	2,73 ± 2,13	4,14 ± 1,83
MOAPath	Qualità dei rapporti interpersonali	0,002	0,24 ± 0,6	1.57 ± 1,79

da la consulenza psicologica e psichiatrica quale passaggio obbligato, è in realtà ormai prassi consolidata il ricorso ad essa come prima tappa per poter intraprendere l'iter medico-legale per la RCS. Se è vero, infatti, che le persone con DIG molto difficilmente producono una domanda spontanea di analisi e di rivisitazione psicologica della propria storia, una migliore conoscenza delle variabili alla base di tale difficoltà alla formulazione di una domanda di aiuto psicologico potrebbe produrre un miglioramento delle strategie di intervento clinico. Si deve infatti sottolineare la natura paradossale di una condizione dove a una problematica che investe primariamente il piano psichico viene fornita risposta su quello corporeo, oltre che la necessità di ulteriori approfondimenti relativamente alle differenti questioni medico-legali ed etiche, oltre che cliniche che sottendono le attuali indagini medico-legali e psichiatrico-forensi.

In relazione all'utilizzo del Rorschach a fini diagnostici e valutativi, sembrerebbe pertanto che tale test non possa essere considerato come unico strumento su cui fondare una diagnosi differenziale tra DIG e DIG

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.12.36.30 Sat, 27 Apr 2024, 16:10:24

NAS. Non emergono infatti differenze significative nelle variabili primarie che indicano la presenza di disturbi psicopatologici maggiori di tipo psicotico, depressivo e ansioso (PTI, DEPI, CDI), mentre si segnala un'unica significatività rispetto alla presenza di stress situazionale (D).

Tuttavia, il test di Rorschach appare un valido ausilio per la descrizione della personalità del paziente, in funzione del raggiungimento degli obiettivi diagnostico-terapeutici tramite la psicoterapia, e anche di quelli di profilo medico-legale. I risultati del nostro studio, in accordo con i criteri previsti dalla WPATH, in merito alla eleggibilità dei pazienti alla RCS, evidenziano che i DIG NAS ritenuti non idonei alla RCS presentavano maggiori difficoltà nel controllo dello stress e minori capacità di adattamento, con possibilità di incorrere in disorganizzazione, impulsività, disturbi comportamentali, nonché livelli più elevati di distress situazionale e cronico, con alterazioni del corso volontario del pensiero e ideazione non controllata, una maggior frequenza di disturbi del pensiero e relazioni oggettuali più disturbate, con rapporti interpersonali qualitativamente peggiori e meno adattivi, caratterizzati da dipendenza e aggressività.

Non è quindi compito del Rorschach fornire diagnosi nosografiche, quanto dare informazioni e comprensione delle dinamiche e del funzionamento psicologico del soggetto. Per tale motivo può essere uno strumento elettivo, nell'ambito di un più ampio percorso clinico, nella valutazione prevista dalla normativa in tema di rettificazione di attribuzione del sesso.

BIBLIOGRAFIA

1. Definizione American Psychiatric Association, 2000.
2. Cohen-Kettenis P, Friedemann P. Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence: Making Choices, SAGE Publications, 2003.
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. DSM-IV-TR. Washington: APA, 2000.
4. Lothstein LM. Psychological testing with transsexuals: a 30-year review. J Pers Assess 1984; 48: 500-7.
5. Volkan V. Aggression among transsexuals. Paper presented at the 129th annual meeting of the American Psychiatric Association, Miami, Florida, 1976.
6. Mormont C, Michel A, Wauthy J. Transsexualism and connection with reality: Rorschach data. Rorschachiana-Yearbook of the International Rorschach Society 1995; 20: 172-87.
7. Cohen L, de Ruiter C, Ringelberg H, Cohen-Kettenis PT. Psychological functioning of adolescent transsexuals: personality and psychopathology. J Clin Psychol 1997; 53: 187-96,
8. Caron GR, Archer RP. MMPI and the Rorschach characteristics of individuals approved for gender reassignment surgery. Assessment 1997; 4: 229-41.
9. Murray JF. Borderline manifestations in the Rorschachs of male transsexuals. J Pers Assess 1985; 49: 454-66.
10. Tuber S, Coats S. Indices of psychopathology in the Rorschachs of boys with severe gender identity disorder: a comparison with normal control subjects. J Pers Assess 1989; 53: 100-12.
11. Michel A, Mormont C. Flight into the imaginary world and dependence: personality trait or opportunist defence mechanism in the transsexual. Encephale 2004; 30: 147-52.
12. Pope KF, Butcher JN, Seelene J. MMPI, MMPI-2, MMPI-A in tribunale. Firenze: ed Giunti OS, 2006.
13. Mosticoni R, Chiari G. Una descrizione obiettiva della personalità. Il Minnesota Multiphasic Personalità Inventory. Firenze: Organizzazioni Speciali, 1979.
14. Gough S. Simulated patterns on the Minnesota Multiphasic Personality Inventory. The Journal of Abnormal and Social Psychology 1947; 42: 215-25.
15. Cofer CN, Chance J, Judson AJ. A study of malingering on the Minnesota Multiphasic Personality Inventory. J Psychol 1949; 27: 491-9.
16. Graham JR, Watts D, Timbrook RE. Detecting fake-good and fake-bad MMPI-2 profiles. J Pers Assess 1991; 57: 264-77.
17. Woychyshyn CA, McElheran WG, Romney DM. MMPI Validity measures: a comparative study of original with alternative indices. J Pers Assess 1992; 58: 138-48.
18. Miach PP, Berah EF, Butcher JN, Rouse S. Utility of the MMPI-2 in assessing gender dysphoric patients. J Pers Assess 2000; 75: 268-79.
19. Greenberg RP, Laurence L. A comparison of the MMPI results for psychiatric patients and male applicants for transsexual surgery. J Nerv Ment Dis 1981; 169: 320-3.
20. Exner JE, Erdberg P. The Rorschach, Advanced Interpretation. London: John Wiley & Sons, 2005.
21. Lis A, Zennaro A, Salcuni S, Parolin L, Mazzeschi L. Il Rorschach secondo il Sistema comprensivo di Exner. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2007.
22. Urist J. The Rorschach test and the assessment of object relations. JPA 1977; 41: 3-9.
23. Masling JM, Rabie L, Blondheim SH. Obesity, level of aspiration, and Rorschach and TAT measures of oral dependence. J Consult Psychol 1967; 31: 233-9.