ELISA DEL ROSARIO UGARTE VERDUGUEZ

Aspectos da psicossexualidade e da personalidade de pacientes autodenominados transexuais masculinos e femininos avaliados pelo teste projetivo de Szondi

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de Concentração: Endocrinologia

Orientadora: Profª. Dra. Berenice Bilharinho de Mendonça

SÃO PAULO

2009

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Ugarte Verduguez, Elisa del Rosario
Aspectos da psicossexualidade e da personalidade de pacientes autodenominados transexuais masculinos e femininos avaliados pelo teste projetivo de Szondi / Elisa del Rosario Ugarte Verduguez. -- São Paulo, 2009.
Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Clínica Médica.
Área de concentração: Endocrinologia.
Orientadora: Berenice Bilharinho Mendonça.

Descritores: 1.Teste de personalidade 2.Sexualidade/psicologia 3.Transsexualismo 4.Transtorno da identidade de gênero

USP/FM/SBD-186/09

“Esta vida não é um estado de devoção, mas a conquista da devoção,

não é ter saúde, porém conquistar a saúde, não é ser, mas vir a ser,

não é repouso, e sim atividade.

Nós ainda não somos, seremos.

A vida não está pronta e acabada,

Mas em elaboração,

Não é a meta, mas é o “caminho”.

Martin Lutero

“O homem deve ter a coragem de ser diferente daqueles que o circundam, quando necessário deve ter a coragem de ser bom, ainda que os outros ajam mal com ele ou em torno dele”

Lipot Szondi

A meus queridos pais,

em prova da minha eterna gratidão

AGRADECIMENTOS

Uma tese, como toda história tem raízes, às vezes muito profundas. Gostaria de expressar minha gratidão e reconhecimento a todos que colaboraram para a realização deste trabalho.

A Profª Dra. **Berenice Bilharinho de Mendonça**, minha orientadora, que me acolheu, e foi capaz de um olhar sensível para localizar e ajudar a trazer à luz os pensamentos mal-expressos, e me estimulou a empreender a jornada científica, com doçura, competência e profissionalismo.

Ao Profº Dr. **Alfredo Cesar Müller** (*in memorian*) por ter sido o professor szondiano, que me iniciou nos fundamentos e prática da teoria de Szondi

A psicóloga **Clara Juareza Pereira da Silva** pela amizade, colaboração na análise do teste Szondi e na tradução do francês para o português dos artigos szondianos.

A psicóloga **Marlene Inácio** pela amizade, confiança, colaboração na análise do teste H-T-P e contribuição com a amostra.

Ao Profº **Bruno Gonçalves**, professor da Universidade de Lisboa, pela sempre gentil e atenciosa colaboração nas dúvidas da teoria szondiana.

A Dra. **Elaine Maria Frade Costa** pela amizade, apoio e estimulo a procurar respostas mais claras e valiosas discussões clinicas.

Ao Dr. **Alexander Augusto Lima Jorge** pelo apoio, compreensão e excelente estudo estatístico.

Ao Dr. **Alexandre Sadeeh** pelo apoio e avaliação psiquiátrica dos pacientes.

A secretária **Nilda** pelo seu carinho, gentil orientação nas informações burocráticas e auxílio na formatação do texto. As secretárias **Cristiane**, **Ana** e **Cássia** pela sempre carinhosa colaboração na digitação e xérox.

Aos colegas psicólogos **Ari**, **Maria Lúcia** e **Desiree** pelo apoio e orientação bibliográfica.

A minha querida filha **Ana Carolina**, pelo seu amor, estimulo nas horas de cansaço e contribuição no planilhamento das características sociais dos grupos estudados.

Aos meus **familiares** pelo carinho, apoio e compreensão da minha ausência em eventos familiares.

Aos **pacientes** que participaram meu obrigado especial, e a todos os amigos.

À **FAPESP** meu agradecimento pelo apoio financeiro, que me permitiu realizar este trabalho de mestrado.

SUMÁRIO

Resumo

Summary

1 INTRODUÇÃO 1

2 OBJETIVOS 26

3 CASUÍSTICA 28

4 MÉTODOS 35

5 RESULTADOS 48

6 DISCUSSÃO 110

7 CONCLUSÕES 132

8 ANEXOS 136

9 REFERÊNCIAS 150

RESUMO

Ugarte Verduguez ER. *Aspectos da psicossexualidade e da personalidade de pacientes autodenominados transexuais masculinos e femininos avaliados pelo teste projetivo de Szondi* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009. 155p.

O transexualismo é um transtorno da identidade sexual, associado a uma forte e persistente identificação com o sexo oposto. Há poucos estudos referentes à utilização de testes psicológicos para auxiliar no diagnóstico do transexualismo. O objetivo deste estudo foi avaliar os aspectos da psicossexualidade de pacientes autodenominados transexuais através do teste de Szondi: Estudo retrospectivo e prospectivo no quais os pacientes com transtornos da identidade de gênero foram avaliados através de entrevistas livres; com aplicação dos critérios diagnósticos de transexualismo da DMS-IV da Associação Psiquiátrica Americana, seguido da aplicação dos testes projetivos de Szondi e H-T-P. O teste de Szondi foi aplicado por 8 vezes em cada indivíduo para avaliação quantitativa das proporções psicossexuais Dur e Moll. Os pacientes com diagnóstico de transtorno específico da identidade de gênero (transexualismo) foram acompanhados em psicoterapia de grupo por pelo menos 2 anos. Casuística: 104 indivíduos autodenominados transexuais (78 masculinos); grupo controle: 109 indivíduos (55 homens) autodenominados heterossexuais. Após aplicação dos critérios diagnósticos para transtorno da identidade de gênero do DMS-IV da Associação Psiquiátrica Americana e acompanhamento psicoterápico foram definidos como transexuais 41 indivíduos do sexo masculino e 17 indivíduos do sexo feminino. Na análise estatística as variáveis obtidas nos testes Szondi e H-T-P foram avaliadas por testes não paramétricos. Resultados: No grupo masculino, houve predomínio da proporção Moll total assim como na proporção Moll no vetor sexual e no do ego nos transexuais em comparação aos heterossexuais e aos portadores de transtorno da identidade de gênero não especificado ($p<0,05$). A sensibilidade do teste Szondi para identificação feminina nos transexuais masculinos foi de 80%, a especificidade de 86% e a acurácia de 83% enquanto que a sensibilidade do teste H-T-P foi de 88%, a especificidade de 54% e a acurácia de 72%. No grupo feminino houve predomínio da proporção Dur total assim como na proporção Dur do ego nas transexuais em comparação as heterossexuais e as portadoras de transtorno da identidade de gênero não especificado ($p<0,05$). A sensibilidade do teste Szondi para identificação masculina nos transexuais femininos foi de 94%, a especificidade de 67% e a acurácia de 85% enquanto que no teste H-T-P a sensibilidade foi de 94%, a especificidade foi de 33% e a acurácia de 73%. No período pós-cirúrgico todos os pacientes portadores de transtorno da identidade de gênero específico se mostraram satisfeitos, por terem realizado a cirurgia, com alguma frustração pela limitação do processo transexualizador, porém com melhora significativa no psíquico e dos vínculos sócio-familiares. Discussão: A validação de testes psicológicos para o diagnóstico dos transtornos de identidade de gênero é

de grande importância visto o número crescente de pacientes com queixas de transtorno sexual que procuram tratamento. No estudo atual analisamos as propriedades do teste Szondi e do teste H-T-P num grupo de pacientes com transtornos da identidade de gênero classificados através dos critérios vigentes. Verificamos que a acurácia do teste Szondi foi maior que a do teste H-T-P no diagnóstico dos transtornos específicos da identidade de gênero a custa de uma maior especificidade frente a uma sensibilidade semelhante. Além disto, a detecção de transtornos psíquicos pelo teste Szondi, que podem ser causa ou efeito do transtorno da identidade de gênero, permite alertar o psicoterapeuta na indicação da cirurgia de transgenitalização. Conclusão: O teste Szondi mostrou ser um excelente teste auxiliar para o diagnóstico do transexualismo em ambos os sexos.

Descritores: 1.Teste de personalidade 2.Sexualidade/psicologia 3.Transsexualismo 3.Transtorno da Identidade de Gênero

SUMMARY

Ugarte Verduguez ER. *Aspects of psychosexuality and personality of male-to-female and female-to-male transsexuals evaluated by Szondi projetive test* [thesis]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2009. 155p.

Transsexualism is a disorder of sexual identity associated with strong and persistent identification with the opposite sex. There are few studies concerning the use of psychological tests as diagnostic tools for transsexualism. The objective of this study was to assess the psychosexual aspects of self-denominated transsexuals through the Szondi test. Retrospective and prospective study in which patients were firstly assessed through free interviews. monitoring psychotherapy, with assessment of DMS-IV diagnostic criteria for transsexualism from the American Psychiatric Association followed by the Szondi and HTP projective personality tests. The Szondi test was applied 8 times to each subject to quantitatively assess the Dur-Moll psychosexual reactions. Subjects: 104 self-determined transsexuals (78 men); control group: 109 self-determined heterosexuals (55 men). Forty-one male subjects and 17 female subjects were defined as transsexuals DMS-IV diagnostic criteria for transsexualism from the American Psychiatric Association followed by monitoring psychotherapy. Statistical analysis of the variables obtained in SZONDI and HTP projective tests were evaluated by non-parametric tests. Results: In the male group, there was a predominance in total Moll proportion and in Moll proportion at the sexual and ego vectors in transsexuals compared to heterosexual and not specified gender identity disorder groups ($p < 0.05$). The sensitivity of the SZONDI test to identify female gender identity in men was 80%, specificity 86% and accuracy 83% while the sensitivity of the H-T-P test was 88%, specificity 54% and accuracy 72%. In the female group total Dur proportion and Dur proportion at ego vector was predominant in transsexuals compared to heterosexual and not specified disorder of gender identity groups ($p < 0.05$). The sensitivity of the SZONDI test to identify male gender identity in women was 94%, specificity 67% and accuracy 85% while for H-T-P test the sensitivity was 94%, specificity 33% and accuracy 73%. After surgery all transsexuals patients were happy but with some frustration with the transgender process limitation but with significant improvement of psychic and of social-family contacts. Discussion: The validation of psychological tests for diagnosis of gender identity disorders is of great importance considering the increasing number of patients with sexual identity disorder seeking treatment. In the present study we analyzed the properties of SZONDI and H-T-P tests in a group of patients with of gender identity disorders classified by current criteria. We found that the accuracy of the SZONDI test was higher than the H-T-P test in the diagnosis of transsexualism due to greater specificity with similar sensitivity. Furthermore, the detection of mental disorders by SZONDI test, which may be the cause or effect of the gender identity disorder,

can alert the psychotherapist in the indication of transgender surgery. Conclusion: The SZONDI test showed to be an excellent tool for transsexualism diagnosis in both sexes.

Descriptors: 1.Personality Tests 2.Sexuality/psychology 3.Transsexualism 4.Disorder of gender identity

1 INTRODUÇÃO

A ampla complexidade do diagnóstico e tratamento do transtorno especifico da Identidade de gênero, classificação conforme o DSM-IV (1) ou transexualismo, segundo o CID-10 (2) mostra a necessidade do quanto ainda deve ser pesquisada a respeito dos mesmos e também porque na literatura científica há poucos estudos que utilizam testes psicológicos que possam auxiliar no diagnóstico destes pacientes. Para o diagnóstico do transtorno da identidade de gênero especifico é importante compreender a dinâmica desses pacientes, que gira basicamente em torno da percepção da sua feminilidade e masculinidade. Para tal, é importante entender o próprio processo de desenvolvimento psicossexual do ser humano, que é bastante complexo, se inicia no primeiro ano de vida e só se completa na adolescência (3).

A psicossexualidade do ser humano é constituída pela identidade de gênero a qual por sua vez é constituída pelo papel de gênero e orientação sexual

A identidade de gênero refere-se ao sentimento e a noção individual de pertencer a um dos gêneros, masculino ou feminino. É essencialmente subjetiva, introspectiva, inconsciente e se revela quando a criança diz ser menina ou menino. Ela inclui a sexualidade, mas não se acha restrita a ela no sentido de erotismo (4). O papel de gênero refere-se ao comportamento social típico de cada gênero de acordo com o contexto sócio-cultural que o indivíduo pertence (3). A orientação sexual refere-se ao comportamento sexual,

declarado e fantasiado, expresso em ambos os sexos pela escolha do objeto e natureza da atividade sexual, (heterossexual, bissexual, homossexual (3).

O desenvolvimento da psicossexualidade é influenciado por múltiplos fatores como os genéticos, de estrutura cerebral, exposição aos hormônios durante a gestação, influências sócio culturais, dinâmica familiar, os desejos conscientes e inconscientes parentais, que influenciarão na relação com o filho, antes mesmo do seu nascimento. O processo de desenvolvimento e estruturação da psicossexualidade do indivíduo adulto tem por base a sexualidade infantil, que é o ponto de partida para a definição de uma identidade sexual saudável ou o ponto de partida para desvios da sexualidade (5). O comprometimento no desenvolvimento da sexualidade infantil constitui a base para o desenvolvimento dos transtornos da identidade de gênero incluindo o transexualismo.

O transexualismo é um transtorno da identidade sexual, associado a uma forte e persistente identificação com o sexo oposto e a um descontentamento com a genitália e os caracteres sexuais secundários bem como com as atribuições sociais pertinentes ao sexo biológico, que devem ser modificados pela cirurgia (6). Estes pacientes buscam na cirurgia de transgenitalização e no tratamento hormonal e psicoterápico a harmonização de sua imagem corporal interna com a sua imagem corporal externa. Recentemente, foi regulamentada pela portaria 1707 de 18 de agosto de 2008, a portaria do processo transexualizador a ser realizado pelo SUS para pacientes com diagnóstico de transexualismo (F64.0) (2).

O diagnóstico do transtorno de identidade de gênero está atualmente baseado nos critérios da Associação Norte Americana de Psiquiatria (DSM-IV TR- APA, 2000) (1) e da Organização Mundial da Saúde (CID-10) (2).

1.1 Revisão da literatura

O termo transexual psíquico foi usado pela primeira vez por Magnus Hirschfeld em 1923, sob a forma “seelischer Transexualismus” (transexualismo da alma ou transexualismo psíquico), para designar as pessoas que não apenas querem se vestir com roupas do sexo oposto, mas que se sentem pertencer ao sexo oposto, distinguindo do travestismo e da homossexualidade (7). Posteriormente, David O. Caudwell (1949) utiliza o termo “psycopathia transsexualis”, no relato de um caso de transexualismo feminino. Descreve que essas pessoas se sentem como se pertencessem ao sexo oposto e acredita que lhes foi dado o corpo errado, especialmente quanto às características sexuais externas e querem ser operadas para adquirir o corpo do sexo oposto (8). Harry Benjamin em 1954 firma o termo transexualismo na literatura médica (9). O avanço de suas pesquisas, nas quais mostra a importância da psicoterapia e do tratamento hormonal e cirúrgico para aliviar o alto grau sofrimento desses pacientes, nunca encontrada por ele na sua experiência clínica, ajudou a estabelecer bases para o tratamento dos pacientes com transexualismo. O transexualismo, como doença, começa a fazer parte da medicina na década 60, devido às importantes contribuições de Harry Benjamin e suas publicações sobre o tema

(10-13), desde então se iniciando extensas pesquisas e programas de tratamento (14). Nos anos 70, sexologistas e pesquisadores interessados na questão de gênero, formam a Harry Benjamim International Gender Dysphoria Association (HBIGDA) que desenvolveu protocolos de tratamento padrão (15). A American Psychiatric Association (APA) chega a um consenso com o termo "transtorno da identidade de gênero" para descrever os indivíduos com disforia de gênero (Diagnostic and Statistical Manual, 3rd edition (DSM-III, 1980). Várias revisões foram realizadas destas diretrizes e na última revisão DSM-IV-(TR,2000) da APA, os termos disforia de gênero, transexualismo e transgênero foram retiradas (1). No entanto a Classificação Internacional de Doenças, 10º versão (CID-10), da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1993), mantém o termo transexualismo (F64.0) dentro dos Transtornos de Identidade Sexual (F64) (2). Neste trabalho utilizamos os termos transtorno específico de identidade de gênero e transexualismo como sinônimos.

Person e Oversey (1974) diferenciaram o transexualismo primário e o transexualismo secundário. O transexualismo primário apresenta os núcleos de identidade e papel de gênero alterado desde a infância e busca a cirurgia de transgenitalização. Já o transexualismo secundário manifesta-se geralmente em homossexuais ou travestis ativos sexualmente que apresentam regressão psíquica em situações de estresse e buscam a cirurgia de mudança de sexo (16) (17).

O diagnóstico dos transtornos da identidade de gênero está atualmente baseado no DSM-IV TR-2000, no CID-10 e nos padrões de Cuidados para Transtornos de Identidade de Gênero, 6ª versão (HBIGDA, 2001) adotados pela Associação Internacional Harry Benjamin de Disforia de Gênero.

O manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais (DSM-IV TR-2000) considera quatro critérios diagnósticos fundamentais, apresentados na Tabela 1, para classificar o transexualismo (1).

Tabela 1 - Critérios Diagnósticos para Transtornos da Identidade de Gênero de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais (DSM-IV TR-2000) da Associação Psiquiátrica Americana

A - Forte e persistente identificação com o gênero oposto (não meramente um desejo de obter quaisquer vantagens culturais percebidas pelo fato de ser do sexo oposto).	
Em crianças, a perturbação é manifestada por quatro (ou mais) dos seguintes quesitos:	(1) declarou repetidamente o desejo de ser, ou insistência de que é do sexo oposto; (2) preferência pelo uso ou simulação de roupas do sexo oposto; (3) comportamento e preferências intensas e persistentes por papéis do sexo oposto (brincadeiras ou fantasias); (4) intenso desejo de participar em jogos e passatempos estereotípicos do sexo oposto (5).forte preferência por companheiros do sexo oposto.
Em adolescentes e adultos, o distúrbio se manifesta por sintomas tais:	(1). desejo declarado de ser do sexo oposto; (2). passar-se freqüentemente por alguém do sexo oposto; (3). desejo de viver ou ser tratado como alguém do sexo oposto, ou a convicção de ter os sentimentos e reações típicas do sexo oposto.
B - Desconforto persistente com seu sexo ou sentimento de inadequação no papel de gênero deste sexo.	
Em meninos	(1). afirmação de que seu pênis ou testículos são repulsivos, declaração de que seria melhor não ter pênis, aversão a brincadeiras, jogos e atividades típicas do sexo masculino;
Em meninas	(2). rejeição a urinar sentada, afirmação de que desenvolverá um pênis, afirmação de que não deseja desenvolver seios ou menstruar ou acentuada aversão a roupas caracteristicamente femininas.;
Em adolescentes e adultos	(3). preocupação em ver-se livre de características sexuais primárias ou secundárias (por ex., solicitação de hormônios, cirurgia ou outros procedimentos para alterar fisicamente as características sexuais, com o objetivo de simular o sexo oposto) ou crença de ter nascido com o sexo errado.
C. A perturbação não é concomitante a uma condição intersexual física.	
D. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.	

Além dos critérios acima é importante especificar em indivíduos sexualmente maduros se tem atração sexual por homens, por mulheres, por ambos os sexos ou por nenhum dos sexos.

No DSM-IV TR-2000 o diagnóstico de transtorno específico da Identidade de gênero recebe o código 302.6 – quando diagnosticado em crianças e o código 302.85 quando diagnosticado em Adolescentes e Adultos (1).

A Classificação Internacional de Doenças, 10ª versão (CID-10) (OMS, 1993), utiliza como critérios diagnósticos para o transexualismo a persistência mínima de dois anos com tal comportamento na ausência de patologia mental grave, tal como esquizofrenia e não estar associada a qualquer anomalia sexual genética ou cromossômica. O diagnóstico diferencial deve ser feito com transvestismo de duplo papel (F64.1), travestismo fetichista (F65.1), transtornos de identidade sexual na infância (F64.2), outros transtornos de identidade sexual (64.8) e com transtornos não especificado da identidade sexual (F64.9) (2).

A Associação Internacional Harry Benjamin de Disforia de Gênero, Padrões de Cuidados de Transtornos de Identidade de Gênero, 6ª versão, (HBIGDA, 2001) utiliza os critérios do DSM-IV e da CID-10 para o diagnóstico (18).

Alguns teóricos discordam em alguns pontos dos critérios diagnósticos do DSM-IV, (APA-2000), como, Bower (2001) que critica da não necessidade de exames subsidiários (cariótipo, cromossomos sexuais, etc), até a pobreza dos diagnósticos diferenciais. Enfatiza que o DSM-IV é uma classificação adequada para os transtornos de identidade de gênero, mas que pode e deve ser melhorada, pois possui critérios que dificultam o diagnóstico correto. Este autor considera que o diagnóstico emerge durante o processo chamado por ele de “entrevista clínica” e que a decisão cirúrgica deve ser tomada apenas

após longo e extenso período de observação, considerando variáveis específicas, como adoção do gênero de maneira integral, adequação do gênero desejado, e outros (19). Este autor também indica que os procedimentos diagnósticos e a decisão cirúrgica sejam objetivos e tenham base científica, reconhecendo os limites dos procedimentos atuais (19).

Uma tese recente realizada em nosso meio, considera, em concordância com a Associação Internacional Harry Benjamin de Disforia de Gênero, Padrões de Cuidados de Transtornos de Identidade de Gênero, que ambos os critérios DSM-IV (APA, 1995) e CID-10 (OMS,1993) devem ser utilizados para o diagnóstico dos transtornos de identidade de gênero (20).

Cohen- Kettenis e Gooren (1999) em revisão sobre etiologia, diagnóstico e tratamento do transexualismo consideram que presentemente é impossível diagnosticar transexualismo com base em critérios objetivos porque não existem métodos psicométricos ou instrumentos psicológicos validados para o diagnóstico do transexualismo. O diagnóstico depende das informações subjetivas dadas pelos solicitantes de diagnóstico. Assim, baseados nos padrões de tratamento da Associação Internacional Harry Benjamim de Disforia de Gênero, consideram que o diagnóstico seja realizado em duas etapas:

Primeira etapa: consiste em obter informações sobre o desenvolvimento geral e psicossexual do indivíduo, o significado subjetivo e o tipo de sua inversão nas roupas, o seu comportamento, a orientação sexual, a imagem corporal e informações sobre a vida social, porque o apoio social é indispensável durante a redesignação sexual. Nessa etapa ao paciente é informado sobre as possibilidades, limitações e riscos da redesignação sexual.

Segunda etapa: o candidato terá que vivenciar o papel do sexo desejado. Os membros da família devem ser informados sobre as mudanças e um novo nome deve ser escolhido. Requer-se um número de sessões de psicoterapia, mas a psicoterapia obrigatória pode ser dispensada. Nessa etapa deveria se dar oportunidade aos candidatos antes do tratamento hormonal, uma ampla oportunidade de apreciar em fantasia ou ao vivo as reações familiares, educacional, econômica e as conseqüências legais da mudança de papel de gênero. Também deveriam ter tempo para explorar quaisquer dúvidas referentes à cirurgia de transgenitalização ou assuntos não resolvidos, antes de mudanças físicas irreversíveis sejam iniciadas. O clínico deve realizar o diagnóstico diferencial do transexualismo e indicar o tratamento hormonal adequado. O sentimento de disforia geralmente diminui depois das primeiras mudanças corporais, assim como com a possibilidade de viver um novo papel social. Nesta fase é essencial o acompanhamento por um psicólogo ou psiquiatra, pois este período é sempre turbulento (21).

1.1.1 Diagnóstico diferencial

A importância do diagnóstico diferencial do transexualismo pode ser evidenciada pela experiência clinica com 254 pacientes autodenominados transexuais, que procuraram o ambulatório de transexualismo da Disciplina de Endocrinologia e da Disciplina de Psiquiatria (Prosex) da FMUSP desde 1984 com o objetivo de mudança do sexo biológico. Destes pacientes apenas 67 foram diagnosticados como portadores transexualismo.

No diagnóstico diferencial segundo o DSM-IV – (2000) (1) o paciente com transtorno específico da identidade de gênero pode ser diferenciado dos pacientes classificados com:

a) Transtorno da identidade de gênero sem outra especificação (código 302.6).

Inclui os transtornos da identidade de gênero não classificáveis como um transtorno específico da identidade de gênero (transexualismo). Nessa categoria estão incluídos pacientes com:

- Distúrbios do desenvolvimento sexual resultado de um transtorno na determinação ou diferenciação sexual de natureza genética ou não. (ex., síndrome de hiperplasia adrenal congênita) e disforia concomitante quanto ao gênero.
- Travestismo transitório, relacionado ao estresse, o indivíduo tem apenas o desejo e a necessidade de vestir-se com roupas e adornos do sexo oposto, para obter conforto e satisfação psicossexual.
- Preocupação persistente com castração ou penectomia, sem um desejo de adquirir as características sexuais do gênero oposto.

b) Transtorno sexual sem outra especificação (código 302.9)

Esta categoria inclui as perturbações sexuais que não satisfaçam os critérios dos transtornos sexuais específicos e não seja uma disfunção sexual ou uma parafilia.

Meyer (1974), no seu estudo com 67 pacientes masculinos avaliados, que buscavam a cirurgia de redesignação sexual, afirma que muitos

procuravam a cirurgia como forma de superar a depressão, ansiedade e psicose borderline. Outros buscavam insistentemente a cirurgia com sentido de atuação sadomasoquista ou de outras perversões. Alguns tentavam escapar do estigma da homossexualidade intolerável. Muitos indivíduos com sintomas de transtorno da identidade de gênero são descritos como esquizóides, depressivos crônicos, tendo transtorno de personalidade borderline e poucos, como psicóticos, oligofrênicos ou criminosos (22).

A etiologia do transexualismo ainda é desconhecida. Considera-se que pode estar correlacionada a fatores biológicos, sociais, culturais e a fatores psicológicos (estrutura e dinâmica familiar, vínculos afetivos com as figuras: parentais, desejo oculto dos pais em relação ao filho, mesmo antes do seu nascimento). Harry Benjamim já relacionava a etiologia desse transtorno à combinação de fatores de base biológica e a fatores ambientais (10). Há três teorias, a biológica, a psicológica, a psicossocial e a psicanalítica que tentam explicar a origem do transexualismo:

Teoria biológica*:* entre as teorias mais importantes está à correlação entre o hormônio masculino (testosterona) e a diferenciação e desenvolvimento cerebral e comportamento cerebral e conseqüente reflexo no comportamento masculino e feminino do indivíduo (23 e 24).

Teoria psicológica: propõem que a criança durante a aprendizagem social apreende e retém os modelos de comportamento expostos pelos pais ou figuras afetivamente importantes, incluindo as questões relativas à identificação do gênero, o que induz ou reforça seu comportamento e facilita o fenômeno de identificação com o modelo afetivo (25).

Teoria psicossocial: John Money diferencia o sexo biológico (cromossômicos, genéticos, gonadal e hormonal) do sexo de gênero ou identificação psicossexual (imagem corporal) (26). Na sua teoria psicossocial considera que toda criança tem sua identidade fixada nos primeiros anos de vida. E na identidade de gênero o fator mais importante é o psicológico e não o biológico, porque as atitudes e comportamentos dos pais determinariam a identificação de gênero da criança (26). Para Money e colaboradores, o primeiro e mais importante passo na diferenciação do gênero de uma criança é sua autodenominação como masculina ou feminina de acordo com o sexo atribuído ao nascimento e que a diferenciação de gênero, totalmente irreversível após os 18 meses de vida, está completa por volta dos 4, 5 anos de idade (27).

Teoria Psicanalítica: Robert Stoller faz distinção entre o sexo do indivíduo e o seu gênero. Para ele o sexo é definido biologicamente e o gênero tem uma definição sócio-psicológica, tais como: dinâmica familiar, a forma e a qualidade dos primeiros vínculos afetivos com as figuras parentais ou figuras afetivamente importantes, e o desejo inconsciente dos pais sobre o filho (28).

Stoller (1982) (28) nos seus estudos do transexualismo masculino aponta alguns aspectos, que seriam característicos da dinâmica psicológica nesses pacientes, na seqüência as duas características mais importantes:

1. a invasão do filho pela mãe partilhando sem restrição de limites, a intimidade do corpo materno, e a extrema simbiose entre eles gerando uma identificação intensa e permanente. Nesta condição acredita-se não ter havido o conflito edipiano pela ausência da

função simbólica ou concreta do pai que interditaria a relação incestuosa mãe-filho.

2. a mãe realiza os seus projetos no filho pela ausência do pai tanto física quanto psicológica.

A ausência do pai, concreta ou simbólica, trará como conseqüência um prejuízo simbólico pela impossibilidade de qualquer êxito no processo de identificação da masculinidade segundo outros autores (29).

Prevalência do transexualismo: a incidência do transexualismo é de 0,15-0,17: para 100.000 habitantes acima dos 15 anos de idade e a prevalência estimada é de 1:30.000 de adultos masculinos e de 1:100. 000 de adultos femininos. A razão entre transexuais masculinos e femininos é de 3:1 (30).

Nenhuma das diretrizes utiliza testes psicológicos para diagnóstico do transexualismo. A utilização de testes psicométricos para complementar a avaliação psicológica desse transtorno poderia ser útil para traçar uma perspectiva de diagnóstico e conseqüentemente de tratamento eficientes. O teste de personalidade Szondi foi escolhido para este trabalho porque fornece uma informação objetiva sobre a psicossexualidade e revela o grau das tendências de masculinidade ou de feminilidade do indivíduo.

Teste Szondi: Lipot Szondi, neuropsiquiatria, endocrinologista e psicanalista, nascido na Hungria em 1893 desenvolveu entre 1937 e 1963 a teoria biopsicológica das pulsões, chamada Análise do Destino, para a explicação do comportamento humano e posteriormente elaborou um teste, que recebeu seu nome, Teste Szondi (31). Pulsão é uma necessidade

imperiosa do aqui, que representa no psiquismo as exigências de ordem somática. Ela tem uma fonte, uma meta (atividade) e um objeto. Na psicanálise, a pulsão é a noção exclusivamente psíquica pela qual a sexualidade apresenta-se no indivíduo humano (5). Segundo Szondi a pulsão é um instinto imperfeito que tem um destino autônomo que influi sobre a formação existencial do destino humano (31). Para Szondi, a análise do destino é uma tendência da psicologia profunda, que torna consciente as exigências inconscientes dos antepassados. Por ela, o indivíduo é levado a confrontar-se com as possibilidades que seu destino lhe oferece (das quais não tem ainda consciência) e posto diante da alternativa de livre escolha. O ego dirige e determina a escolha do indivíduo, do parceiro amoroso, dos seus ideais, profissão, doença e amizades (31). Szondi criou este novo teste psicodiagnóstico que contém uma nova interpretação dos dinamismos psíquicos, a partir de 70.930 aplicações do teste, 23.370 aplicações em indivíduos não enfermos mentais e 47.560 aplicações em indivíduos neuróticos, psicóticos e com transtornos sexuais (32). O teste Szondi é indicado na investigação do mecanismo das pulsões do ego, na avaliação de aspectos da psicossexualidade, na identificação das enfermidades psíquicas familiares, das quais o paciente é condutor. Ele também possibilita visualizar saídas socializadoras, sublimadoras e humanizadoras para as enfermidades do paciente. O princípio fundamental do teste Szondi é a interpretação das ações eletivas pulsionais simples, pelo mecanismo de identificação e de negação, que manifesta características básicas e importantes da personalidade do indivíduo, demonstrando suas tendências e possibilidades

psicopatológicas. A ação projetiva sobre as fotografias do teste baseia-se na teoria de que toda percepção de um movimento desperta em quem o percebe, a tendência ao mesmo movimento. Cada face do teste possui um caráter evocativo que explora a capacidade de ressonância do sujeito (31). O teste é constituído de 48 fotografias divididas em 6 séries de 8 fotos de indivíduos do oeste da Europa com afecções psiquiátricas conhecidos. Cada série consta de 8 fotografias que reproduzem: um homossexual (h), um sádico (s), um epiléptico (e), um histérico (hy), um catatônico (k), um paranóico (p), um depressivo (d) e um maníaco (m) (33) (Figura 1).

Figura 1 – Seqüência de uma das series de fotos do Teste Szondi (33)

Szondi fundamenta seu teste dizendo que o homem está sempre escolhendo, com isso traçando seu destino pessoal, ou seja, na escolha de amigos, amores, profissão, esportes, etc. Ele distingue duas grandes categorias de destino: destino coercitivo (determinado) e destino de livre escolha. Nessa tarefa o ego é o executor e organizador das escolhas e um grau especial de maturidade do ego é necessário, para que ele atue no destino do indivíduo como conciliador do antagonismo psíquico consciente e inconsciente. Assim, pode oscilar constantemente entre o destino compulsivo (a herança gênica, a natureza pulsional e afetiva, o ambiente social e ideológico em que o indivíduo nasceu) versus o destino de livre escolha (através das funções do ego e da mente). O ego transforma a compulsão em liberdade no destino, razão de ser nomeado de “ego pontífice”. O nascimento do ego é de certo modo o nascimento da psique humana, é mais do que isso, é o nascimento do ser humano em oposição ao ser animal (31). Para Szondi o ego é constituído de quatro funções elementares, denominados de radicais do ego, que são:

A participação é a tendência a formar com o outro o ser-uno, o ser igual. Conduz, por projeção do poder próprio do ego, à formação de unidades duplas. Isto é, à vida do ego no outro (unidade mãe–criança, clã–solidariedade). Após a desintegração dessa dupla unidade participante, a mesma tendência funciona como projeção secundária, como extravasamento do poder próprio do ego, sobre outras pessoas que, depois prejudicam ou até perseguem o indivíduo projetante. É também o estado de impotência própria do ego na paranóia projetiva (mania de perseguição) (31).

A inflação é a tendência do ego à duplicação de seu poder, portanto de querer ser tudo. Também se chama inflação à obsessão por duas tendências opostas que agem ao mesmo tempo, mas sem se unir, nem excluir-se. Tal estado corresponde à cisão primária, também denominada de "autismo no ser", devido a inflação, cujo conteúdo pode variar de objeto e de intensidade. Por exemplo, quando se deseja, simultaneamente, ser homem e animal, diabo e anjo, senhor e servo, e criança e líder (31).

A introjeção é a primitiva tendência do ego à tomada de posse, à incorporação e à capitalização dos objetos de valor, das idéias de valor e de todos os conteúdos de valor e de poder do mundo exterior e interior. Em resumo, a urgência de tudo possuir e de tudo saber. A função fisiológica da introjeção é de servir de ponte para a percepção externa e interna. A forma doentia é o autismo em relação à posse, isto é, a alucinação, o pensamento mágico característico da esquizofrenia (31).

A negação é a tendência elementar do ego para esquivar, negar e inibir as frustrações e recalques. A forma doentia da negação se denomina negativismo, desvalorização total, encarceramento do ego chegando à autodestruição na catatonia ou ao suicídio (31).

A análise fundamental do ego provou que essas quatro funções elementares se interligam em sucessão regulada num movimento circulatório. O ego tem lugar muito importante nas funções de integração e desintegração para poder construir conscientemente um destino de livre escolha. A integração é um estado em que as funções elementares perfazem seu circuito conforme a regra, sem parada demasiado longa, ou seja, sem falhas. Isto significa o ego é integrado se todos os seus conteúdos

(sejam manifestações instintivas ou representações e idéias) percorrem seu circuito pulsional, da projeção, da introjeção, da negação e da inflação. Na integração, nenhuma das quatro funções elementares falta. Todas são capazes de agir. Na integração, o ego deve dominar e dirigir soberanamente suas funções elementares. A desintegração, pelo contrário, indica um estado no qual as quatro funções elementares estacionaram e conseqüentemente, os conteúdos do psíquico percorrem o circuito compulsivamente, “sem ego”, ou seja, no estado crepuscular (31).

A vida pulsional do homem está primeiramente dirigida, pelas energias pulsionais latentes, isto é, pelas necessidades pulsionais e segundo pelo ego, como identidade organizadora e reguladora das funções psíquicas do indivíduo (33). Para se compreender a teoria de Szondi, é importante entender a sua formulação genética: Assim, como a menor unidade biológica é o “gene”, a menor unidade instintiva é a “tendência” que, também, sempre esta acompanhada por seu par (alelo) psicológico. Szondi usa o termo tendência (tendere=tender), terminologia filosófica aplicada no âmbito da biopsicologia. Segundo Leibniz e P. Häberlin (1952) “Tendência é aquilo que faz o ser para chegar a ser” (34). Seguindo essa teoria Szondi considera que uma tendência pulsional significa o componente construtivo de uma necessidade que é determinada por um só fator hereditário, isto é, pelo gene paterno, ou pelo gene materno. Fazendo um paralelo, também no psiquismo humano não se recebe uma tendência isolada (paterna ou materna) sem sua complementar. Estas duas tendências complementares juntas formam uma necessidade pulsional. A necessidade pulsional (fator)

compõe-se sempre de suas tendências pulsionais análogas, isto é, de uma tendência masculina ou paterna e de outra tendência feminina ou materna. É o contraste entre a ternura da mãe, com tendência à passividade até o masoquismo e a agressividade do pai, com tendência à atividade até o sadismo, cada fator é formado por duas tendências pulsionais dialeticamente oposta. As pulsões também denominadas de vetores pulsionais são compostas pela combinação de duas necessidades ou dois fatores, que seguem a mesma direção bio-psicológica e atingem o mesmo fim (33).

Os diversos aspectos da personalidade são abordados através dos quatro vetores pulsionais do sistema construído por Szondi: o vetor sexual ou corporal (S), composto dos fatores: h e s, o vetor afetivo ou paroximal (P) composto pelos fatores: e e hy, o vetor do ego (Sch) pelos fatores: k e p, e o vetor de contato ou da relação (C) pelos fatores d e m. Cada fator é composto por duas tendências polarmente opostas (ex.: o fator h é constituído de: h+ e h-), assim, o sistema pulsional é construído por 16 tendências pulsionais, 8 fatores pulsionais e 4 vetores pulsionais (33) (Figura-2).

Tabela 2 - Sistema pulsional do teste Szondi (33)

VETORES	FATORES PULSIONAIS (n=8)	TENDÊNCIAS (n=16)	Símbolo
Vetor Sexual (S) pulsão sexual pulsão corporal	Feminilidade Maternidade Fator h Fator Eros	Tendência ao afeto sensual, pessoal.	h+
		Tendência ao afeto humanitário, coletivo. Amor à humanidade.	h-
	Virilidade Paternidade Fator s Destruição Fator *Thanatos*	Tendência ao sadismo, agressão e a atividade	s+
		Tendência à civilidade, cavalheirismo, sacrifício, humildade, passividade e masoquismo.	s-
Vetor Afetivo (P) pulsão paroxismal Pulsão da conduta ético-moral	Necessidade Caim-Abel Aceitação da Lei "Não matarás" Fator e (etíco) Fator *Ethos* Desejos de matar	Tendência à bondade, à justiça social, à tolerância, à piedade. *Abel*.	e+
		Tendência à maldade, ao acumulo de raiva, ódio, ira, vingança, injustiça, a intolerância. *Caim*.	e-
	Necessidade de sentir-se valorizado, Exibicionismo Impulso a aparecer e Fator hy(fator moral) impulso a ocultar-se. Fator moral	Tendência ao exibicionismo declarado. Gosto de aparecer impulso de ser valorizado.	hy+
		Tendência a vergonha, a inibição social, impulso a refugiar-se num mundo de fantasia	hy-
Vetor do Ego (Sch) pulsão do ego o ter e o ser	Estreitamento do Eu Egosístole Fator k (fator ter) Desejo de ter e possuir Fator sistólico	Tendência ao autismo, ao egoísmo, ao egocentrismo, ao narcisismo, a introjeção e ao poder pela posse.	k+
		Tendência a adaptar-se a coletividade, ao rechaço, à renuncia, à destruição e à negação.	k-
	Alargamento do Eu Egodiástole Eu espiritual Fator p (fator ser) Desejo de ser Fator diastólico	Tendência ao alargamento do Eu, inflação, ambivalência, desejo de poder ser tudo.	p+
		Tendência à co-participação, desejo de ser "ele mesmo" e ser igual ao outro, tendência à projeção.	p-
Vetor de Contato (C) pulsão de contato pulsão das relações	Necessidade de adquirir objetos Necessidade de buscar e de fixar-se. Fator d (aderência) Fator de fidelidade e/ou infidelidade	Tendência à aquisição de valores, em detrimento dos outros, busca de novos objetos, tendência à infidelidade	d+
		Tendência à renúncia em favor dos outros. Analidade. Adesão = fixação. Tendência a fidelidade.	d-
	Necessidade de ligar-se e desligar-se. Fator m (vínculo) Necessidade desligar-se.	Tendência a fixar-se ao objeto antigo (coisa ou pessoal). Inclinação a oralidade e ao hedonismo	m+
		Tendência a separar-se, solidão.	m-

O vetor sexual (S) e de contato (C) revelam os movimentos pulsionais pelos quais, encontra-se o mundo investido da maneira mais imediata (sem mediação). Estes vetores, ditos periféricos, traduzem a relação do sujeito com o mundo, enquanto ser sexuado e social. Representa a relação direta com as coisas, que são concernentes ao indivíduo.

O vetor do contato (ou relacional) é o vetor do ambiente, das sensações, da união com o mundo que o rodeia. Caracteriza a inserção do indivíduo naquilo que o cerca e a sua forma de relação. Na forma da relação oral (m) o sujeito reage à necessidade de ancorar-se aos objetos para deles retirar prazer e apoio, e na forma anal (d) o indivíduo conserva o que se possui ou busca outros objetos.

O vetor sexual (ou corporal) é o da sensualidade, da vida sensorial (através dos órgãos dos sentidos), do tato, das sensações musculares. Através deles, o indivíduo tem a percepção do mundo. Esse vetor é constituído pelo fator h, também chamado de Eros, e pelo fator s, também chamado de Thanatos. O fator h é o fator da sensualidade, da ternura, da erotização e da união objetal (pessoas, coisas ou situações). O fator s é o fator da atividade corporal, da ação, da agressividade e de separar os elos objetais. O vetor afetivo (P) e do ego (Sch), chamados vetores centrais, são considerados como vetores protetores do indivíduo, o vetor afetivo da vigilância e o vetor do ego da consciência, manifestam a posição do sujeito em relação às exigências pulsionais advindas dos vetores sexual e de contato.

O vetor afetivo no qual estão presentes o aspecto ético (e) e moral (hy), como mecanismo de defesa contra os perigos exteriores e interiores

nos informa sobre os elementos constitutivos do controle emocional. Os fatores (e) e (hy) remetem ao essencial “a uma coletividade humana que instaura regras e leis e organiza por aí, a vida em comum dos homens”. A pulsão afetiva intervém no modo de descarga dos afetos (33).

O vetor do ego é a instância central, é a chave da cúpula da arquitetura szondiana. O ego estrutura os outros vetores e tem por função elaborar as outras pulsões, submetê-las a seus próprios processos e transformá-las. É o lugar dos mecanismos da defesa, diante dos perigos pulsionais representados pelos outros vetores, e também, igualmente, face de estes que lhes são próprios. As reações do sujeito neste vetor testemunham uma tendência a exprimir-se através da qual o ego se coloca em relação a ele próprio, quer dizer que ele se constitui como Eu. No debate do ego com a realidade ele se engaja com os limites da realidade entrando em relação consigo mesmo (35). O fator p refere-se ao desejo de “ser”, da representação das suas relações com os outros, necessidade do engrandecimento sem limite do ego. Ele expressa extroversão, tendência a se espiritualizar, imaginação criadora, necessidade de expansão mental. O fator k refere-se ao desejo de “ter”, tende a delimitar a expansão e a separar o indivíduo dos outros, e expressa introversão, inteligência, razão, lógica, necessidade de clareza do pensamento e realismo. Szondi fez uma correlação das funções dos fatores k e p com os movimentos cardíacos, isto é, da egodiástole refere-se à tendência p no sentido de expansão do ser, e da egosístole refere-se à tendência k no sentido de um retraimento a fim de tornar o ego livre de toda dependência (33).

A psicossexualidade, segundo Szondi é construída sob a influência de genes e hormônios sexuais, que determinam o desenvolvimento dos genitais externos e das características sexuais secundárias. Além destes fatores, há influencias do ego, que permite pelo fator p que o indivíduo tome consciência do seu sexo biológico (ser masculino ou feminino) e do seu gênero (ser homem ou mulher) e pelo fator k introjeta e reconhece esses dois elementos. O teste Szondi possibilita avaliar os aspectos psicodinâmicos da personalidade e os aspectos da psicossexualidade e a dimensão de masculinidade e feminilidade de cada indivíduo através do método das proporções psicossexuais e do índice psicossexual (33).

As proporções psicossexuais DUR (tendências masculinas como rigidez, agressividade, racionalidade), e MOLL (tendências femininas, como ternura, docilidade e afetividade) e o índice psicossexual é uma parte importante do teste Szondi. Pelo teste de Szondi, nas escolhas pulsionais o indivíduo demonstrará a predominância das suas tendências DUR ou MOLL, isto é, a dimensão de sua masculinidade (M) e feminilidade (F), segundo a psicanálise e a teoria gênica. O teste liga-se naturalmente com a realidade bio-psíquica que, em cada indivíduo, situa-se ontogeneticamente como uma dupla pulsão sexual (33).

A validação do método das proporções DUR-MOLL foi estabelecida por Szondi nos grupos abaixo relacionados:

1. Um grupo de trabalhadores mineiros de 30-40 anos saudáveis, protótipo de homens fortes, rudes e trabalhadores braçais, apresentou índice sexual de 2 Dur:1 Moll. Nesse grupo a tendência de masculinidade Dur foi evidenciada apenas nos vetores sexual e do ego. Já, no campo da vida afetiva e de contato o índice sexual

foi de 1 Dur: 1 Moll. Szondi alerta, para a uma leitura mais ampla e criteriosa da psicossexualidade é necessário considerar os aspectos qualitativos dessas proporções em relação aos quatro vetores, sexual, do ego, afetivo e de contato (33)

2. Em um grupo de mulheres normais foi encontrada a proporção de 1,5 Moll/1 Dur (33).
3. Em 148 homossexuais manifestos foi encontrado o índice de1 Dur:1:1,2 Moll indicativo de tendências femininas (33).
4. Em hermafroditas, foi encontrada a proporção de 1 Dur:1 Moll indicativo de bissexualidade física e psíquica (33).
5. Em mulheres lésbicas, foi encontrada a proporção de 1,1 Dur:1 Moll indicativo de bissexualidade com tendências Dur (33).
6. Em 40 esquizoparanóides masculinos foram encontradas as proporções de 1,4 Dur:1 Moll; já em 9 mulheres esquizofrênicas paranoides as proporções foram de 1,8 Dur:1 Moll e a tendência Dur evidenciou-se principalmente nos vetores sexual, do ego e de contato. Em doentes psíquicos a avaliação psicológica profunda pode identificar um caráter feminino dos impulsos instintivos por uma compensação em direção do Moll (33).
7. Em 19 homicidas passionais e epileptoides masculinos foram encontradas as proporções 5,4 Dur;1 Moll, um índice psicossexual bem acima do índice encontrado em homens normais. Estes sujeitos apresentaram um índice Dur muito alto nos vetores sexual, afetivo e de contato. Essa mesma compensação Dur ocorreria em profissões ou atividades femininas que requerem maior

agressividade como, por exemplo, a prostituição. Szondi, encontrou em 19 prostitutas as proporções de 2 Dur:1 Moll com tendências Dur, nos vetores sexual, do ego e do contato, mantendo a tendência Moll na afetividade (33).

Szondi nos seus estudos para demonstrar a aplicação do índice Dur-Moll em outras profissões avaliando também a interferência sócio-cultural na psicossexualidade do indivíduo. Em 25 professores do sexo masculino encontrou o índice de 1,4 Dur; 1 Moll (63). Já no estudo de 25 professoras Szondi encontrou o índice de 1 Dur:1,3 Moll indicando discreta redução da tendência feminina nas mulheres universitárias. Em outro estudo de 45 africanos equatorianos, o índice identificado foi de 1,48 Dur;1 Moll refletindo as diferentes condições culturais (33).

Num estudo mais recente em 172 universitários do sexo masculino (professores e outros funcionários) foi encontrado o índice de 1,3 Dur: 1 Moll, indicando que a universidade parece atrair homens mais sensíveis que a população em geral (36). Em dois outros estudos mais recentes em 240 mulheres heterossexuais normais foi encontrado o índice de 1 Dur:1,6 Moll (36).

O teste de personalidade Szondi foi escolhido para este trabalho por fornece uma informação objetiva sobre a psicossexualidade e revelar o grau das tendências de masculinidade ou de feminilidade dos portadores de transtornos da identidade de gênero.

2 OBJETIVOS

- Avaliar um grupo de pacientes autodenominados transexuais masculinos e femininos pelos critérios diagnósticos para transtorno da identidade de gênero estabelecido pela Associação Psiquiátrica Americana (APA) em seu Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais em sua quarta edição (DSM-IV-TR, APA, 2000).

- Determinar o índice Dur:Moll do teste projetivo de Szondi numa amostra de indivíduos brasileiros heterossexuais de ambos os sexos.

- Avaliar os aspectos da psicossexualidade e da personalidade através do teste projetivo de Szondi em pacientes autodenominados transexuais.

- Comparar a acurácia do teste Szondi e do teste H-T-P num grupo de pacientes com diagnóstico de transexualismo estabelecido pelos critérios do DMS-IV e CID 10.

- Avaliar os efeitos do processo transexualizador nos aspectos psicodinâmicos da personalidade através do teste de Szondi e H-T-P, em pacientes avaliados no período pré e pós – operatório.

3 CASUÍSTICA

3.1 Ética

Todos os pacientes autodenominados transexuais foram convidados a participar do trabalho e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pós-informado (TCLE), conforme a resolução 196/96. Este projeto foi aprovado pela CAPPESQ numero 186/06. O grupo controle de indivíduos heterossexuais também foram convidado e esclarecido quanto aos procedimentos realizados e deram o seu consentimento prévio.

Estudamos 109 indivíduos autodenominados heterossexuais, constituído por voluntários e funcionários de diversos setores de um hospital universitário na cidade de São Paulo e 104 pacientes autodenominados transexuais masculinos e femininos, que procuram o ambulatório da Unidade de Endocrinologia de Desenvolvimento da Disciplina de Endocrinologia e do Projeto Sexualidade (PROSEX) do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP com objetivo de mudança do sexo biológico.

Essa amostra foi dividida em 4 grupos: Grupo 1: 55 homens heterossexuais (idade 19 a 60 anos) com IC média de 42,9 anos. Todos referiram atração e experiência sexual somente com parceiras do sexo feminino; Grupo 2: 54 mulheres heterossexuais (idade 18 a 63 anos) com IC média de 45,7 anos; dessas mulheres, 100 % referiam atração sexual pelo sexo oposto e 87% referiram experiência sexual somente com parceiros do

sexo masculino; Grupo 3: 78 pacientes autodenominados transexuais masculinos (idade 21 a 69 anos) com IC média de 38,6 anos; Grupo 4: 26 pacientes autodenominados transexuais femininos (idade 26 a 56 anos) com IC média de 39,6 anos (Tabela 3).

Tabela 3 - Características sociais dos grupos estudados

		Grupo 1-HM (%)	Grupo 2-HF(%)	Grupo 3-ATM(%)	Grupo 4-ATF (%)
Idade (média)		**43**	**45**	**39**	**40**
Nível escolar	Mestrado/doutorado	**13**	**9**	**1,3**	**0%**
	Superior	**18**	**18**	**20**	**15**
	Ensino Médio	**33**	**35**	**46**	**54**
	Ensino Fundamental.	**36**	**37**	**32**	**31**
Religião	Católico	**74**	**82**	**50**	**50**
	Cristã/ evangélico	**9**	**5**	**19**	**19**
	Espírita/Budismo	**4**	**5**	**21**	**11**
	Outras	**5**	**4**	**2,1**	**16**
	Nenhuma	**7**	**4**	**7,7**	**4**
Naturalidade Regiões	Norte	**9**	**5**	**13**	**8**
	Nordeste	**14**	**11**	**17**	**23**
	Centro Oeste	**0**	**0**	**6**	**4**
	Sudeste	**74**	**79**	**56**	**57**
	Sul	**1,8**	**4**	**6,4**	**4**
	Exterior	**0**	**0**	**1,3**	**4**
Estado Civil	Solteiro	**45**	**46**	**61**	**23**
	Casado/ou com vinculo marital	**51**	**44**	**38**	**77**
	Divorciado	**1,8**	**7**	**0**	**0**
	Viúvo	**1,8**	**1,8**	**0**	**0**
Nº filhos biológicos	0	**62**	**55**	**100**	**92**
	1 a 4	**38**	**44**	**0**	**7**
Ocupação	Nível. Superior	**31**	**44**	**17**	**19**
	Nível Superior Adm./tecnológico	**23**	**15**	**11**	**11**
	Nível Médio/ técnico	**13**	**13**	**19**	**15**
	Serviços gerais, informal e outros	**32**	**28**	**52**	**54**

HM = Heterossexual Masculino, HF= Heterossexual Feminino, ATM= Autodenominado Transexual Masculino; ATF= Autodenominado Transexual Feminino.

O grupo controle de heterossexuais masculinos e femininos foi avaliado por uma breve entrevista para coleta de dados pessoais, estado civil, sexo do parceiro, sexualidade e número de filhos. Neste grupo apenas o teste Szondi foi aplicado, 8 vezes em cada sujeito.

Os pacientes autodenominados transexuais foram encaminhados para avaliação psicológica. Neste primeiro momento foram informados aos pacientes os critérios para diagnóstico e tratamento do transexualismo: tempo mínimo de dois anos de psicoterapia pré-operatório, inicio do tratamento hormonal após seis meses de psicoterapia, vivência no papel do gênero desejado de no mínimo dois anos, com indicação de cirurgia de transgenitalização nos portadores de transtorno específico da identidade de gênero, finalizando o programa com um ano de psicoterapia no pós-operatório. Os pacientes foram atendidos em 8 a 10 consultas individualmete; 6 foram utilizadas para as entrevistas clínicas, uma para aplicação do teste H-T-P, outra para aplicação do teste de inteligência e simultaneamente foram realizadas as 8 aplicações do teste Szondi.

As entrevistas clínicas semidirigidas foram realizadas para a coleta dos dados pessoais, levantamento da história do desenvolvimento psicossexual, social e familiar do paciente, no período da infância, adolescência e idade adulta. Também foram pesquisados o comportamento sexual, experiências e orientação sexual, sexo do(s) parceiro(s), inicio e vivência de transvestismo, sinais de fetichismo ou de outras parafilias associadas, sinais de transtornos de personalidade, conflitos ou não na vivência no gênero desejado, busca real de transformação do corpo seja

através do uso de hormônios e/ou cirúrgico a partir de qual idade, imagem corporal, tentativas de auto-agressão, suicídio, dinâmica familiar e relacionamento sócio-familiar e outros aspectos. Durante as entrevistas, foi aplicado o questionário contendo os critérios diagnósticos do DSM-IV-TR, 2000 para o transtorno especifico da identidade de gênero (Tabela 1). A seguir foram aplicados os três testes psicológicos de Szondi, H-T-P e teste de inteligência.

A avaliação psiquiátrica foi realizada pelo psiquiatra Dr. Alexandre Saadeh, apenas nos pacientes classificados como portadores de transtorno especifico da identidade de gênero pelo DMS-IV, TR 2000 e CID 10.

O grupo de pacientes autodenominados transexuais após a avaliação prévia foi divido em dois subgrupos:

A) Portadores de transtorno especifico da identidade de gênero: são os pacientes de ambos os sexos que nas entrevistas clínicas e na avaliação estabelecidos pelo DSM-IV-TR, (2000) preencheram todos os critérios diagnósticos do transtorno especifico da identidade de gênero e que a psicoterapia por no mínimo dois anos confirmou o mesmo diagnóstico.

B) Portadores de transtornos da identidade de gênero sem outra especificação: são os pacientes de ambos os sexos que não preencheram todos os critérios diagnósticos de transtorno especifico da identidade de gênero, estabelecidos pelo DSM-IV-TR, (2000) ou os pacientes que apresentaram esse transtorno associado a co-morbidades psiquiátricas ou associadas a outras parafilias.

Dos 78 pacientes autodenominados transexuais masculinos 41 pacientes (idade de 28 a 61 anos) foram diagnosticados como o grupo masculino com transtorno especifico da identidade de gênero e 37 (idade de 24 a 69 anos) classificados como grupo o masculino com transtorno da identidade de gênero sem outra especificação. Das 26 pacientes autodenominados transexuais femininos 17 (idade de 26 a 54 anos) foram classificadas como portadoras de transtorno especifico da identidade de gênero e 9 (idade de 28 a 59 anos) foram classificados como portadoras de transtorno da identidade de gênero sem outra especificação. Dos 58 pacientes com transtorno específico da identidade de gênero, 36 realizaram a cirurgia de trangenitalização, sendo 8 pacientes provenientes do PROSEX. Dos pacientes operados 19 foram avaliados no período pré e pós-operatório. Para a avaliação no período pós-operatório foram considerados os pacientes com no mínimo um ano após a primeira cirurgia de transgenitalização.

3.2 Critérios de inclusão

Indivíduos de ambos os sexos, autodenominados transexuais com idades entre 21 a 70 anos; e autodenominados heterossexuais com idades de 18 a 70 anos com residência em São Paulo para viabilizar a avaliação. Estes pacientes não deveriam estar em uso de esteróides sexuais por pelo menos três meses antes e durante o todo o período de avaliação psicológica, (entrevistas e aplicação de testes).

3.3 Critérios de exclusão

Pacientes sofrendo de outras patologias psiquiátricas graves como, por exemplo, a esquizofrenia, que envolvem alteração do comportamento, pacientes com vida sexual promíscua (prostituição), alcoolismo, usuários de drogas, transvestismo de duplo papel; travestismo fetichista e portadores de anormalidades genéticas ou ambiguidade genital.

4 MÉTODOS

Esse trabalho é um estudo retrospectivo e prospectivo de pacientes autodenominados transexuais que procuraram o Ambulatório de Transtornos da Identidade de Gênero da Unidade de endocrinologia do Desenvolvimento da Disciplina de Endocrinologia e do Prosex do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. Para o diagnóstico destes pacientes foram utilizados os métodos descritos, a seguir.

a) Determinação dos níveis hormonais

Os pacientes autodenominados transexuais foram submetidos à avaliação hormonal, para comprovação da não utilização de esteróides sexuais (LH, FSH, Testosterona e Estradiol) antes e durante as entrevistas, questionários e aplicação de testes psicológicos H.T.P e Szondi.

b) Entrevista clinica semidirigida

Foi utilizada com o objetivo de colher dados de identificação social, levantamento de dados importantes a respeito do indivíduo, informações sobre a percepção da doença e do tratamento a que está sendo submetido, contribuindo tanto para a elaboração do diagnóstico. Permite ao entrevistador certo direcionamento do investigado em relação aos conteúdos pesquisados. A importância desse instrumento na pesquisa em psicologia é hoje reconhecida, apesar de sua aparente subjetividade (37).

c) Os critérios diagnósticos para Transtorno da Identidade de Gênero

A Associação Psiquiátrica Americana (APA) em seu Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais em sua quarta edição (DSM-IV-TR, 2000) (1), estabeleceu os critérios diagnósticos para transtorno da identidade de gênero específico, os quais foram pesquisados através de um questionário aplicado aos pacientes autodenominados transexuais (Anexo 2). O questionário consiste em 69 questões referentes aos 4 critérios principais subdivididos em 12 itens para cada sexo biológico e como 13ª item se considerou a especificação quanto à atração sexual por homens; por mulheres; por ambos os sexos ou por nenhum dos sexos (Anexo 1 e 2).

Estabelecemos como critérios diagnósticos para transtorno especifico da identidade de gênero quando as respostas ao questionário preencheram todos os critérios na ausência de comorbidades psiquiátricas ou a outros transtornos sexuais. Os pacientes autodenominados transexuais que não preencheram todos esses critérios diagnósticos para transtorno da identidade de gênero específico foram classificados como portadores de transtorno da identidade de gênero sem outra especificação.

d) Teste projetivo H.T.P

O teste projetivo de desenho da casa-árvore-pessoa (house-tree-person), (HTP) foi aplicado aos pacientes autodenominados transexuais, para avaliar como cada paciente vivencia sua individualidade social e familiar, os aspectos da personalidade e as áreas de conflito. A avaliação da imagem corporal permite identificar o papel, a atitude e a identificação sexual do

paciente ou os conflitos com o seu gênero. O teste do HTP consiste em duas fases. A primeira fase consiste em convidar o indivíduo a fazer um desenho à mão livre de uma casa, uma árvore e uma pessoa e depois outra pessoa do sexo oposto. Na segunda fase, um questionário estruturado é aplicado relativo às associações do indivíduo sobre aspectos de cada desenho. O teste HTP fornece informações, que, quando relacionadas à entrevista e a outros instrumentos de avaliação, podem revelar conflitos e interesses gerais dos indivíduos, e aspectos específicos do ambiente (38).

Na interpretação do teste HTP foram avaliadas três descritores sistematizados por Buck: - aspectos da identificação sexual (identidade de gênero, atitudes, papéis sexuais), aspectos sociais (relação do indivíduo com a família e a sociedade) e aspectos psicodinâmicos da personalidade (características do desenvolvimento egóico) (38). Entretanto, o apontamento de características atitudinais e emocionais do probando tão amplas e variadas dificultou a discussão do problema pesquisado, qual seja a condição egóica mais ou menos íntegra e a identidade psicossexual destes indivíduos. Por isto, em adição a avaliação do teste H-T-P, utilizamos a sistematização da teoria psicanalítica que categorizam a qualidade da organização egóica em fases de organização em: primitivo ou arcaico, pouco diferenciado e diferenciado, e a predominância de atitudes emocionais mais tipicamente relacionadas aos estádios oral, anal e genital do desenvolvimento psicossexual, descritas por Freud. A estas categorias, acrescentou-se a subdivisão posterior apontada por Abraham: estádio oral inicial e sádico-oral ulterior, estádio sádico anal-inicial e sádico-anal ulterior, estádio genital inicial e genital final (39).

O ego primitivo ou arcaico representa a primeiríssima relação com os objetos, não há diferenciação entre o comportamento instintivo e o comportamento do ego, os objetos não são distinguidos com nitidez uns dos outros, nem do ego, ou parte deles, e ainda não aprendeu a adiar coisa alguma (40 e 41). Ego pouco diferenciado seria a fase transitória do ego não diferenciado para o ego diferenciado, nesta etapa ocorre à percepção de que existe um objeto, “alguma coisa fora”, mas o nosso corpo é uma coisa e outra ao mesmo tempo, existência de objeto parcial. Ego diferenciado é a etapa da diferenciação final de consciente e inconsciente, início do princípio da realidade e quando o indivíduo se sente separado e distinto do outro (41).

O estádio oral inicial é pré-ambivalente, em que, subjetivamente, não existe objeto, mas apenas se procura sucção prazerosa, de auto-erotismo, estádio da unicidade, da simbiose, representa uma escala primária das relações entre o eu e o objeto, do narcisismo primário, do pensamento mágico. O estádio sádico-oral ulterior é ambivalente, de ser e não ser, de querer e não querer, os objetivos com freqüência são de caráter sádico, e pela incorporação total do objeto não se vêem os objetos como indivíduos, mas apenas como coisa (como alimento ou provedor de alimento), e ocorre após o aparecimento dos dentes, cujo objetivo é morder o objeto (39 e 40).

No estádio sádico-anal inicial e sádico anal ulterior a relação com objeto é ainda de ambivalência e bissexualidade. Ambivalente porque coexiste um impulso a destruir e impulso a conservar. O erotismo anal faz que a criança trate um objeto, a saber, as fezes, de maneira contraditória: expele a matéria para fora do corpo e a retém como se fosse um objeto

amado; aí está a raiz fisiológica da “ambivalência anal”. Por outro lado ainda, o reto é órgão oco excretório, isto é, que pode expelir ativamente alguma coisa; órgão oco pode ser estimulado por um corpo estranho que penetre. As tendências masculinas derivam da primeira faculdade; as tendências femininas, da segunda; temos aí a raiz fisiológica da conexão existente entre erotismo anal e bissexualidade (39). Nestes estádios já há um amor parcial com incorporação do objeto, com a qual houve identificação, porque parte do objeto faz-se propriamente parte pela incorporação ao passo que o restante se conserva no mundo exterior, estes sujeitos ainda estão fixados ou regredidos na fase de simbiose. Da mesma forma que na fase oral, não se vêem os objetos como indivíduos, mas sim, apenas como coisa (39 e 42).

No estádio sádico-anal inicial o objetivo primário é o gozo das sensações prazerosas na excreção. Nesta fase o fato de a elimanção ser, objetivamente, tão “destrutiva” quanto à incorporação; o objeto do primeiro ato sádico-anal são as próprias fezes, cuja expulsão se percebe como uma espécie de ato-sádico, posteriormente, as pessoas são tratadas como já foram às fezes (39). No estádio sádico anal ulterior se caracteriza por um prazer prevalecente de retenção, no qual se conserva o objeto, nesta fase se inicia a consideração do bem-estar do objeto, é provável que comece a primeira manifestação na disposição de sacrificar as fezes por amor ao objeto (39). Por outro lado o controle dos esfíncteres esta associado com “poder social”, posteriormente, as pessoas são tratadas como controle dos esfíncteres; exercitando-se no asseio a criança encontra oportunidade efetiva para exprimir oposição contra os adultos (39, 40 e 42).

O estádio genital inicial é a passagem do estádio sádico anal ulterior para o estádio genital final, significa que estes pacientes já estão num processo emocional de individualização, já existe amor objetal, limitado pelo complexo predominante de castração, chamado de angústia de castração. Pontos dominantes desta fase; histeria de conversão e neuroses obsessiva (39). O estádio genital final é a fase pós-ambivalente, parte genital ativa, na qual o interesse pelos genitais e pela masturbação alcança significação dominante; chega a aparecer uma espécie de orgasmo genital, há um aumento da erogeneidade genital (39, 40 e 42).

e) Teste psicológico de Inteligência não verbal Forma C (INV- Forma C)

Esse teste foi aplicado aos pacientes transexuais autodenominados transexuais, para fornecer informações sobre algum aspecto das capacidades e habilidades intelectuais ou cognitivas desses pacientes. Para podermos "ver" e medir a inteligência dos mesmos através da sua capacidade de verbalizar idéias, compreender instruções, resolver situações-problema propostos, saber decidir sobre sua cirurgia de trangenitalização quando indicado (43).

f) Tabulação dos critérios diagnósticos de Transtorno de Identidade de Gênero (DSM-IV-TR, 2000):

Através das respostas fornecidas pelos pacientes autodenominados transexuais, no questionário respondido, que nos permitiu fazer uma

avaliação científica do conteúdo, tanto através de uma abordagem quantitativa quanto qualitativa, a partir da categorizarão das respostas.

g) Teste Projetivo de Szondi

O teste projetivo Szondi foi aplicado nos pacientes autodenominados transexuais e nos heterossexuais masculinos e femininos. Em nosso estudo foi realizada uma aplicação do teste por dia e, em cada indivíduo, de 8 vezes, totalizando 1704 perfis.

O teste Szondi é um teste projetivo não verbal e afetivo. Teste não verbal consiste numa escolha de fotografias, sem a necessidade de explicar suas preferências ou as suas rejeições. Pelas preferências do indivíduo, vai expressar a dinâmica pulsional. A gestão desta dinâmica informa-nos sobre o "quantum" pulsional a que o indivíduo pode apelar e sobre suas potencialidades para "utilizá-los". Teste afetivo porque o sujeito escolhe emocionalmente, afetivamente entre fotografias de rostos humanos destacando as que consideram simpáticas ou antipáticas (33). As escolhas do indivíduo expressarão sua dinâmica pulsional ou a freqüência pulsional em oito fatores dos 4 vetores pulsionais: sexual, afetivo, do ego e sexual.

O teste consiste na apresentação de 6 séries de 8 fotografias cada, uma série de cada vez, totalizando 48 fotografias. Pede-se ao sujeito que escolha, em cada série, as duas fotos mais simpáticas e, depois, as duas mais antipáticas. Essas escolhas são registradas na ficha de registro das respostas do teste Szondi (33) (Figura - 2).

a/ Nome/ Idade/ Profissão

S		P		Sch		C	
h	s	e	hy	k	p	d	m

S		P		Sch		C	
h	s	e	hy	k	p	d	m

S		P		Sch		C	
h	s	e	hy	k	p	d	m

P P P V G P

3

S		P		Sch		C	
h	s	e	hy	k	p	d	m

4

S		P		Sch		C	
h	s	e	hy	k	p	d	m

5

S		P		Sch		C	
h	s	e	hy	k	p	d	m

P C E E K P

PPP ou VGP = Perfil do Primeiro Plano

PCE ou EKP = Perfil do Segundo Plano

Figura 2 - Ficha de registro das respostas do teste Szondi (33)

Para avaliação individual da proporção Dur e Moll e do Índice Psicossexual é necessário registrar as reações vetoriais encontradas na série de perfis de cada indivíduo nas 16 possibilidades das reações vetoriais (S, P, Sch e C), com natureza Dur (D) e Moll (M) seguindo a ordem do protocolo (33) (Figura 3).

A protocolização se faz, segundo o caráter Dur ou Moll. As “casinhas” assinaladas em branco correspondem às tendências Dur ou Moll das 16 reações em cada vetor. Depois das reações obtidas Dur e Moll nos 4 espaços vetoriais, somam-se em vertical, registrando-se a soma das reações no espaço (∑Re) do total das aplicações do teste (33) (Figura 3).

Reações Vetores		S	∑ Re	D	M	P	∑ Re	D	M	Sch	∑ Re	D	M	C	∑ Re	D	M
0	0	M		■		M		■		M		■		M		■	
0	±	M		■		M		■		M		■		M		■	
0	+	D			■	D			■	M		■		D			■
0	-	M		■		M		■		M		■		D			■
±	0	D			■	D			■	D			■	M		■	
±	±	M		■		D			■	D			■	M		■	
±	+	D			■	D			■	D			■	M		■	
±	-	M		■		M		■		D			■	D			■
+	0	D			■	M		■		D			■	D			■
+	±	M		■		M		■		M		■		M		■	
+	+	D			■	M		■		M		■		M		■	
+	-	M		■		M		■		D			■	D			■
-	0	D			■	D			■	D			■	D			■
-	±	D			■	D			■	M		■		D			■
-	+	D			■	D			■	M		■		M		■	
-	-	M		■		D			■	D			■	D			■
∑ Re																	
∑ !																	
		S =		:		P =		:		Sch =		:		C =		:	
Prop. Dur -Moll		∑ D x 100 / (∑ D + ∑M) = % Dur				100% - % Dur = % Moll				% Dur / % Moll = Ind. D				% Moll / % Dur = ìnd. M			

S= Vetor sexual; P= Vetor Paroxismal; SCH= Vetor Ego; C= Vetor Contato.
∑RE = Somatória resposta; ∑ ! = Somatória tensão; ∑D = Somatória de Dur
∑M = Somatória de Moll; D = Dur; M = Moll (33).

Figura 3 - As 16 possibilidades das reações dos quatro vetores e as respectivas tendências Dur e Moll – Proporções Psicossexuais e Ìndice Dur e Moll.

h) Entrevista devolutiva

Foi realizada individualmente aos sujeitos heterossexuais masculinos e femininos com discussão dos resultados obtidos na avaliação do teste Szondi. Para os pacientes autodenominados transexuais foram apresentados os resultados do diagnóstico ou não de transexualimo e com orientação sobre os passos seguintes do processo transexualizador para os pacientes transexuais. Os demais pacientes foram encaminhados para psicoterapia individual em outros serviços.

j) Análise Estatística

As variáveis qualitativas foram listadas como freqüência e percentagem, enquanto que as variáveis quantitativas foram expressas em média ± desvio-padrão (DP) ou como mediana e valor máximo e mínimo. As variáveis categóricas entre os diferentes grupos de pacientes foram avaliadas pelo teste qui-quadrado, ou teste exato de Fisher, quando apropriado.

Em relação aos parâmetros numéricos contínuos, as comparações entre os grupos de pacientes foram feitas pelo teste de Mann-Whitney Rank Sum ou Kruskal-Wallis one way ANOVA seguido pelo teste de Tukey como *post hoc*.

Foi realizada a construção da curva ROC (*receiver operating characteristic*) para determinar o valor de corte do índice Moll/Dur, que apresenta o melhor equilíbrio entre a sensibilidade e a especificidade para diferenciar os grupos de heterossexuais masculinos e femininos, e os grupos de pacientes masculinos e femininos com transtorno de identidade de gênero específico *versus* o grupo de transtorno de identidade de gênero sem

outra especificação. A proporção Moll nos quatro vetores, sexual (S), afetivo (P), do ego (Sch) e de contato (C), foi comparada quanto a sua capacidade diagnóstica através da análise da área sob a curva (AUC) da curva ROC que é diretamente proporcional a acurácia do teste.

Foi avaliada a sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e negativo do teste H-T-P e do teste Szondi no diagnóstico da identidade sexual. Como padrão de referencia para diagnóstico dos transtornos de identidade de gênero foram considerados os critérios propostos pelo DMS-IV, TR 2000.

A analise estatística foi realizada utilizando o software MedCalc e SigmaStat for Windows V 3.5. Foram considerados significantes níveis descritivos de cada teste (P-Valor) <0,05.

4.1 Variáveis analisadas no estudo

Foram estudadas 139 variáveis provenientes do teste de Szondi. Foram consideradas como variáveis as proporções Dur e Moll total, as proporções Dur e Moll nos 4 vetores, os 64 tipos de reações dos quatro vetores, os 32 tipos de reações nos 8 fatores e 32 tipos de tensões nos 8 fatores. Na análise estatística foram realizadas comparações em ambos os sexos, entre heterossexuais e em pacientes com transtornos de identidade de gênero e em pacientes com transtornos de Identidade de gênero sem outra especificação.

A análise qualitativa foi realizada pela análise psicodinâmica das reações mais significativas de cada vetor, segundo a sua tendência Dur e Moll, para o grupo de pacientes (transexuais e não transexuais) e heterossexuais (masculinos e femininos). As reações mais significativas de cada vetor foram identificadas por apresentarem mais de 50% dos indivíduos de cada grupo com reações positivas, compondo um perfil mais representativo dos 4 vetores para cada grupo dos indivíduos analisados (Tabela 5, 6, 7, 8, 9). Considerando a importância do vetor sexual e do ego todas as reações positivas em mais de 50% dos indivíduos foram analisadas. As reações no vetor de contato quando indicativas de importante comprometimento patológico no vínculo, também foram analisadas mesmo quando em freqüência menor do que 50% quando presentes em apenas um dos grupos.

5 RESULTADOS

A) Avaliação do grupo de pacientes autodenominados transexuais masculinos e femininos pelos critérios diagnósticos para transtorno da identidade de gênero estabelecidos pelo DSM-IV, TR 2000

Dos 78 pacientes autodenominados transexuais masculinos, 53% (n=41) foram classificados como portadores de transtorno especifico da identidade de gênero. Os 37 demais pacientes (47%) não preencheram todos os critérios, sendo classificados como portadores de transtornos da identidade de gênero sem outra especificação (Tabela 4). Em alguns destes pacientes foram identificadas a co-morbidades psiquiátricas ou a outros transtornos sexuais.

Das 26 pacientes autodenominadas transexuais femininas, 65% (n=17) foram classificadas como portadoras de transtorno especifico da identidade de gênero. As 9 demais pacientes (35%) não preencheram todos os critérios estabelecidos pelo DSM-IV, e foram classificadas como portadoras de transtorno da identidade de gênero sem outra especificação (Tabela 4).

Todos os pacientes masculinos e femininos classificados como portadores de transtorno especifico da identidade de gênero reconheciam o seu sexo biológico entre 3 a 5 anos de idade. Entretanto, referiam um desejo persistente de ter um corpo biológico do sexo oposto entre os 5 a 10 anos.

Desde esta faixa etária manifestavam preferências intensas e persistentes por comportamentos e papéis do sexo oposto, tais como nas brincadeiras e atividades escolares, no uso de vestimentas ou simulação de roupas do sexo oposto com lenços e toalhas, na preferência pela companhia do sexo oposto por se sentirem mais confortáveis e terem mais afinidade de interesses (Critério A – DSM-IV).

Todos os pacientes entre 6 a 9 anos de idade evidenciaram o desconforto persistente com sexo biológico ou uma acentuada sensação de inadequação no papel de gênero do seu sexo, coincidindo com o início na fase pré-escolar e fundamental, na qual os papéis de gênero já ficam bem evidenciados. Esse desconforto foi maior na adolescência, quando surgiram as características sexuais secundárias do sexo biológico, (Critério B - DSM-IV). Este desconforto com o próprio corpo e inadequação com o gênero trouxeram sofrimento significativo e prejuízo nas atividades sociais, afetivas e profissionais desses pacientes. Por terem comportamentos diferentes do que é esperado para seu gênero, sofreram a incompreensão e rejeição pelo preconceito familiar e social. Muitos deles sentiram culpa por causarem vergonha e dor aos pais. Muitos evadiram da escola por sua inadequação, rejeição e provocações sofridas, caindo na marginalidade e no subemprego para manter a sobrevivência. Nos relacionamentos afetivos muitos deles foram mal interpretados e não compreendidos quanto aos seus sentimentos refletindo na alta taxa de tentativa de suicídio verificada nestes pacientes, principalmente no sexo masculino. Na fase da adolescência e adulta no

período pré-operatório, 24/41 (58%) pacientes do grupo masculino e 4/17 (24%) pacientes do grupo feminino fizeram de 1 a 3 tentativas de suicídio (Critério D - DSM-IV).

A atração sexual deles sempre foi pelo mesmo sexo biológico. Porém, importante lembrar, que estes pacientes por se considerarem heterossexuais, mulheres ou homens psiquicamente, oposto ao seu sexo biológico, consideram seus parceiros também heterossexuais. Eles negaram o uso da sua genitália nos jogos eróticos ou práticas de masturbação para ter gozo com o mesmo.

Dos 58 pacientes com transtorno especifico da identidade de gênero, 46 deles na adolescência entre 13 a 17 anos, iniciaram a se transvestir parcial ou total, assumindo socialmente o sexo oposto e a usar hormônios, por conta própria, e 12 deles após 18 anos. O uso do hormônio ocorreu paralelo ou pouco antes ao transvestismo. Os pacientes relataram que precisavam ter aparência mais feminina ou masculina, pela vergonha de usarem acessórios e roupas do sexo oposto, quando ainda estavam muito masculinizados, barbudos e sem mamas, no caso dos transexuais masculinos. Já os transexuais femininos queriam primeiro se libertar da menstruação e das mamas, que evidenciavam seus corpos femininos, caso contrário sentiam-se ridículos, estranhos, chamavam mais atenção e sofriam mais rejeição e preconceito social, ou eram confundidos com travestis.

Dos 58 pacientes, 54 foram educados em conformidade ao seu sexo biológico e 4 foram educados de forma confusa ou opostos ao seu sexo biológico. Segundo esses 4 pacientes seus pais aceitaram e

compreenderam seus comportamentos oposto ao seu gênero do seu sexo, eles os apoiaram fazer atividades geralmente consideradas mais do sexo oposto, os presentearam com peças de roupas e brinquedos mais considerados do sexo oposto ao deles, dois deles tiveram nomes ambíguos. Parece que esses pais projetaram seus desejos inconscientes nesses filhos. Muitos desses pacientes, em crianças e adolescentes, se apegaram na sua fé, ou na sua crença religiosa para apoio emocional e na esperança de um milagre de transformar seus corpos masculinos ou femininos naquele que almejavam ter, já que acreditavam que a natureza ou Deus tinha cometido um engano com eles. Quando adultos foram rejeitados das suas comunidades religiosas por serem considerados como “entidades do demônio” e pelos familiares pelo preconceito, vergonha e desinformação. Assim, na necessidade de um apoio espiritual, alguns deles se encontraram no budismo e no espiritismo.

No grupo masculino com transtorno especifico da identidade de gênero duas pacientes apresentaram hipogonadismo hipergonadotrofico provocado por auto-estrangulamento ou retirada cirúrgica dos testículos.

Todos os pacientes masculinos e femininos classificados com transtorno específico da identidade de gênero foram tratados em psicoterapia de grupo por um período mínimo de 2 anos, de acordo com os critérios diagnósticos do CID10 o diagnóstico de transtorno específico da identidade de gênero foi confirmado nestes pacientes.

Na tabela, a seguir, foi demonstrada a freqüência dos itens dos critérios diagnósticos para transtorno especifico da identidade de gênero

estabelecido pelo DSM-IV, não presentes nos pacientes classificados com transtornos da identidade de gênero sem outra especificação (TIGSOE), lembrando que cada sujeito tem mais de um item não presente (Tabela 4). No grupo masculino classificado como portadores de transtornos da identidade de gênero sem outra especificação se evidenciou em mais 50% destes sujeitos, na infância, ausência do critério A no item 1 em 29 sujeitos, no item 5 em 24 indivíduos, no item 4 em 20 sujeitos, e do critério B no item 1 em 22 sujeitos. No grupo feminino classificado como portador de transtorno da identidade de gênero sem outra especificação também se evidenciou em mais 50% dos sujeitos, na infância, ausência do critério A no item 1, 4 e 5 em 5 sujeitos e na adolescência e adulto ausência do critério A no item 2 em 6 sujeitos e do critério B no item 2 em 5 sujeitos (Tabela 4).

Tabela 4 - Freqüência dos itens de cada critério diagnóstico de transtorno especifico da identidade de gênero estabelecido pelo DSM-IV, ausentes nos pacientes classificados com transtornos da identidade de gênero sem outra especificação (TIGSOE)

A - Forte e persistente identificação com o gênero oposto (não meramente um desejo de obter quaisquer vantagens culturais percebidas pelo fato de ser do sexo oposto).		**Sexo masculino (n=37) n de sujeitos com ausência do item**	**Sexo feminino (n=9) n de sujeitos com ausência do item**
Em crianças, a perturbação é manifestada por quatro (ou mais) dos seguintes quesitos:	(1) declarou repetidamente o desejo de ser, ou insistência de que é do sexo oposto;	29	5
	(2) preferência pelo uso ou simulação de roupas do sexo oposto;	19	3
	(3) comportamento e preferências intensas e persistentes por papéis do sexo oposto (brincadeiras ou fantasias);	16	3
	(4) intenso desejo de participar em jogos e passatempos estereotípicos do sexo oposto	20	5
	(5).forte preferência por companheiros do sexo oposto.	24	5
Em adolescentes e adultos, o distúrbio se manifesta por sintomas tais:	(1). desejo declarado de ser do sexo oposto;	15	2
	(2). passar-se freqüentemente por alguém do sexo oposto;	17	6
	(3). desejo de viver ou ser tratado como alguém do sexo oposto, ou a convicção de ter os sentimentos e reações típicas do sexo oposto.	16	4
B - Desconforto persistente com seu sexo ou sentimento de inadequação no papel de gênero deste sexo.			
Em meninos	(1). afirmação de que seu pênis ou testículos são repulsivos, declaração de que seria melhor não ter pênis, aversão a brincadeiras, jogos e atividades típicas do sexo masculino;	22	0
Em meninas	(2). rejeição a urinar sentada, afirmação de que desenvolverá um pênis, afirmação de que não deseja desenvolver seios ou menstruar ou acentuada aversão a roupas caracteristicamente femininas.;	0	5
Em adolescentes e adultos	(3). preocupação em ver-se livre de características sexuais primárias ou secundárias (por ex., solicitação de hormônios, cirurgia ou outros procedimentos para alterar fisicamente as características sexuais, com o objetivo de simular o sexo oposto) ou crença de ter nascido com o sexo errado.	16	4
C. A perturbação não é concomitante a uma condição intersexual física.		0	0
D. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.		16	4

5.1 Resultados da avaliação dos aspectos da psicossexualidade e da personalidade através do teste projetivo de Szondi

Comparação entre heterossexuais masculinos e femininos (grupo controle).

Houve diferença estatisticamente significante entre os dois grupos nas seguintes variáveis: Proporção Moll total: os indivíduos do sexo masculino apresentaram menor proporção de Moll total, (mediana 41%, índice Dur/Moll= 1,44 Dur) que os indivíduos do sexo feminino (mediana 60%, índice Moll/Dur=1,5 Moll) ($p < 0,05$), (Figura 4).

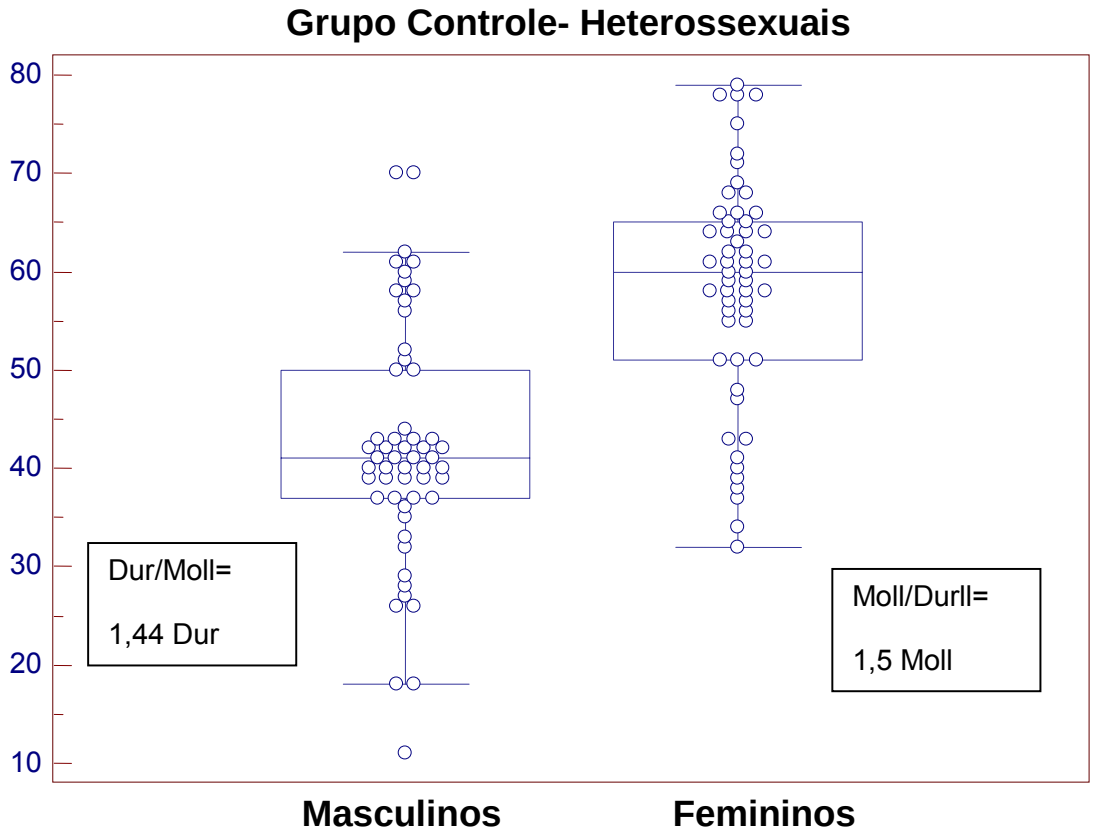

Figura 4 - Comparação da proporção Moll total entre os heterossexuais masculinos e femininos

A análise da curva ROC da proporção Moll total indicou que o critério 44% Moll apresentou o melhor equilíbrio entre a sensibilidade (72,7%) e especificidade (83,3%) para a diferenciação entre heterossexuais masculinos e femininos ($p < 0,001$) (Figura 5).

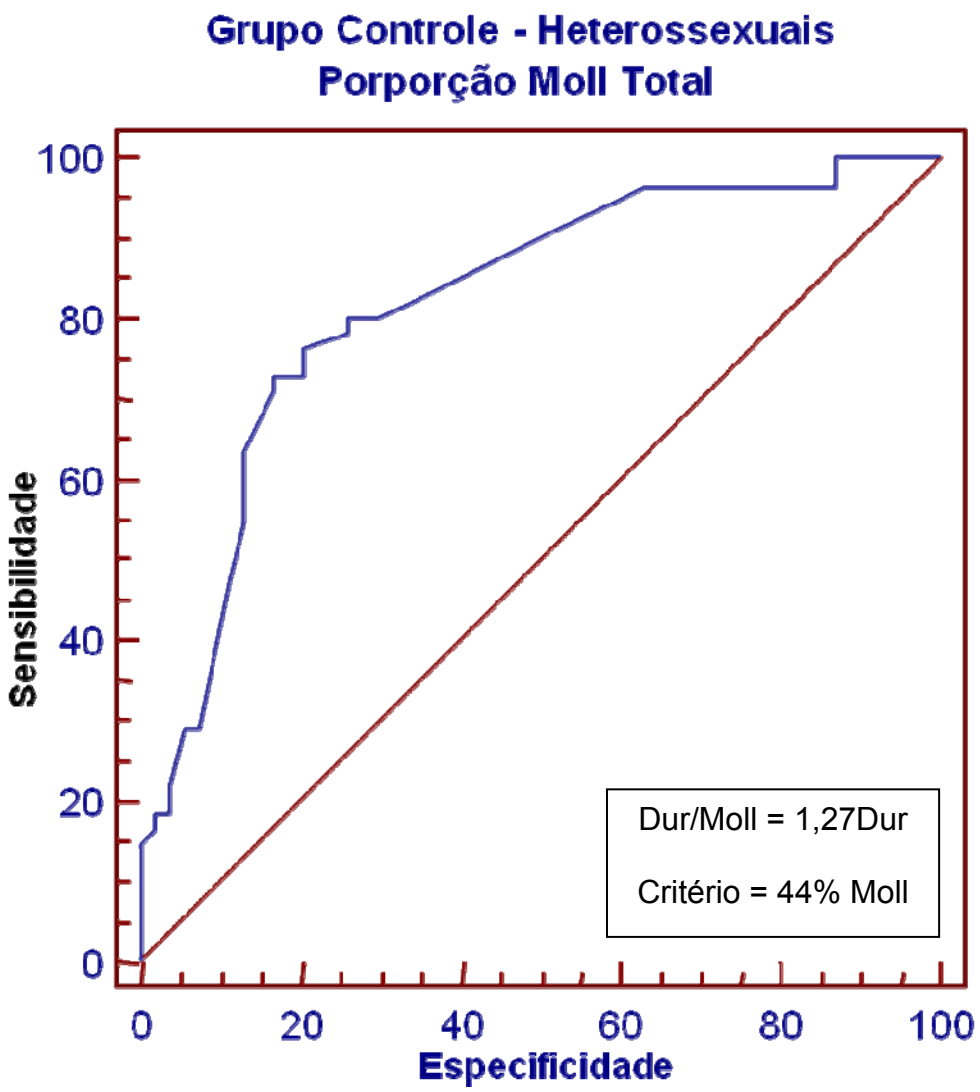

Figura 5 - Análise da curva ROC da proporção Moll entre o grupo de heterossexuais masculinos *versus* o grupo de heterossexuais femininos

Na comparação da área sob a curva da proporção Moll dos quatro vetores se observou que a proporção Moll no vetor do ego foi a que melhor diferenciou os heterossexuais masculinos e femininos (p<0,05) (Figura 6).

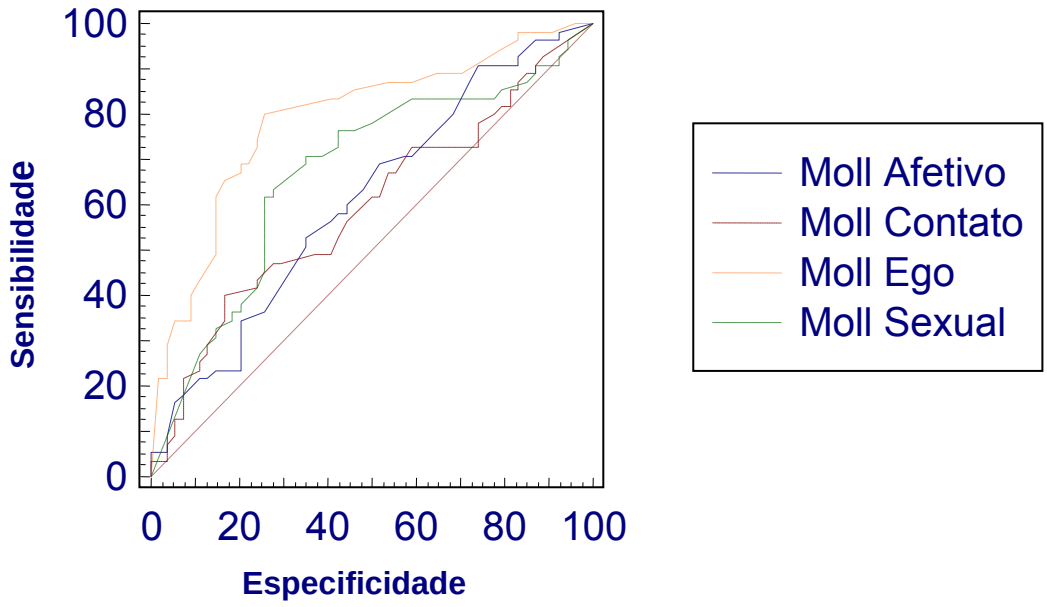

Figura 6 - Análise da área sob a curva da proporção Moll dos 4 vetores entre os heterossexuais masculinos e femininos

Comparação entre os indivíduos heterossexuais masculinos e femininos versus pacientes masculinos com transtorno especifico da identidade de gênero (TIG) versus pacientes masculinos com transtornos da identidade de gênero sem outra especificação (TIGSOE)

A comparação na proporção Moll total: mostrou diferença estatisticamente significante, entre o grupo masculino com transtorno especifico da identidade de gênero *versus* os grupos masculinos de heterossexuais e com

transtorno de identidade de gênero sem outra especificação. Também houve diferença estatisticamente significante entre o grupo das heterossexuais femininas *versus* os grupos masculinos dos heterossexuais e com transtorno de identidade de gênero sem outra especificação ($p < 0,05$). Não houve diferença estatisticamente significante entre o grupo masculino com transtorno especifico da identidade de gênero *versus as* Heterossexuais femininas e entre o grupo masculino com transtorno de identidade de gênero sem outra especificação *versus* os heterossexuais masculinos ($p > 0,05$). (Figura 7).

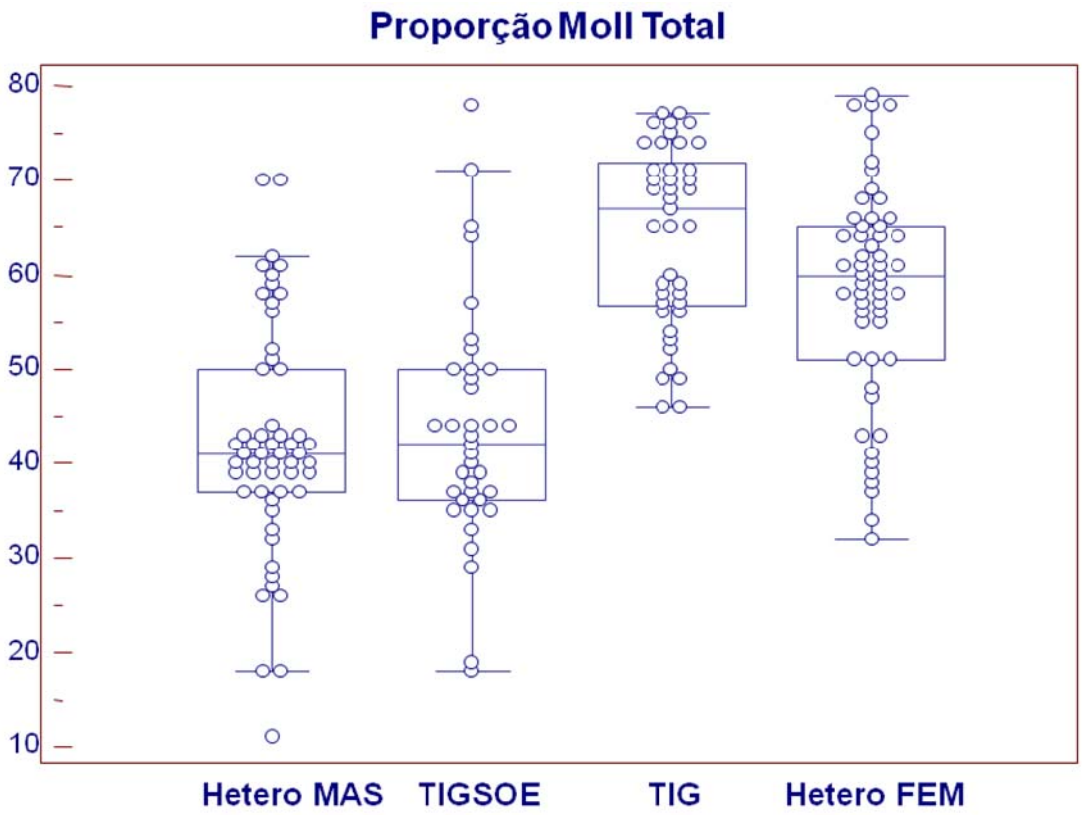

Figura 7 - Comparação da proporção Moll total entre os indivíduos heterossexuais masculinos e femininos *versus* pacientes masculinos com transtornos de identidade de gênero sem outra especificação (TIGSOE) *versus* pacientes masculinos com transtorno especifico de identidade de gênero (TIG)

Os indivíduos do grupo masculino com transtorno especifico da identidade de gênero apresentaram maior proporção de Moll total, (mediana 67%, índice Moll/Dur = 2 Moll) que os indivíduos do grupo masculino com transtorno da Identidade de gênero sem outra especificação (mediana 42%, índice Durl/Moll = 1,38 Dur) (p <0,05), (Figura 8).

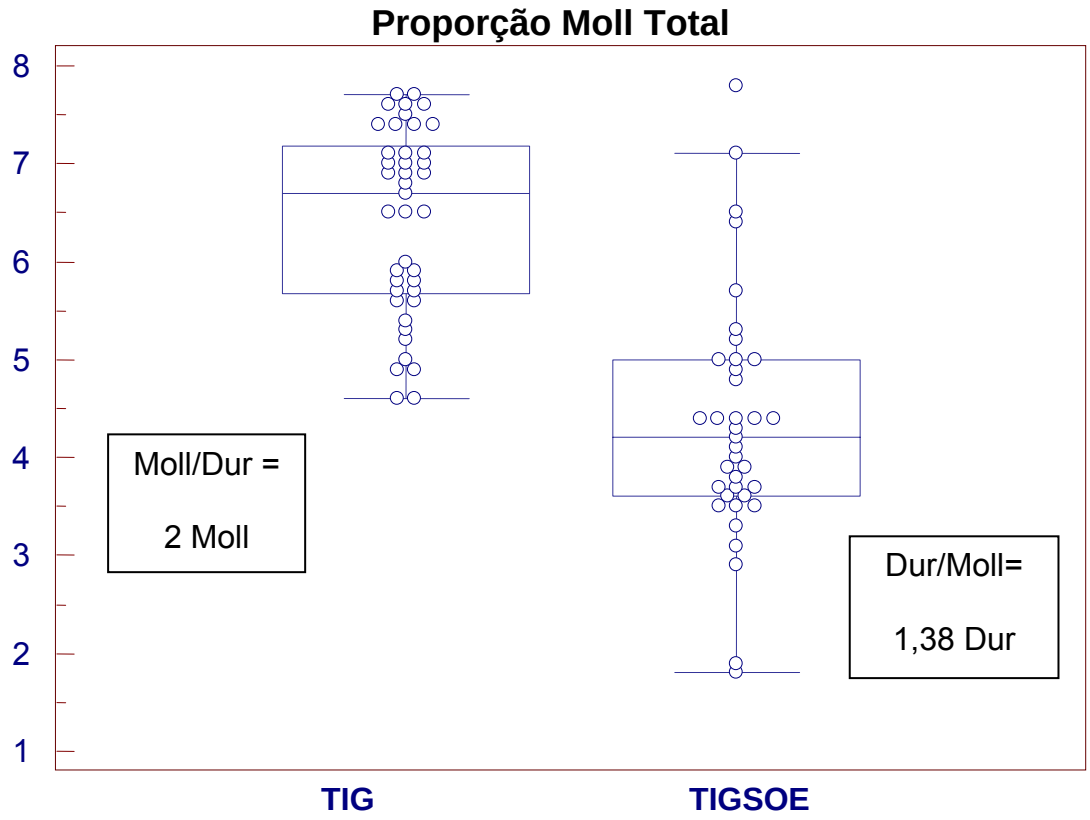

Figura 8 - Comparação da proporção Moll total entre o grupo masculino com transtorno especifico da identidade de gênero (TIG) versus o grupo masculino com transtorno de identidade de gênero sem outra especificação (TIGSOE)

A análise da curva ROC da proporção Moll total indicou que o critério 56% Moll (relação Moll/Dur=1,27 Moll, obtido do grupo controle de heterosexuais) apresentou uma sensibilidade de 75,2% e especificidade de 86,5% para a diferenciação entre o grupo masculino com transtorno especifico da identidade de gênero e o grupo masculino com transtornos da identidade de gênero sem outra especificação (< 0,001). (Figura 9).

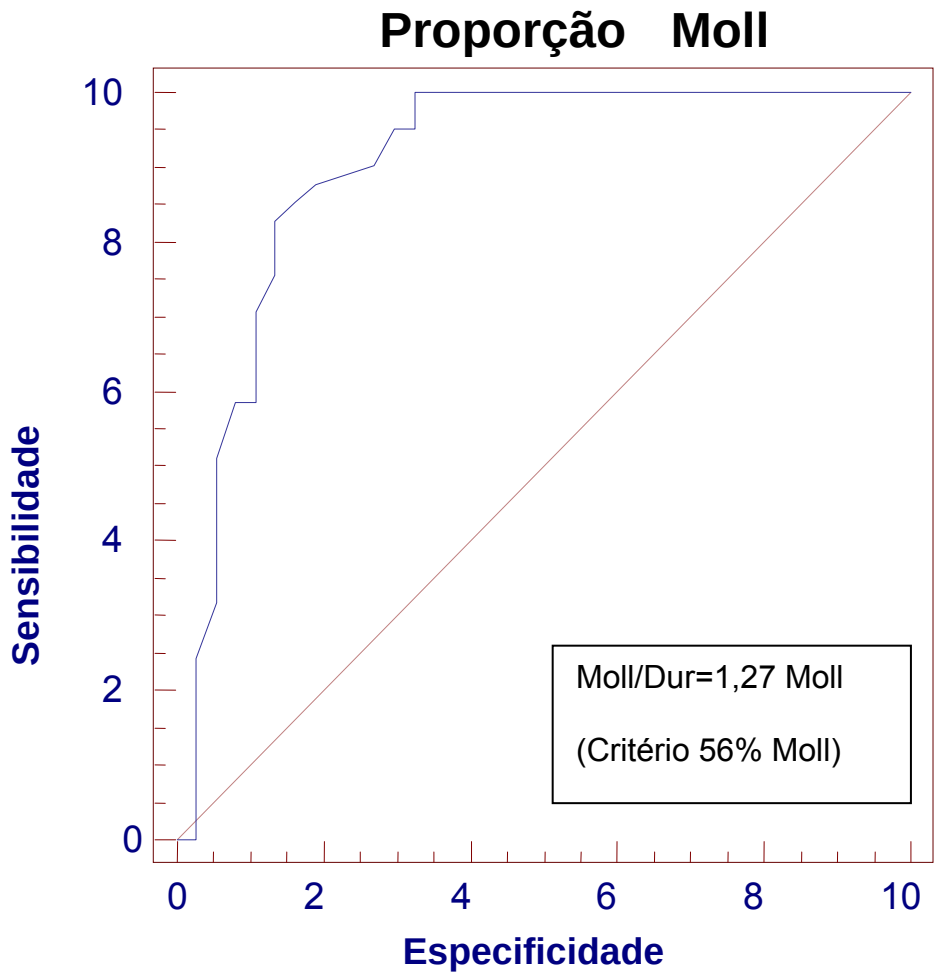

Figura 9 - Análise da curva ROC da proporção Moll total entre o grupo masculino com transtorno especifico da identidade de gênero versus o grupo masculino com transtorno de identidade de gênero sem outra especificação

Na comparação da área sob a curva da proporção Moll dos quatro vetores se observou que a proporção Moll nos vetores: do ego e sexual foram os que melhor diferenciaram os indivíduos do grupo masculino com transtorno especifico da identidade de gênero versus o grupo masculino com transtornos de identidade de gênero sem outra especificação ($p < 0,05$). (Figura 10)

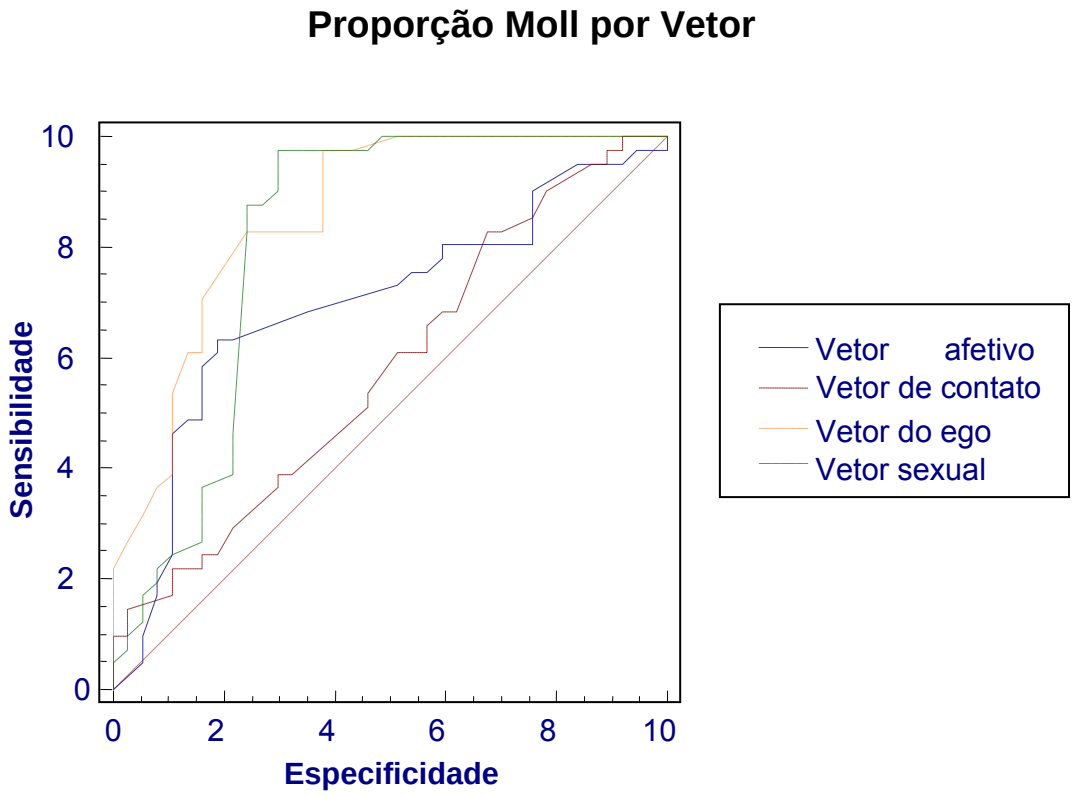

Figura 10 - Análise da área sob a curva da proporção Moll dos vetores sexual, afetivo, do ego e do contato do grupo masculino com transtorno especifico de identidade de gênero e do grupo masculino com transtornos de identidade de gênero sem outra especificação

Comparação da proporção Moll no vetor do ego: houve diferença estatisticamente significante entre o grupo masculino com transtorno especifico de identidade de gênero *versus* os heterossexuais masculinos e *versus* o grupo masculino com transtorno de identidade de gênero sem outra especificação (p<0,05). Não houve diferença significante entre o grupo masculino com transtorno especifico de identidade de gênero *e* o grupo de heterossexuais femininas (p>0,05), enquanto que houve diferença estatisticamente significante entre as heterossexuais femininas e o grupo de heterossexuais masculinos e o grupo masculino com transtornos de identidade de gênero sem outra especificação (p<0,05). (Figura 11).

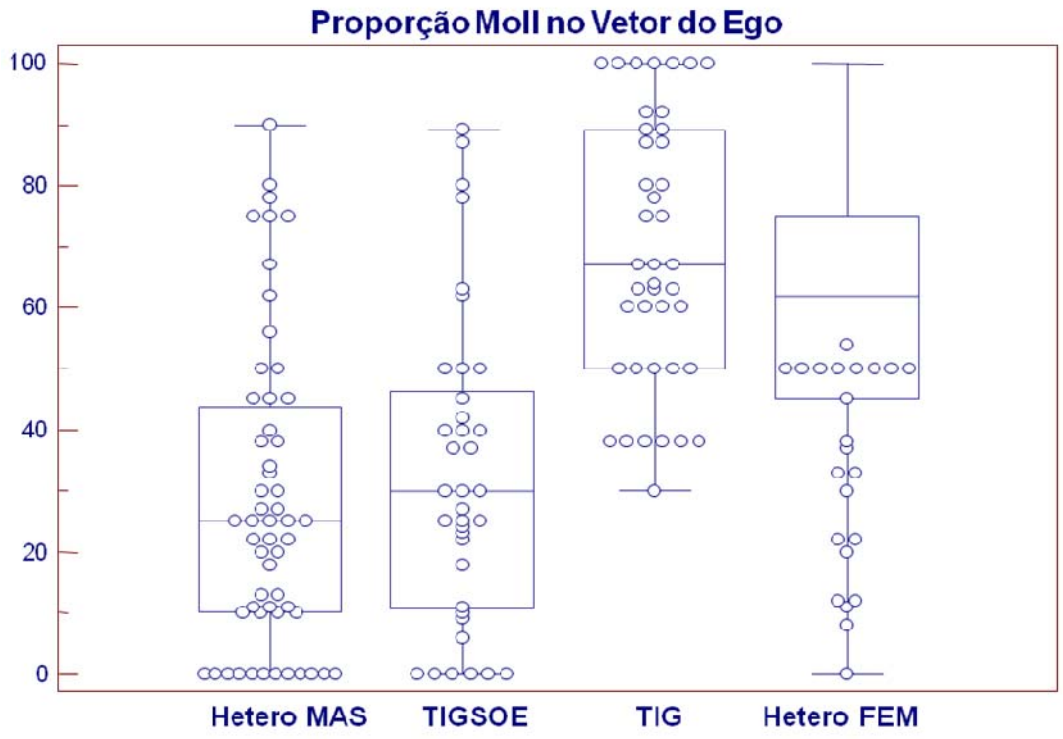

Figura 11 - Comparação da proporção Moll no vetor do ego entre o grupo dos heterossexuais masculinos e femininos *versus* o grupo masculino com transtorno especifico da identidade de gênero *versus* o grupo masculino com Transtorno de Identidade de Gênero Sem Outra Especificação

Os indivíduos do grupo masculino com transtorno especifico da identidade de gênero apresentaram maior proporção de Moll no vetor do ego, (mediana 67%, índice Moll/Dur = 2 Moll), que os indivíduos masculinos com transtornos de Identidade de gênero sem outra especificação (mediana 30%, índice Dur/Moll= 1,5 Dur) ($p < 0,001$). (Figura 12).

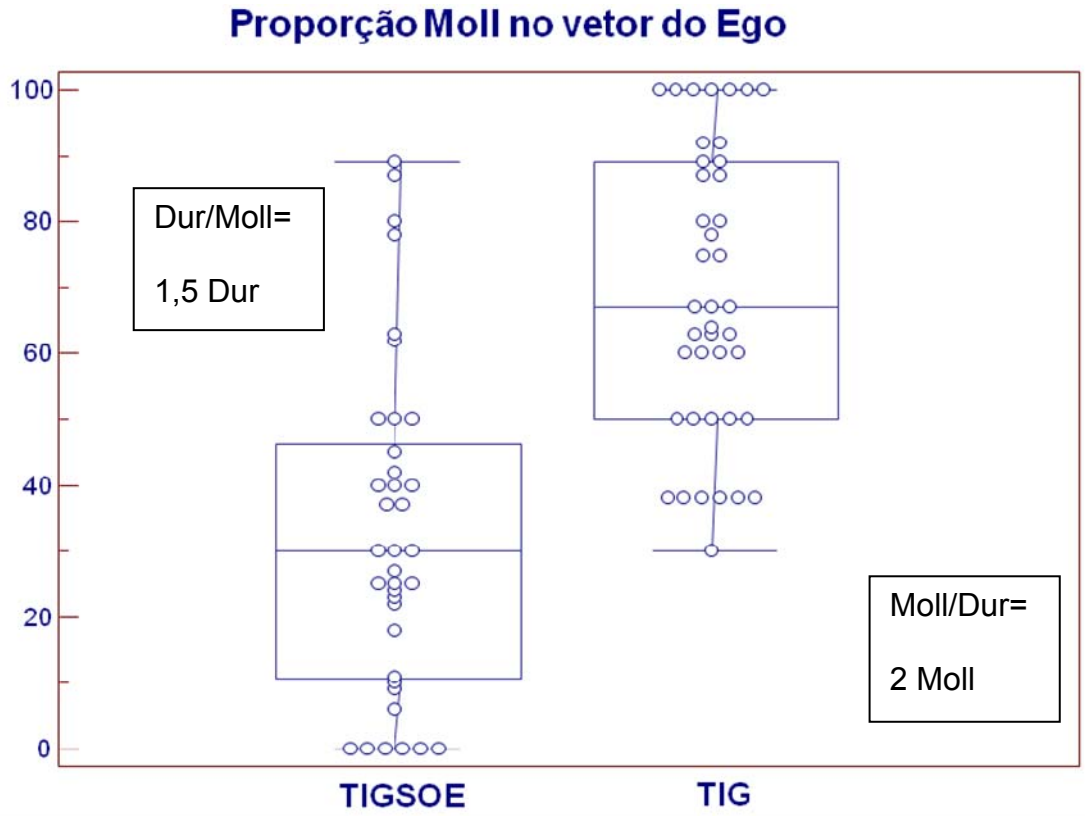

Figura 12: Comparação da proporção Moll no vetor do ego entre o grupo masculino com transtorno especifico da identidade de gênero versus o grupo masculino com transtornos de identidade de gênero sem outra especificação

Comparação da proporção Moll no vetor sexual: observamos diferença estatisticamente significante entre o grupo masculino com transtorno especifico da identidade de gênero *versus* o grupo masculino de

heterossexuais, *versus* o grupo masculino com transtorno de identidade de gênero sem outra especificação, assim, entre os grupos de heterossexuais femininos e masculinos (p<0,05). Não houve diferença significante entre o grupo masculino com transtorno especifico da identidade de gênero *e* o grupo feminino de heterossexuais, assim como entre os heterossexuais masculinos e o grupo masculino com transtorno da identidade de gênero sem outra especificação (p>0,05) (Figura 13).

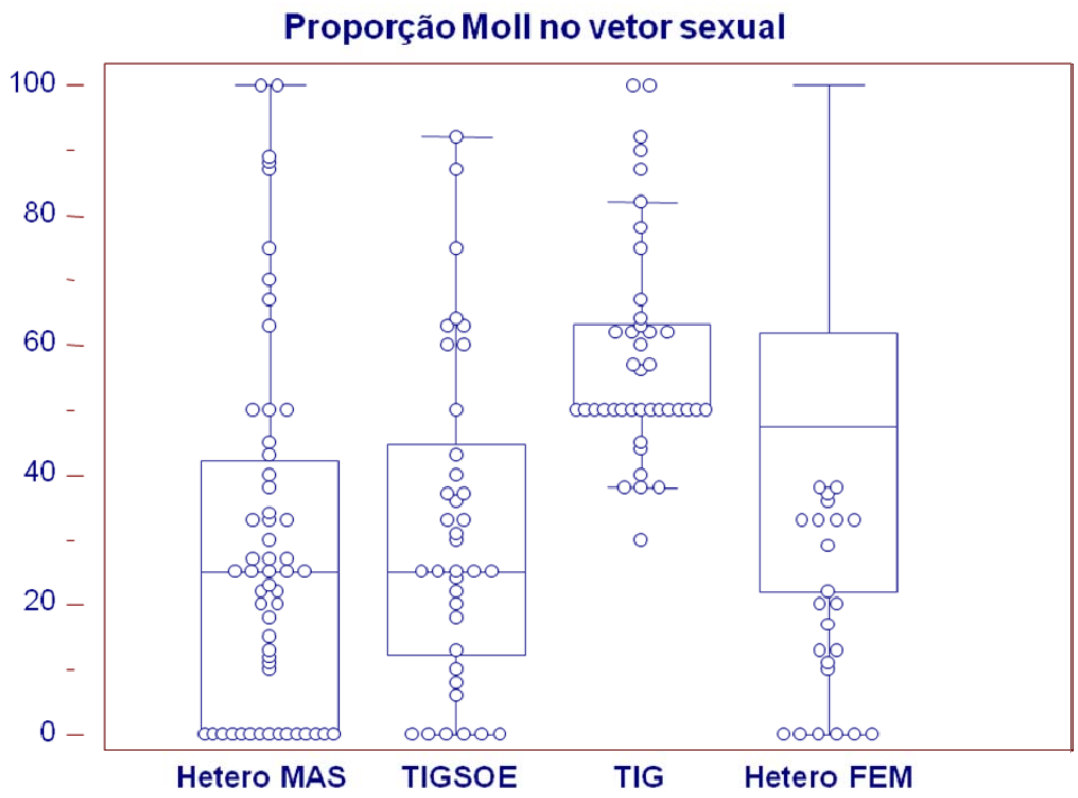

Figura 13 - Comparação da proporção Moll no vetor sexual entre o grupo dos heterossexuais masculinos e femininas *versus* o grupo masculino com transtorno especifico da identidade de gênero *versus* o grupo masculino com transtorno da identidade de gênero sem outra especificação

Os indivíduos do grupo masculino com transtorno especifico da identidade de gênero apresentaram maior proporção de Moll no vetor sexual, (mediana 50%, índice Moll/Dur = 1 Moll:1 Dur), que os indivíduos do grupo masculino com transtorno da Identidade de gênero sem outra especificação (mediana 25%, índice Dur/Moll= 3 Dur:1 Moll) ($p < 0,001$). (Figura 14).

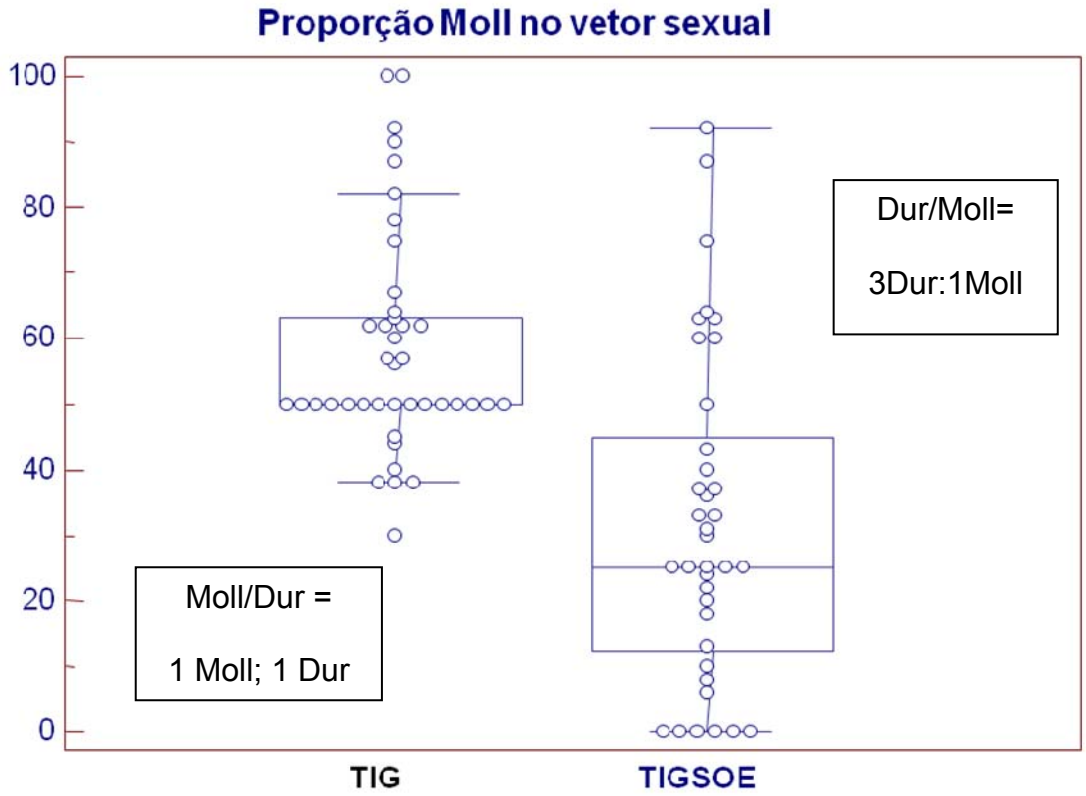

Figura 14 - Comparação da proporção Moll no vetor sexual entre o grupo masculino com transtorno especifico da identidade de gênero *versus* o grupo masculino com transtornos de identidade de gênero sem outra especificação

A comparação da proporção Moll no vetor afetivo entre o grupo masculino com transtorno especifico da identidade de gênero versus o grupo masculino com transtorno da identidade de gênero sem outra especificação, mostrou diferença estatisticamente significante ($p<0,05$) enquanto que não houve diferença significativa entre o grupo masculino com transtorno da identidade de gênero especifico e os grupos de heterossexuais masculinos.
e femininos ($p > 0,05$) (Figura 15).

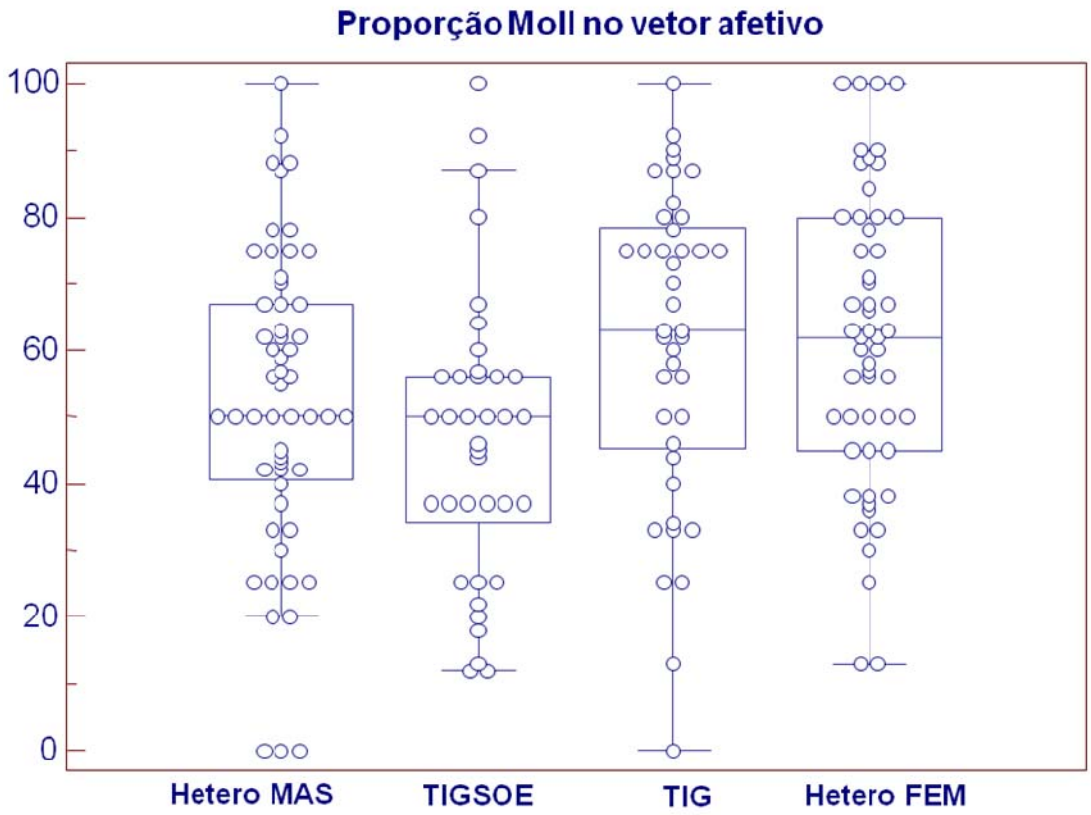

Figura 15 - Comparação da proporção Moll no vetor afetivo entre o grupo dos heterossexuais masculinos e femininos *versus* o grupo masculino com transtorno especifico da identidade de gênero *versus* o grupo masculino com transtorno da identidade de gênero sem outra especificação

Os indivíduos do grupo masculino com transtorno especifico da identidade de gênero apresentaram maior proporção Moll, (mediana 63%, índice Moll/Dur = (1Dur:1,7 Moll) que os indivíduos masculinos com transtorno da Identidade de gênero sem outra especificação (mediana 50%, índice Moll/Dur= 1Dur:1Moll) ($p > 0,05$), (Figura 16).

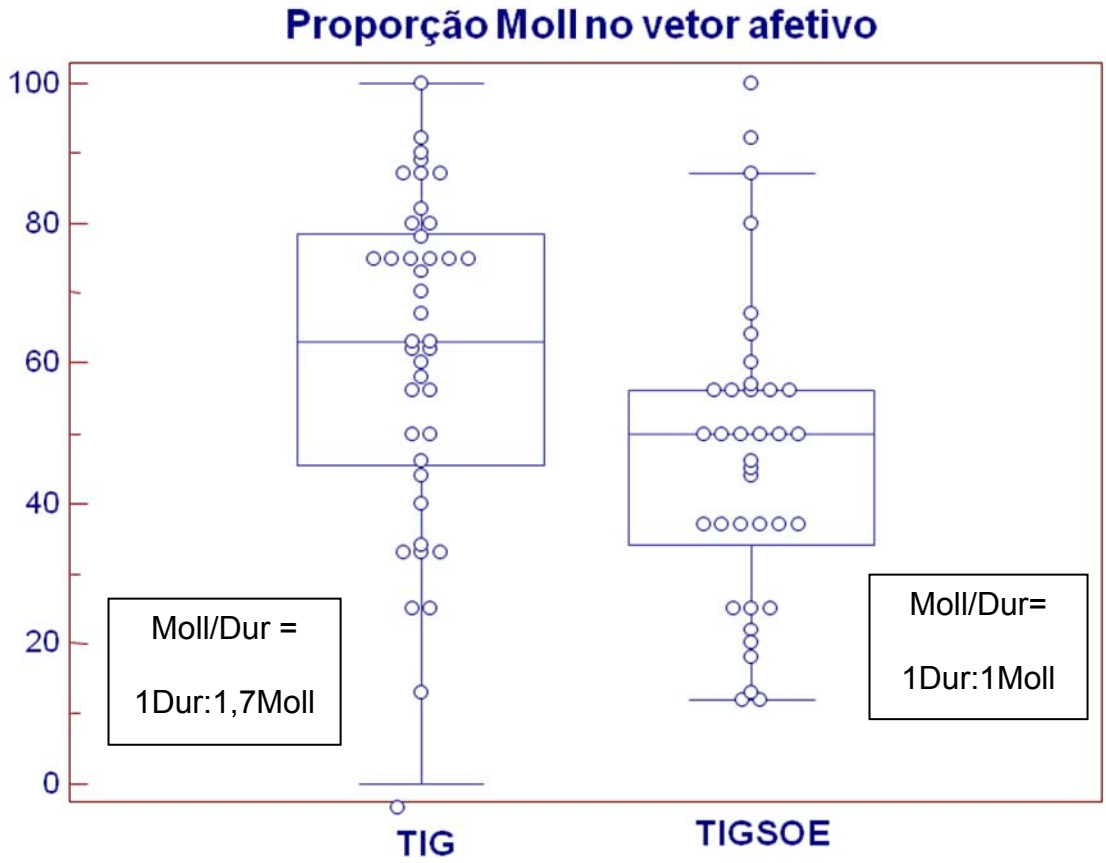

Figura 16 - Comparação da proporção Moll no vetor afetivo entre o grupo masculino com transtorno especifico da identidade de gênero *versus* o grupo masculino com transtorno de identidade do gênero sem outra especificação

A comparação da proporção Moll no vetor de contato entre o grupo com transtorno especifico da identidade de gênero versus heterossexuais masculinos e versus o grupo masculino com transtornos da identidade de gênero sem outra especificação e versus heterossexuais femininos não mostrou diferença estatisticamente significante (p>0,05), (Figura 17).

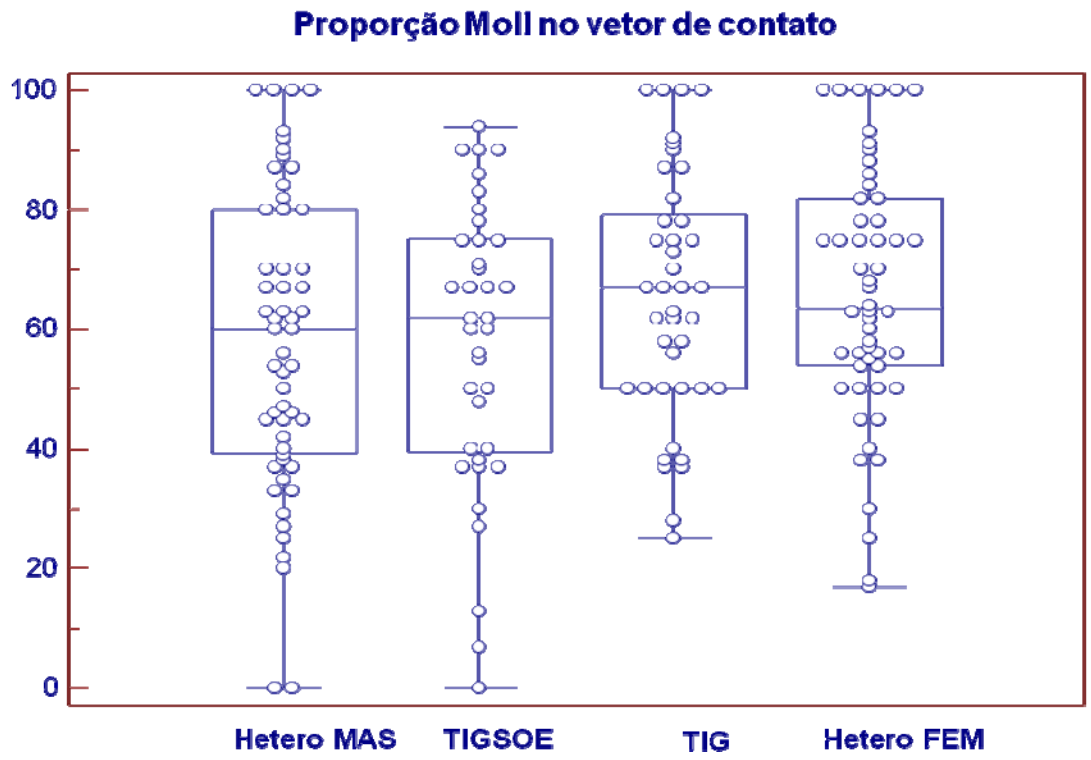

Figura 17 - Comparação da proporção Moll no vetor de contato entre o grupo masculino com transtorno especifico da identidade de gênero e o grupo de heterossexuais masculinos e femininos e o grupo masculino com transtornos de Identidade de gênero sem outra especificação

Comparação entre os grupos de heterossexuais femininos e masculinos versus os grupos femininos com transtorno especifico da identidade de gênero (TIG) e com transtornos de identidade de gênero sem outra especificação (TIGSOE)

A comparação na proporção Moll total mostrou diferença estatisticamente significante, entre o grupo feminino com transtorno especifico da identidade de gênero *versus* o grupo de heterossexuais femininos. Também houve diferença estatisticamente significante entre o grupo heterossexual feminino *versus* o grupo heterossexual masculino ($p < 0,05$).

Não foi possível a análise estatística entre o grupo feminino com transtorno especifico da identidade de gênero versus o grupo feminino com transtornos da identidade de gênero sem outra especificação devido a pequena amostra do último grupo (Figura 18).

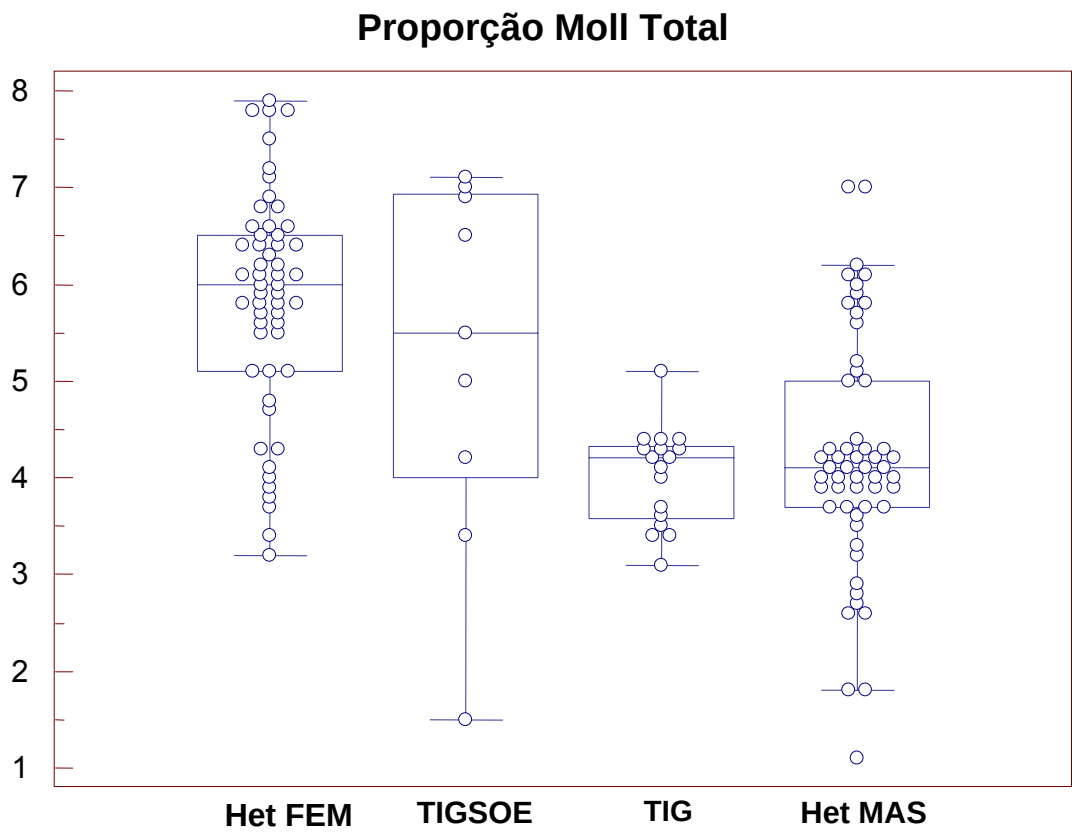

Figura 18 - Comparação da proporção Moll total entre os grupos de heterossexuais femininos e masculinos *versus* o grupo feminino com transtorno específico da identidade de gênero (TIG) *versus* o grupo com transtornos da identidade de gênero sem outra especificação (TIGSOE)

O grupo feminino com transtorno especifico da identidade de gênero apresentou maior proporção de Moll total, (mediana 42%, índice Dur/Moll = 1,38 Dur) que os indivíduos do grupo feminino com transtorno da Identidade de gênero sem outra especificação (mediana 55%, índice Moll/Dur= 1,22 Moll) (p >0,05), (Figura 19).

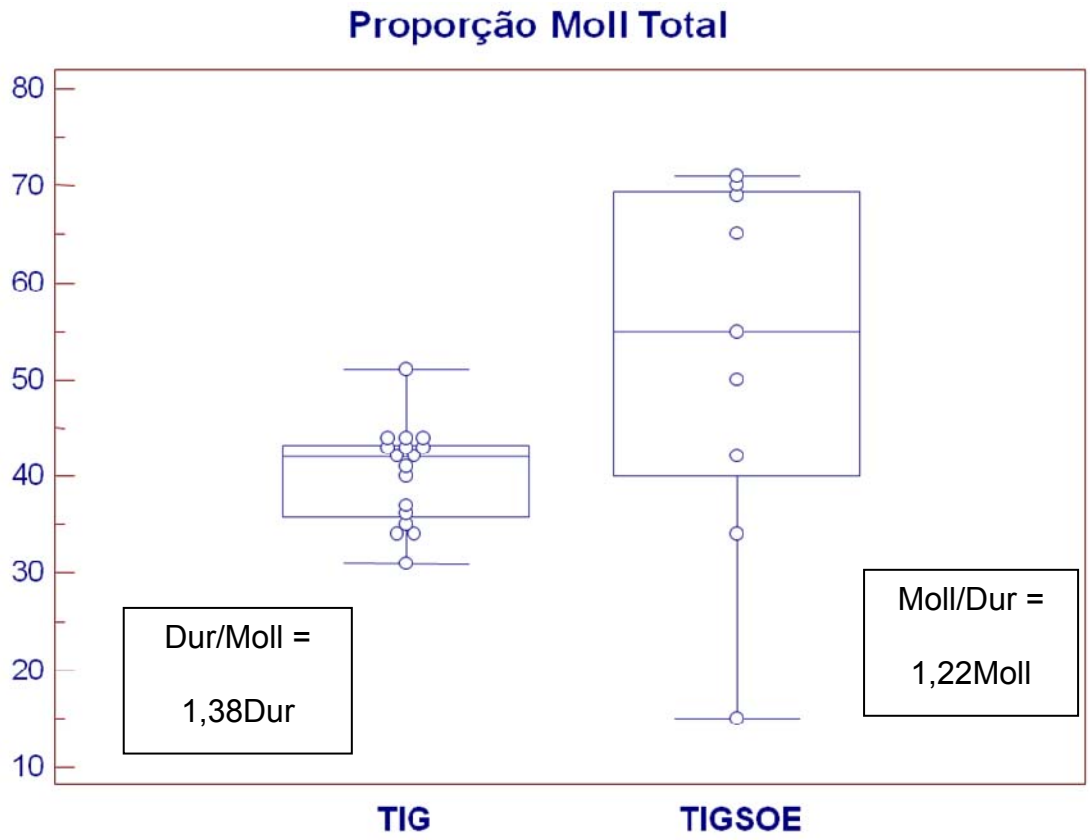

Figura 19 - Comparação da proporção Moll total entre o grupo feminino com transtorno especifico da identidade de gênero (TIG) e o grupo feminino com transtornos de identidade de gênero sem outra especificação (TIGSOE)

A comparação da proporção Moll no vetor sexual, no vetor do ego no vetor de contato e no vetor afetivo entre o grupo feminino com transtorno especifico da identidade de gênero *versus* o grupo feminino com transtorno de identidade de gênero sem outra especificação e versus o grupo de heterossexuais femininos e masculinos não mostrou diferença estatisticamente significante (p>0,05), (Figuras 20,21,22 e 23).

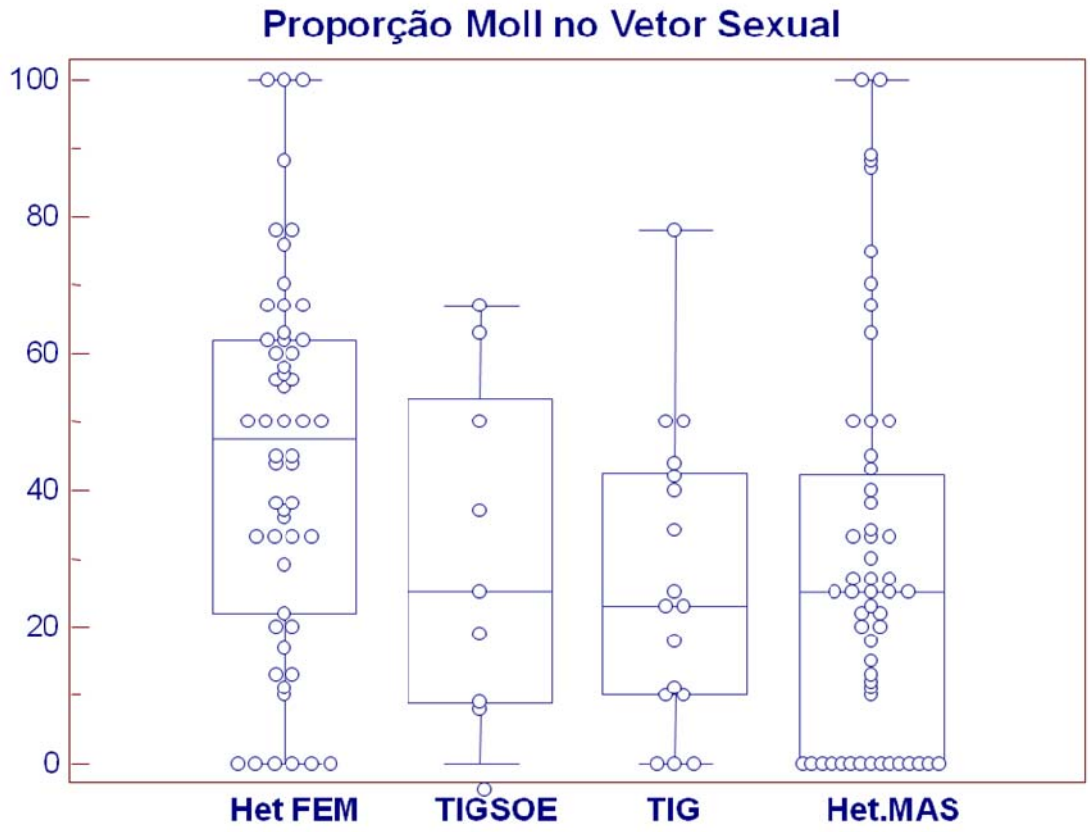

Figura 20 - Comparação da proporção Moll no vetor sexual entre o grupo dos heterossexuais femininos e masculinos *versus* o grupo feminino com transtorno especifico da identidade de gênero *versus* o grupo feminino com transtorno da Identidade de gênero sem outra especificação

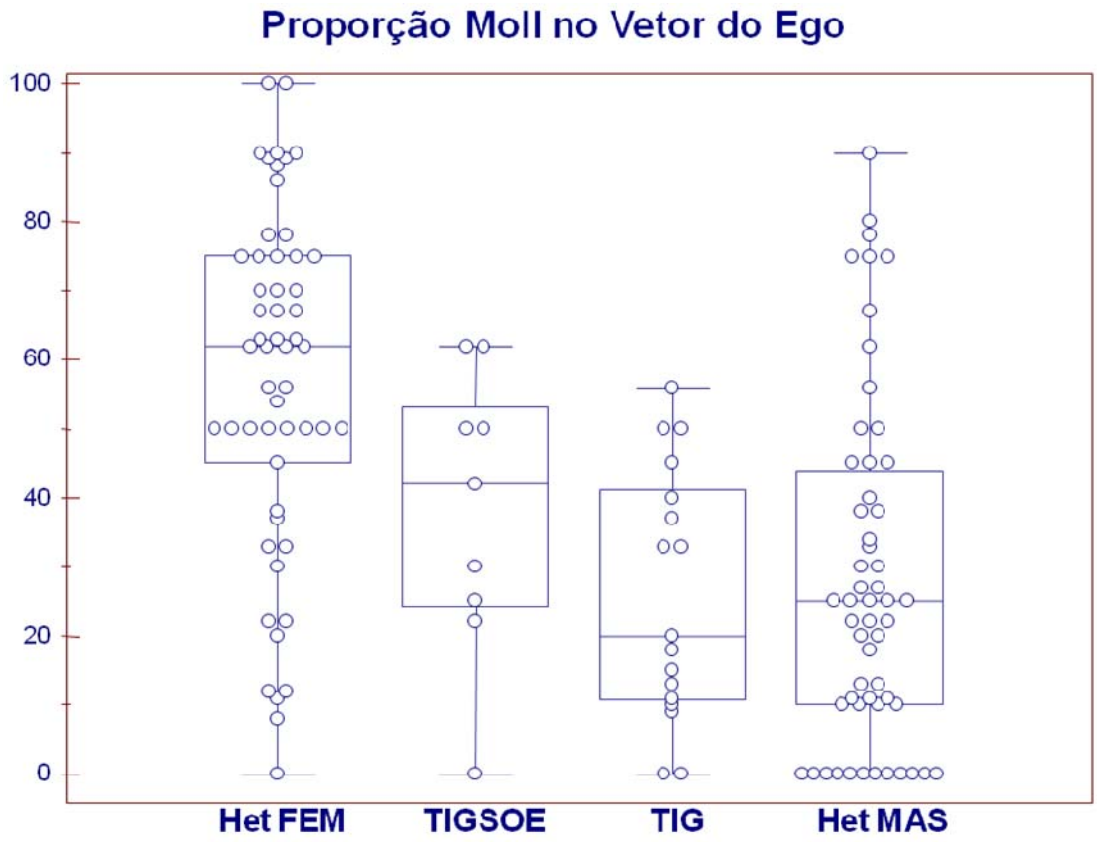

Figura 21 - Comparação da proporção Moll no vetor do ego entre o grupo dos heterossexuais femininos e masculinos *versus* o grupo feminino com transtorno especifico da identidade de gênero *versus* o grupo feminino com transtorno da identidade de gênero sem outra especificação

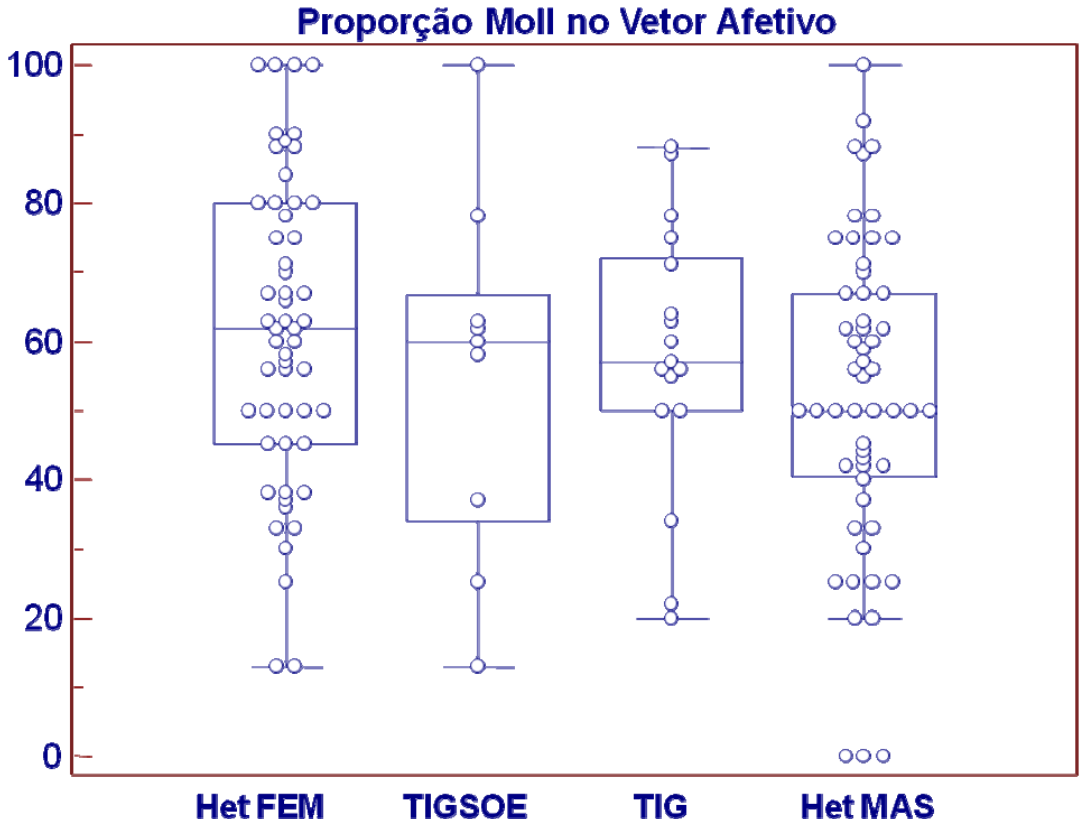

Figura 22 - Comparação da proporção Moll no vetor afetivo entre o grupo feminino com transtorno especifico da identidade de gênero e o grupo de heterossexuais masculinos e femininos e o grupo feminino com transtorno da Identidade de gênero sem outra especificação

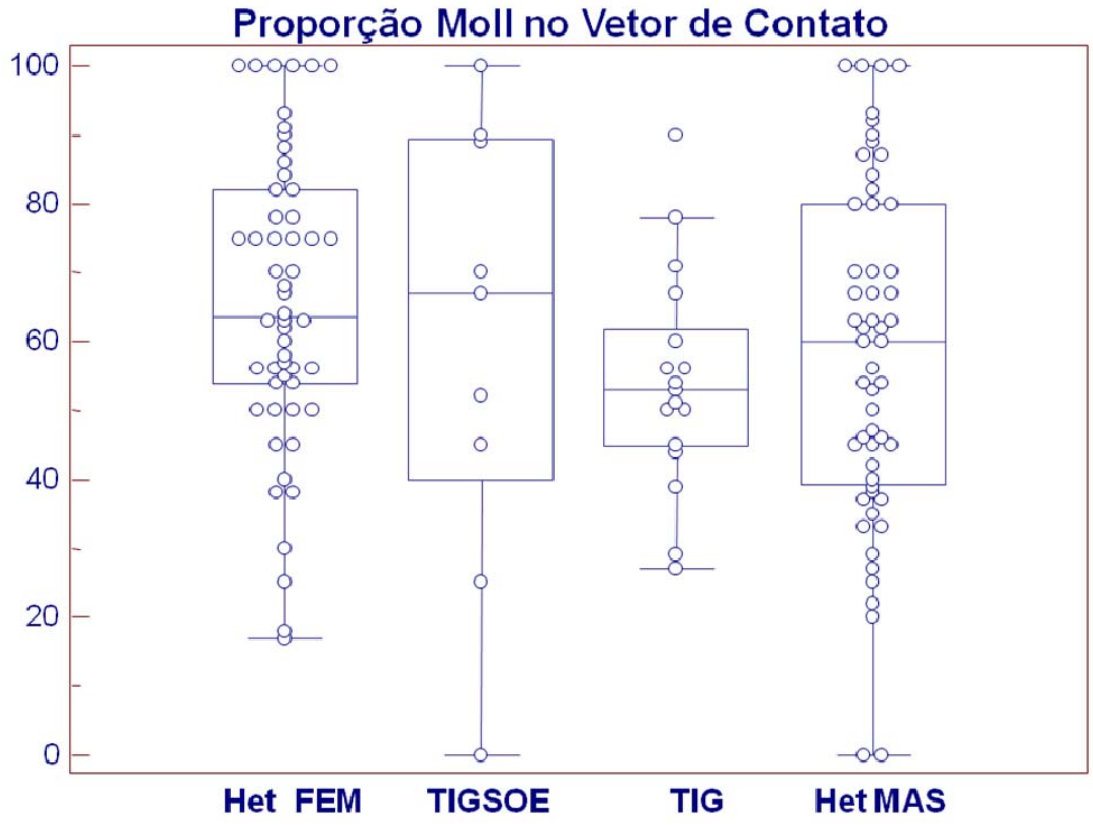

Figura 23 - Comparação da proporção Moll no vetor de contato entre o grupo feminino com transtorno especifico da identidade de gênero e o grupo de heterossexuais masculinos e femininos e o grupo feminino com transtornos de identidade de gênero sem outra especificação

A análise estatística da proporção Moll entre os grupos femininos com transtornos da identidade de gênero específico e sem outra especificação não foi possível realizar devido pequena amostra do grupo feminino com transtorno da identidade de gênero sem outra especificação. Da mesma maneira não foi possível a análise estatística entre os grupos masculinos e femininos com transtorno específico da identidade de gênero, no período pré e pós-operatório, devido às amostras serem pequenas.

Análise qualitativa das reações vetoriais Dur e Moll em heterossexuais e em pacientes com transtorno da identidade de gênero específico e sem outra especificação.

Nos heterossexuais masculinos o perfil mais representativo [***S (h+ s+) P(e- hy-) Sch (k- p-) C(d0 m+)(d- m+)]*** mostrou predominância da direção pulsional Dur nos vetores, sexual, afetivo e do ego (Tabela 5). Na análise psicodinâmica do vetor sexual S (h+ s+) observou-se que 69% desses indivíduos apresentaram uma sexualidade viril e adulta com integração da ternura, do erótico (h+) e da ação (s+). No vetor de contato na reação C (d0 m+) 87% desses indivíduos mostraram um vínculo desprendido do objeto (d0) e na reação C (d- m+) 87% mostraram um vínculo estável nas suas relações, seja com o parceiro, a profissão ou outras relações sociais.

No vetor afetivo no qual estão presentes o aspecto ético (e) e moral (hy), na reação P (e- hy-) 84% desses sujeitos mostrou ansiedade difusa, sensação de medo e opressão (hy-) gerada provavelmente pela ameaça de irromper as emoções agressivas reprimidas (e-). No vetor do ego 62% desses sujeitos mostraram-se submissos ao principio da realidade (Sch (k- p-), com capacidade de se adaptar ao meio exterior, porém com pouca criatividade, iniciativa e aspirações intelectuais.

Nas heterossexuais femininas o perfil mais representativo [***S(h+ s±)(h+ s+) P(e+ hy-) Sch(k- p+) C(d- m+)]*** mostrou predominância na direção pulsional Moll nos vetores, sexual, afetivo, do ego e do contato (Tabela 5).

Na leitura psicodinâmica desse perfil no vetor sexual na reação S(h+ s±) observou-se que 55,5% desses sujeitos mostraram uma sexualidade normal, porém com sinal de passividade (s-) ou masoquismo e na reação S (h+ s+) 55,5% desses sujeitos mostraram uma sexualidade adulta e integrada. No vetor de contato na reação C (d- m+) 91% mostraram um vínculo estável nas suas relações, seja com o parceiro, profissão ou outras relações sociais.

No vetor afetivo, a reação P (e+ hy-) presente em 74% dos sujeitos, caracterizou indivíduos éticos, religiosos e humanistas (e+) com valores morais (hy-). No vetor do ego a reação Sch (k- p+) mostrou que 65% desses indivíduos têm o desejo do ideal do ser (p+), de reconhecimento social e de realização de projetos ambiciosos, porém inibidos pelo mecanismo da negação (k-), suprimindo da consciência qualquer ameaça, principalmente as eróticas, porém impedindo a expansão pessoal e profissional (p+).

Tabela 5 - Número de sujeitos heterossexuais masculinos e femininos que apresentaram mais que 50% de reações vetoriais Dur e Moll por vetor

Reações vetoriais	Vetor Sexual (S)		Vetor Afetivo (P)		Vetor do Ego (Sch)		Vetor de Contato (C)	
	HM	HF	HM	HF	HM	HF	HM	HF
	n=55	n=54	n=55	n=54	n=55	n=54	n=55	n=54
0 0	6 (M)	6 (M)	17 (M)	20 (M)	11 (M)	25 (M)	7 (M)	3 (M)
0 +	25 (D)	23 (D)	11 (D)	7 (D)	10 (M)	18 (M)	48 (D) (87%)	45 (D) (83%)
0 -	6 (M)	8 (M)	42 (M) (76%)	39 (M) (72%)	17 (M)	27 (M) (50%)	8 (D)	7 (D)
0 ±	17 (M)	13 (M)	7 (M)	5 (M)	8 (M)	10 (M)	7 (M)	12 (M)
± 0	7 (D)	9 (D)	17 (D)	13 (D)	17(D)	10 (D)	5 (M)	6 (M)
± +	15 (D)	22 (D)	1 (D)	4 (D)	13(D)	13 (D)	13 (M)	15 (M)
± -	5 (M)	10 (M)	22 (M)	21 (M)	22 (D)	11 (D)	3 (D)	2 (D)
± ±	5 (M)	15 (M)	5 (D)	3 (D)	6 (D)	4 (D)	4 (M)	0 (M)
+ 0	17 (D)	18 (D)	13 (M)	14 (M)	28 (D) (50%)	11 (D)	7 (D)	8 (D)
+ +	38 (D) (69%)	30 (D) (55,6%)	8 (M)	6 (M)	13 (M)	13 (M)	18 (M)	28 (M) (52%)
+ -	16 (M)	24 (M)	32 (M) (58%)	40 (M) (74%)	21 (D)	9 (D)	3 (D)	8 (D)
+ ±	15 (M)	30 (M) (55,6%)	8 (M)	9 (M)	5 (M)	4 (M)	5(M)	7(M)
- 0	6 (D)	7 (D)	29 (D)	27 (D)	28 (D) (50%)	27 (D) (50%)	10 (D)	5 (D)
- +	20 (D)	26 (D)	7 (D)	9 (D)	16 (M)	35 (M) (65%)	48 (M) (87%)	49 (M) (91%)
- -	10 (M)	10 (M)	46 (D) (84%)	35 (D) (65%)	34 (D) (62%)	27 (D)	4 (D)	3 (D)
- ±	6 (D)	12 (D)	8 (D)	8 (D)	10 (M)	13 (M)	10 (D)	14 (D)

(D)= reações Dur; (M)= reações Moll, HM = Heterossexuais masculinos, HF = Heterossexuais femininos

Tabela 6 - Número de sujeitos masculinos com transtorno específico da identidade de gênero (TIG) e com transtorno da identidade de gênero sem outra especificação (TIGSOE) que apresentaram mais que 50% de reações vetoriais Dur e Moll por vetor

Reações vetoriais	**Vetor Sexual (S)**		**Vetor Afetivo (P)**		**Vetor do Ego (Sch)**		**Vetor de Contato (C)**	
	TIG	**TIGSOE**	**TIG**	**TIGSOE**	**TIG**	**TIGSOE**	**TIG**	**TIGSOE**
	n=41	n=37	n =41	n =37	n =41	n =37	n =41	n =37
0 0	10 (M)	2 (M)	14 (M)	10 (M)	8 (M)	10 (M)	5 (M)	7 (M) (19%)
0 +	12 (D)	18 (D) (49%)	7 (D)	4 (D)	16 (M)	5 (M)	26 (D) (63%)	26 (D) (70%)
0 -	10 (M)	7 (M)	23 (M) (56%)	20 (M) (54%)	21 (M) (51%)	22 (M) (59%)	2 (D)	8 (D)
0 ±	17 (M)	12 (M)	4 (M)	0 (M)	22 (M) (54%)	6 (M)	12 (M)	6 (M)
± 0	6 (D)	1 (D)	11 (D)	12 (D)	10 (D)	13 (D)	3 (M)	4 (M)
± +	8 (D)	9 (D)	3 (D)	2 (D)	7 (D)	6 (D)	13 (M)	9 (M)
± -	5 (M)	5 (M)	19 (M)	18 (M)	12 (D)	18 (D)	2 (D)	2 (D)
± ±	7 (M)	10 (M)	3 (D)	5 (D)	2(D)	4 (D)	4 (M)	1 (M)
+ 0	20 (D) (49%)	21 (D) (56%)	10 (M)	11 (M)	5 (D)	7 (D)	5 (D)	5 (D)
+ +	20 (D) (49%)	28 (D) (76%)	3 (M)	1(M)	15 (M)	5 (M)	19 (M)	11 (M)
+ -	25 (M) (61%)	10 (M)	30(M) (73%)	21(M) (57%)	10 (D)	19 (D) (51%)	8 (D)	5 (D)
+ ±	18 (M)	15 (M)	4 (M)	5 (M)	10 (M)	1(M)	11(M)	4 (M)
- 0	4 (D)	4 (D)	19 (D)	21 (D) (57%)	14 (D)	18 (D) (49%)	8 (D)	7 (D) (19%)
- +	11(D)	11 (D)	6 (D)	7 (D)	29 (M) (71%)	8 (M)	34 (M) (83%)	31(M) (84%)
- -	9(M)	4 (M)	29 (D) (71%)	22 (D) (59%)	17 (D)	25 (D) (68%)	6 (D)	5 (D)
- ±	9 (D)	5 (D)	8 (D)	5 (D)	21 (M) (51%)	6 (M)	5 (D)	6 (D)

(D)= reações Dur; (M)= reações Moll, TIG = Transtorno Especifico da Identidade de Gênero, TIGSOE = Transtorno da Identidade de Gênero Sem Outra Especificação

No grupo masculino com transtorno especifico da identidade de gênero o perfil mais representativo [***S (h+ s-) P(e+hy!) Sch (k- p+)*** **(k0 p±) (k- p±)** ***(k0 p-) C (d- m+!)*****(d- m+!!)*****]*** mostrou uma predominância na direção pulsional Moll nos vetores sexual, afetivo, do ego e do contato (Tabela 6).

Na análise psicodinâmica do vetor sexual a reação S (h+ s-) presente em 61% dos sujeitos indicou uma reação típica de inversão da direção da pulsão sexual; o fator (s-) mostrou passividade ou sinal de masoquismo e uma tendência a desvalorização do corpo e realidade. No vetor de contato, na reação C (d- m+!) (d- m!!), 83% desses sujeitos mostraram um vínculo estável (d-), porém passivo/dependente; a sobrecarga no vetor (m!!) mostrou muita ansiedade de ser aceito e reconhecido no seu meio social-familiar. A tendência a passividade (s-) e de entrega passiva (d-) foram assumidas pelo eu (p+).

No vetor afetivo na reação P(e+ hy-!) 73% das pacientes mostraram sensibilidade e ética (e+), rigidez moral pela sobrecarga no fator (hy!), temor de serem julgados e condenados e culpa e conflito ético (e+) pela escolha que fizeram nas suas vidas. Estes aspectos associados a inibição dos seus verdadeiros afetos (hy-!) dificultam a expressão dos desejos de natureza erótica e da necessidade de serem respeitados e reconhecidos.

Na psicodinâmica do vetor do ego as 4 reações [***Sch (k- p+)*** **(k0 p±) (k- p±) (k0 p-)]** estiveram presentes em mais que 50% dos indivíduos. Desses sujeitos, 71% mostraram uma inibição do eu [Sch (k- p+)], com dificuldade do reconhecimento corporal. Pelo mecanismo da negação (k-) e inibição (hy-!), suprimiram da consciência (p+) qualquer reconhecimento e

manifestação das suas sensações eróticas. Estes indivíduos fortemente reprimidos, não raras vezes, liberam suas necessidades de forma explosiva, rechaçando as barreiras que os constrangiam anteriormente. No entanto por se sentirem julgados, vivem uma vida imaginária com uma imagem idealizada de si mesmos (p+), conforme as regras morais e sociais à qual pertencem. Para compor esta imagem idealizada vivem num mundo discreto cheio de segredos, tato e doçura (e+), com negação do próprio eu (k-). A reação Sch (k0 p±) presente em 54% dos sujeitos mostra que o ego sofreu uma alteração, perdendo as suas funções de introjeção (k+) e negação (k-). O fator (p±) ambivalente mostrou uma desorganização da identidade sexual, visto estarem presentes as tendências Dur (p-) e Moll (p+), simultaneamente. Essa dupla função do ego (p±) via a função projetiva (p-); mostra predominância de atitudes emocionais mais típicos ao estádio oral. A reação Sch (k- p±), presente em 51% desses sujeitos mostrou negação (k-) da projeção (p-) e da inflação (p+). O fator (p±), por um lado pode significar a negação do abandono, ou por outro lado a negação da castração, tanto em homens como em mulheres. Na reação Sch (k0 p-) presente em 51% desses sujeitos caracterizam aspectos de uma organização egoica regredida, utilizando o mecanismo de defesa só a projeção

No grupo masculino com transtorno da identidade de gênero sem outra especificação o perfil mais representativo [***S (h+ s+!) (h+! s0) P(e- hy-) (e- hy0) Sch(k- p-) (K+ p-) (k0 p-) C(d- m+)*** **(d- m0) (d0 m0)*]*** mostrou predominância na direção pulsional Dur nos vetores, sexual, afetivo e do ego (Tabela 6).

A reação S (h+ s+!) no vetor sexual presente em 76% desses indivíduos demonstra uma sexualidade integrada, porém com uma busca mais agressiva na satisfação da pulsão sexual (s+!) (s+!!), indicando sinais de sadismo ou perversão. Na reação S (h+! s0), 56% desses indivíduos mostraram uma sexualidade mal estruturada, evidenciando aspectos mais típicos ao estádio oral, (polimorfa) (s0), priorizando apenas as carícias de forma acentuada (h+!).

No vetor de contato, a reação C (d-! m+!) (d- m!!), presente em 84% desses indivíduos caracterizou neurose de aceitação, muita dependência (d-!), e passividade (m+!!), com alta ansiedade de ser aceito e reconhecido no seu meio social e familiar. Essa reação indicou um vínculo regredido da primeira infância, pela fixação simbiótica (d-!) com a figura materna (m+!!). Embora, em menor proporção, em 19% desses sujeitos, as reações C(d- m0) e C (d0 m0) evidenciaram tipos de vínculos muito comprometidos. A reação C(d- m0) mostrou indivíduos solitários e com sentimentos de abandono (m0) e a reação C (d0 m0) mostrou sujeitos com perda da confiança com os outros, contato regredido, desintegrados (d0) e sem objeto (m0). Nesse tipo de contato doentio (d0), geralmente encontrado nos esquizofrênicos heberfrênicos, quando o indivíduo soltou-se de todos os objetos e valores mundanos.

A reação P (e-! hy-) no vetor afetivo presente em 57% desses sujeitos indica ansiedade difusa e pânico interior que é a resultante de uma rejeição ou abandono (m0). A sobrecarga no fator (e-!), é típico da neurose de angústia. A reação P (e-! hy0), presente em 57% sujeitos mostrou acúmulo de raiva (e-) e ausência de freio moral (hy0).

A reação Sch (k- p-) no vetor do ego foi encontrada em 68% desses sujeitos e é típica de indivíduos submissos, sem iniciativa e com poucas aspirações intelectuais, porém com capacidade de se adaptar ao meio exterior. A reação Sch (k0 p-), presente em 59% dos indivíduos mostram uma qualidade de organização egóica tipicamente regredida, que utilizam como mecanismo de defesa só a projeção. A reação Sch (k+ p-), presente em 51% dos indivíduos caracteriza egoificação, introjeção (k+) dos conteúdos projetados (p-), e também evidencia uma qualidade de organização egóica tipicamente regredida. A relação vetorial Sch (k0 p-) com a reação S(h+ s0), demonstraram uma sexualidade com fixação em funcionamentos psíquicos mais típicos ao estádio oral. O conjunto das reações [S (h+ s+!) P(e- hy-) Sch(k- p-) C (d0 m0)] caracteriza nesses pacientes o perfil típico do trabalhador braçal avaliados por Szondi e Soto Yarritu, porém estes pacientes mostraram uma sexualidade mais agressiva e um contato comprometido. Já o perfil [S (h0 s+!) P (e- hy0) Sch (k- p0) C(d0 m0)] encontrado neste grupo de pacientes, caracteriza o perfil do suicida, no qual os mecanismos de proteção tanto da critica (hy0) como da consciência (p0) estão ausentes, com acúmulo de sentimentos rudes e de raiva (e-), presença só da pulsão agressiva (s+!), com negação da realidade (k-) e contato desprendido do mundo (d0 m0).

Tabela 7 - Número de sujeitos femininos com transtorno específico da identidade de gênero (TIG) e com transtorno da identidade de gênero sem outra especificação (TIGSOE) que apresentaram mais que 50% de reações vetoriais Dur e Moll por vetor

Reações Vetoriais	**Vetor Sexual (S)**		**Vetor Afetivo (P)**		**Vetor do Ego (Sch)**		**Vetor de Contato (C)**	
	TIG	**TIGSOE**	**TIG**	**TIGSOE**	**TIG**	**TIGSOE**	**TIG**	**TIGSOE**
	n=17	n=9	n=17	n=9	n=17	n=9	n=17	n=9
0 0	2 (M)	4 (M)	5 (M)	4 (M)	3 (M)	3 (M)	2 (M)	1 (M)
0 +	9 (D) (53%)	6 (D) (67%)	2(D)	1(D)	2(M)	3(M)	15 (D) (88%)	6 (D) (67%)
0 -	4 (M)	0 (M)	11 (M) (65%)	7 (M) (78%)	8 (M)	8 (M) (89%)	2(D)	2(D)
0 ±	6 (M)	3(M)	1(M)	1(M)	1(M)	4(M)	7(M)	4(M)
± 0	3 (D)	0 (D)	6(D)	3(D)	4(D)	1(D)	0(M)	1(M)
± +	3 (D)	2 (D)	5(D)	0(D)	5(D)	0(D)	3(M)	1(M)
± -	1 (M)	0 (M)	5(M)	5(M)	6(D)	2(D)	1	2
± ±	1 (M)	2(M)	2(M)	1(M)	1(D)	2(D)	0(M)	1(M)
+ 0	4 (M)	4(M)	4(M)	0	5(D)	5 (D) (56%)	1(D)	0(D)
+ +	9 (D) (53%)	4 (D) (44%)	1(M)	1(M)	3(M)	1(M)	6(M)	2(M)
+ -	6 (M)	1(M)	12 (M) (71%)	6 (M) (67%)	7(D)	2(D)	2(D)	2(D)
+ ±	3 (M)	6 (M) (67%)	2(M)	0(M)	3(M)	1(M)	3(M)	0(M)
- 0	5 (D)	1(D)	7(D)	4(D)	11 (D) (65%)	4(D)	2(D)	1(D)
- +	3 (D)	4(D)	1(D)	2(D)	7(M)	4(M)	16 (M) (94%)	6 (M) (67%)
- -	1 (M)	1(M)	8 (D)	6 (D) (67%)	10 (D) (59%)	4(D)	2(D)	0(D)
- ±	4 (D)	3(D)	1(D)	2(D)	4(M)	4(M)	4(D)	2(D)

(D)= reações Dur; (M)= reações Moll, TIG = transtorno especifico da identidade de gênero, TIGSOE = transtorno da identidade de gênero sem outra especificação

No grupo feminino com transtorno da identidade de gênero especifica o perfil mais representativo [***S (h+ s+) (h0 s+) P(e+hy-) Sch (k- p0) (k- p-) C (d- m+)]*** mostrou predominância na direção pulsional Dur nos vetores, sexual, do ego (Tabela 7).

Na análise psicodinâmica a reação S (h+ s+) no vetor sexual em 53% desses indivíduos mostrou uma sexualidade viril e adequada e na reação S (h0 s+) presente em 53% desses sujeitos mostrou uma sexualidade viril, com presença só da pulsão agressão (s+), caracterizando sadismo ou dominação. A reação C(d- m+!!) no vetor de contato presente em 94% desses pacientes indica um vínculo estável, com nível de ansiedade alta, pelo medo de não serem aceitos no seu meio sócio-familiar (m+!!).

No vetor afetivo na reação P(e+ hy-!) 71% das pacientes mostraram sensibilidade e ética (e+), rigidez moral pela sobrecarga no fator (hy!), temor de serem julgados e condenados e culpa e conflito ético (e+) pela escolha que fizeram nas suas vidas. Estes aspectos associados a inibição dos seus verdadeiros afetos (hy-!) dificultam a expressão dos desejos de natureza erótica e da necessidade de serem respeitados e reconhecidos. A reação P(e0 hy-) presente em 65% desses sujeitos evidenciou traços de paranóia.

No vetor do ego a reação Sch(k- p0) foi encontrado em 65% desses sujeitos, mostrou aspectos mais típicos do primeiro estádio genital, utilizaram o mecanismo de defesa da negação, para suprimir da consciência as representações indesejáveis (p0), principalmente, os desejos eróticos, desvalorizando e negando qualquer expressão destes (k-). A reação Sch (k- p-) presente em 59% desses sujeitos caracterizou o perfil típico do homem

viril, rotineiro, trabalhar braçal, sem iniciativa, com poucas aspirações intelectuais e com capacidade de se adaptar ao meio exterior,

No grupo feminino com transtorno da identidade de gênero sem outra especificação o perfil mais representativo [***S (h0 s+!)(h+ s±) P(e0 hy-)(e+ hy-) Sch (k0 p-) (k+ p0) C(d- m+)(d0 m+)]*** mostrou predominância na direção pulsional Moll nos vetores, afetivo, do ego e de contato (Tabela 7).

Na análise psicodinâmica a reação S (h0 s+!) no vetor sexual presente em 67% desses pacientes mostrou uma sexualidade viril, com presença só da pulsão agressiva, aspectos mais típicos do sadismo ou da dominação (s+), e com ausência da ternura (h0). A reação S (h+ s±) presente em 67% desses sujeitos mostrou uma ambivalência quanto à forma da busca de satisfação erótica, com tendências sádico-masoquistas (s±). A reação C (d- m+!!) do vetor de contato encontrado em 67% desses pacientes mostraram um vínculo estável, porém com nível de ansiedade alta, provavelmente, pelo medo de não ser aceita no seu meio sócio-familiar (m+!!). A reação C(d0 m+!) presente em 67% desses sujeitos mostraram um vinculo desprendido, com nível de ansiedade alta (m+!).

No vetor afetivo a reação P(e0 hy-) presente em 78% desses sujeitos evidenciou traços de paranóia. A *reação P(e+ hy-!) encontrada em 67% dos pacientes demonstram muita rigidez moral (hy-!), temor de serem avaliados e condenados. Além, da culpa (e+) pe*la escolhas que fizeram nas suas vidas, e como defesa inibiram (hy-!) seus reais afetos e as tendências de natureza erótica.

No vetor do ego, a reação Sch (k0 p-) presente em 89% desses sujeitos caracterizou indivíduos que mostraram funcionamentos psíquicos relativos à funcionamentos de frágil diferenciação e estruturação egóica, com fixação em funcionamentos psíquicos mais típicos ao estádio oral, predominando aspectos de uma relação simbiótica, e como de defesa utilizaram só a projeção (p-). A reação Sch (k+ p0) encontrada em 56% desses indivíduos evidenciou aspectos mais típicos do perfil narcisista, pelo processo só da introjeção (k+), o Eu tende a incorporar algo que substitua o objeto primitivo com todas as suas ”virtudes”. Esses sujeitos mostram fixação em aspectos mais típicos ao primeiro estádio anal, com uma forma muito agressiva (s+!) de ter as coisas e o outro.

Tabela 8 - Número de sujeitos masculinos com transtorno especifico da identidade de gênero (TIG) que apresentaram mais que 50% de reações vetoriais Dur e Moll por vetor no período pré e pós-operatório

Reações vetoriais	Vetor Sexual (S)		Vetor Afetivo (P)		Vetor do Ego (Sch)		Vetor de Contato (C)	
	TIG-Pré	TIG-Pós	TIG-Pré	TIG-Pós	TIG-Pré	TIG-Pós	TIG-Pré	TIG-Pós
	n =11	n = 11	n =11	n = 11	n =11	n = 11	n =11	n = 11
0 0	4 (M)	2 (M)	1 (M)	1 (M)	2 (M)	3 (M)	1 (M)	1 (M)
0 +	2 (D)	6 (D) (55%)	1 (D)	0 (D)	7 (M) (64%)	4 (M)	6 (D) (54%)	7 (D) (64%)
0 -	4 (M)	4 (M)	3 (M)	7 (M) (64%)	4 (M)	3 (M)	0 (D)	1 (D)
0 ±	4 (M)	2 (M)	2 (M)	2 (M)	4 (M)	1 (M)	0 (M)	1 (M)
± 0	1 (D)	1 (D)	4 (D)	3 (D)	3 (D)	2 (D)	3 (M)	2 (M)
± +	2 (D)	2 (D)	1 (D)	0 (D)	2 (D)	2 (D)	3 (M)	2 (M)
± -	2 (M)	2 (M)	8 (M) (73%)	7 (M) (64%)	3 (D)	1 (D)	6 (D) (54%)	1 (D)
± ±	3 (M)	1 (M)	1 (D)	2 (D)	1 (D)	0 (D)	1 (M)	0 (M)
+ 0	5 (D)	4(D)	2 (M)	3 (M)	0 (D)	0 (D)	0 (D)	1 (D)
+ +	5 (D) (45%)	6 (D) (55%)	1 (M)	0 (M)	6 (M) (55%)	8 (M) (73%)	3 (M)	2 (M)
+ -	8 (M) (73%)	4 (M)	10 (M) (91%)	8 (M) (73%)	4(D)	2 (D)	4 (D)	1 (D)
+ ±	2 (M)	6 (M) (55%)	2 (M)	0 (M)	3 (M)	2 (M)	3 (M)	2 (M)
- 0	3 (D)	1 (D)	5 (D)	3 (D)	3 (D)	4 (D)	3 (D)	2 (D)
- +	4 (D)	2 (D)	2 (D)	0 (D)	7(M) (64%)	8 (M) (73)	10(M) (91%)	11 (M) (100%)
- -	2 (M)	0 (M)	9 (D) (82%)	7 (D) (64%)	2 (D)	2 (D)	4 (M)	1 (D)
- ±	3 (D)	2 (D)	2 (D)	0 (D)	7 (M) (64%)	2 (M)	2 (D)	2 (D)

(D)= reações Dur; (M)= reações Moll, TIG = Transtorno Especifico da Identidade de Gênero.

No grupo masculino com transtorno especifico da identidade de gênero no período pré-operatório o perfil mais representativo [***S(h+ s-) P(e+ hy-) Sch(k- p+)(k- p±)(k0 p+) C(d- m+)]*** mostrou predominância na direção pulsional Moll nos vetores, sexual, afetivo, do ego e do contato (Tabela 8).

Nos aspectos psicodinâmicos a reação S (h+ s-) do vetor sexual presente em 73% desses pacientes apresentou a reação típica da inversão da direção da pulsão sexual (s-), com predomínio das tendências femininas para o sexo biológico masculino. O fator (h+) mostrou uma natureza dócil e solicita para agradar o outro, por dependência ou temor de serem abandonados (m+!), às vezes, submetem-se de forma masoquista ou passiva (s-) a todas as relações seja social e familiar e em particular ao parceiro. No vetor de contato, a reação C (d!- m+!) encontrada em 91% desses sujeitos mostrou um vínculo estável, com muita ansiedade de ser aceito e respeitado no seu meio social-familiar (m+!), Esse tipo de vínculo caracterizou um vínculo com atitudes emocionais típicos relacionados a primeira infância, pela fixação simbiótica (d-!) com o objeto (figura materna ou figura afetiva substituta) (m!!).

No vetor afetivo, a reação P(e+ hy-!) presente em 91% dos pacientes indicou sensibilidade e ética (e+) rigidez moral pela sobrecarga no fator (hy-!) e temor de serem avaliados e condenados. Além de culpa e conflito ético (e+) pela escolha que fizeram nas suas vidas. Esses sujeitos bloquearam as suas tendências de natureza erótica, ou desejos de serem aceitos e respeitados pelo mecanismo da negação, outras vezes usando a dissimulação para esconderem seus reais afetos (hy-!).

Desses sujeitos, 64% mostraram uma inibição do eu [Sch (k- p+)], com dificuldade do reconhecimento corporal. Pelo mecanismo da negação (k-) e inibição (hy-!), suprimiram da consciência (p+) qualquer reconhecimento e manifestação das suas sensações eróticas. Estes indivíduos fortemente reprimidos, não raras vezes, liberam suas necessidades de forma explosiva, rechaçando as barreiras que os constrangiam anteriormente. No entanto por se sentirem julgados, esses pacientes vivem uma vida imaginária com uma imagem idealizada de si mesmos (p+), conforme as regras morais e sociais à qual pertencem. Para compor esta imagem idealizada vivem num mundo discreto cheio de segredos, tato e doçura (e+), com negação do próprio eu (k-). Essa reação caracteriza fixação em funcionamentos psíquicos mais típicos ao segundo estádio genital. A reação Sch (k0 p+) presente em 64% dos sujeitos, pela ausência da função do fator k (0), não há controle da inflação (p+), sinalizando nestes sujeitos predominância de atitudes emocionais mais típicos à fase narcísica primária, relacionadas ao estádio oral, na qual os indivíduos querem ser vistos diferentes daquela que os outros os vêem. A reação Sch (k- p±) presente em 64% desses sujeitos mostrou a negação (k-) da projeção (p-) e da inflação (p+). A ambivalência do fator (p±), por um lado pode significar o negação do abandono, pela dificuldade em lidar com essa realidade, ou a negação da castração, isso tanto em homens como em mulheres.

No grupo masculino com transtorno especifico da identidade de gênero no período pós-operatório, com um ano no mínimo de psicoterapia de grupo após da cirurgia de transgenitalização, o perfil mais expressivo [***S (h+ s+)(h0 s+) P(e+ hy-) Sch(k- p+)(k+ p+) C(d- m+)]*** mostrou

predominância na direção pulsional Moll nos vetores, afetivo, do ego e do contato (Tabela 8).

Na leitura psicodinâmica da reação S (h+ s+) no vetor sexual presente em 55% dessas pacientes expressou uma sexualidade madura e integrada e a reação S (h0 s+) encontrada em 55% dos pacientes caracterizou uma sexualidade com predomínio só da pulsão agressiva ou da dominação (s+). No contato a reação C (d- m+!) encontrados em 100% dos pacientes mostrou um vínculo estável nas suas relações pessoais e profissionais e outras, mas ainda com muita ansiedade (m!) provavelmente, ainda por medo de não serem aceitos na sua nova condição no meio familiar e social.

No vetor afetivo, a reação P (e+ hy-) presente em 73% mostrou indivíduos éticos, (e+) e com valores morais (hy-), porém com menos rigidez. No vetor do ego a reação Sch (k- p+) confirmou o conflito da identidade de gênero (p+) presente em 73% desses indivíduos. A reação Sch (k+ p+) encontrada em 73% desses indivíduos mostrou desejo de um ideal diferenciado (p+), conquistas intelectuais, pessoais e materiais. O conjunto do perfil (h+) e (k+ p+) mostrou que estes pacientes estão permitindo o reconhecimento e a introjeção desse corpo físico e dos desejos eróticos (h+). Porém, pela sobrecarga no fator (p+!) em alguns pacientes indicou um narcisismo inflativo da imagem feminina idealizada. As duas reações do ego evidenciaram predominância de atitudes emocionais tipicamente relacionadas ao segundo estádio genital nestes pacientes, indicando uma evolução nos aspectos de funcionamento egóico e nos estádios da organização libidinal.

Tabela 9 - Numero de sujeitos femininos com transtorno especifico da identidade de gênero (TIG) que apresentaram mais que 50% de reações vetoriais Dur e Moll por vetor no período pré e pós-operatório

Reações vetoriais	**Vetor Sexual (S)**		**Vetor Afetivo (P)**		**Vetor do Ego (Sch)**		**Vetor de Contato (C)**	
	TIG-Pré	**TIG-Pós**	**TIG-Pré**	**TIG-Pós**	**TIG-Pré**	**TIG-Pós**	**TIG-Pré**	**TIG-Pós**
	n =8	n =8	n =8	n =8	n =8	n =8	n =8	n =8
0 0	2 (M)	2 (M)	2 (M)	4 (M)	0 (M)	1 (M)	2 (M)	1 (M)
0 +	6 (D) (75%)	5 (D) (63%)	1 (D)	0 (D)	1 (M)	1 (M)	5 (D) (63%)	6 (D) (75%)
0 -	2 (M)	1 (M)	6 (M) (75%)	6 (M) (75%)	2 (M)	2 (M)	1 (D)	2 (D)
0 ±	4 (M)	2(M)	0 (M)	1 (M)	0 (M)	0 (M)	3 (M)	3 (M)
± 0	0 (D)	1 (D)	3 (D)	0 (D)	2 (D)	3 (D)	0 (M)	1 (M)
± +	0 (D)	4 (D)	2 (D)	2 (D)	2 (D)	2 (D)	1 (M)	2 (M)
± -	0 (M)	0 (M)	3 (M)	2 (M)	5 (D) (63%)	5 (D) (63%)	1 (D)	0 (D)
± ±	1 (M)	0 (M)	2 (D)	0 (D)	1 (D)	3 (D)	0 (M)	0 (M)
+ 0	2 (D)	2 (D)	1 (M)	3 (M)	5 (D) (63%)	2 (D)	1 (D)	0 (D)
+ +	5 (D) (63%)	3 (D)	1 (M)	1 (M)	1 (M)	1 (M)	3 (M)	1 (M)
+ -	3 (M)	1 (M)	7 (M) (86%)	7 (M) (86%)	3 (D)	3 (D)	2 (D)	0 (D)
+ ±	1(M)	1 (M)	1 (M)	1 (M)	0 (M)	0 (M)	1 (M)	1 (M)
- 0	1 (D)	0 (D)	2 (D)	3 (D)	6 (D) (63%)	5 (D) (63%)	1 (D)	2 (D)
- +	2 (D)	5 (D) (63%)	0 (D)	0 (D)	2 (M)	4 (M) (50%)	7 (M) (86%)	7 (M) (86%)
- -	0 (M)	1 (M)	3 (D)	3 (D)	4 (D) (50%)		0 (D)	0 (D)
- ±	1 (D)	3 (D)	0 (D)	0 (D)	1 (M)	1 (M)	2 (D)	3 (D)

(D)= reações Dur; (M)= reações Moll TIG = transtorno Especifico da identidade de gênero.

No grupo feminino com transtorno especifico da identidade de gênero no período pré-operatório o perfil mais expressivo **[S(h0 s+)** ***(h+ s+)*** **P(e+ h-) Sch(k- p0)** ***(k± p-) (k- p-) (k+ p0)*** **C(d- m+]** mostrou predominância na direção pulsional Dur nos vetores, sexual e do ego (Tabela 9).

Na análise psicodinâmica do vetor sexual, a reação S (h0 s+) presente em 75% desses pacientes evidenciou a reação típica da inversão da pulsa sexual, com acentuado caráter viril para o sexo biológico feminino, com presença só da pulsão agressiva e com ausência da ternura (h0). A reação S(h+ s+) encontrada em 63% desses indivíduos também indicou uma sexualidade viril, adulta e adequada, na qual na busca da satisfação erótica há uma integração da ternura (h+) e do movimento ativo (s+). No vetor de contato a reação C(d- m+!!) presente em 86% desses pacientes mostrou um vínculo estável, porém com nível de ansiedade alta, provavelmente, pelo medo de não ser aceita no seu meio sócio-familiar (m+!!).

No vetor afetivo a reação P(e+ hy-!) encontrado em 86% dos pacientes indicou sensibilidade e ética (e+), mostraram rigidez moral pela sobrecarga no fator (hy-!) temor de serem avaliados e condenados e culpa e conflito ético (e+) pelas novas escolhas que fizeram nas suas vidas, pelo mecanismo da negação bloqueou as tendências de natureza erótica, ou desejos de serem aceitos e respeitados, outras vezes usando a dissimulação para esconderem seus reais afetos (hy-!).

No vetor do ego a reação Sch (k- p0) presentes em 63% desses sujeitos mostrou fixação em atitudes emocionais típicos ao estádio genital,

através do mecanismo de defesa da negação suprimiram da consciência as representações indesejáveis (p0), principalmente, os desejos eróticos, negando qualquer expressão destes (k-). A reação Sch (k+ p0) encontrado em 63% destes indivíduos mostrou aspectos do perfil narcisista, através só da introjeção (k+), o Eu tende a incorporar algo que substitua o objeto primitivo. Assim, mostraram fixação em funcionamentos psiquicos mais típicos da primeira fase anal, com uma atuação mais agressiva (s+) de ter as coisas e o outro. A reação Sch (k± p-) presente em 63% desses sujeitos caracterizou comportamentos explosivos, rígidos e obsessivos nas suas atitudes. Esses pacientes pela rigidez (k±) continuaram se camuflando (hy-).

No grupo feminino com transtorno especifico da identidade de gênero no período pós-operatório, com um ano no mínimo de grupoterapia após a cirurgia de transgenitalização, o perfil mais expressivo [***S(h- s+) (h0 s+) P(e+ hy-) Sch (k± p-)(k- p0)(C(d- m+)]*** mostrou predominância na direção pulsional Dur nos vetores sexual e do ego (Tabela 9).

Na análise psicodinâmica no vetor sexual a reação S (h0 s+) presente em 63% desses pacientes confirmou a reação típica da inversão do fim instintiva sexual (s+), com acentuado caráter viril para o sexo biológico feminino, predomínio da pulsão agressiva (s+) e ausência da ternura (h0). A reação S(h-! s+) encontrada em 63% desses pacientes caracterizou uma sexualidade viril, com elevado grau de frustração na satisfação da libido sexual. No contato a reação Cd- m+!) presente em 86% desses pacientes mostrou um vínculo estável, porém ainda com nível de ansiedade alta,

provavelmente, pelo receio de não serem aceitos na sua nova condição em seu meio sócio-familiar (m+!).

No vetor afetivo a reação P(e+ hy-) presente em 86% dos pacientes demonstrou sensibilidade e ética (e+), porém com menos rigidez moral (hy-) e menos inibição dos desejos eróticos. No vetor do ego a reação Sch (k- p0) encontrado em 63% desses sujeitos mostrou fixação em funcionamentos psíquicos mais típicos do primeiro estádio genital, fase pubertária, evidenciando nesses pacientes nas atitudes emocionais uma evolução dos estádios da organização libidinal. Entretanto, ainda como defesa negam (k-), e tentam suprimir da consciência as representações indesejáveis (p0), como os desejos eróticos. A reação Sch (k± p-) presentes em 63% dos pacientes mantiveram aspectos de fixação mais típica da primeira fase anal, evidenciando na reação fatorial (k±) comportamentos rígidos e obsessivos nas suas atitudes emocionais. Nesses pacientes depois da cirurgia de adequação sexual, provavelmente, esteja ocorrendo a introjeção dessa nova identidade física masculina parcial e ao mesmo tempo, a negação desse corpo feminino, como defesa, para firmar a sua masculinidade.

Análise do teste H-T-P

Análise dos aspectos da identificação sexual

Dos 41 pacientes masculinos com transtorno específico da identidade de gênero 36 pacientes tiveram concordância na identificação feminina, 4 com identificação masculina e uma com identificação ambivalente.

Destas, no esquema corporal 19 pacientes apresentaram organização e 22 desorganização, sendo 18 pacientes, principalmente na parte inferior da figura humana relacionada com dificuldades ou conflitos na área sexual, 2 devido a problemas de organicidade e 2 devido a imaturidade e desajustamento sexual.

Dos 37 pacientes masculinos com transtorno de identidade de gênero sem outra especificação 20 apresentaram identificação masculina e 17 pacientes com identificação feminina. Os 37 pacientes apresentaram esquema corporal desorganizado, sendo que em 16 pacientes por dificuldades ou conflitos na área sexual, 10 por imaturidade sexual e 7 devido a desajuste sexual, 2 devido à negação dos impulsos sexuais masculinos e 2 por traços de homossexualidade.

Das 17 pacientes femininas com transtorno especifico de identidade de gênero 16 pacientes apresentaram identificação masculina e uma feminina. Na avaliação do esquema corporal, 14 apresentaram esquema corporal desorganizado, destes 12 pacientes por conflitos na área sexual, 2 devido a imaturidade e desajustamento sexual.

Das 9 pacientes femininas com transtorno de identidade de gênero sem outra especificação 6 apresentaram identificação masculina, uma identificação feminina e duas com identificação ambivalente. No esquema corporal as 9 pacientes apresentaram esquema corporal desorganizado, 5 relacionado a dificuldades ou conflitos na área sexual, 2 devido à imaturidade sexual e 2 a sexualidade desajustada.

Análise do relacionamento familiar e social

Dos 41 pacientes masculinos com transtorno específico da identidade de gênero 33 apresentaram relações familiares inadequadas; destes 10 pacientes apresentaram sentimento de rejeição parental, 8 pacientes necessidade de afeição, proteção e aceitação parental, 6 pacientes sentimento de dependência e carência afetiva da figura materna, 5 sentimentos de ausência simbólica ou concreta da figura paterna, e 4 conflito com a figura paterna. Nas relações sociais 12 pacientes mostraram necessidade de aceitação social, 8 evidenciaram sentimentos de agressividade e irritabilidade, 6 mostraram o nível de contato com a realidade comprometido, e 2 mostraram fragilidade para lidar com as pressões externas.

Dos 37 pacientes masculinos com transtorno de identidade de gênero sem outra especificação todos apresentaram dificuldades nas relações familiares. Destes 12 por apresentaram sentimentos de rejeição parental, 8 por desestruturação e conflito familiar, 6 sentimentos de ausência simbólica ou concreta da figura paterna, 5 necessidade de afeição, proteção e aceitação parental, 4 conflito com a figura materna e 2 conflitos com a figura paterna. Nas relações sociais os 37 pacientes apresentaram dificuldade no contato, sendo que 14 pacientes apresentaram nível de contato com a realidade comprometido, 10 sentimentos de agressividade e irritabilidade, 6 rejeição social, principalmente devido a preconceitos, 4 por perda da capacidade ou fragilidade para lidar com as pressões externas, 3 por rigidez da personalidade e uma pela imaturidade.

As relações familiares das 17 pacientes femininas com transtorno específico de identidade de gênero eram inadequadas, em 5 pacientes devido a necessidade de afeição, proteção e aceitação parental, em 4 por sentimento de ausência simbólica ou concreta da figura paterna, em 4 por conflito com a figura materna, em 3 devido a desestruturação familiar e em uma por conflito com figura paterna. Nas relações sociais 14 pacientes mostraram inadequação social, 6 por rigidez da personalidade, 3 por fragilidade para lidar com as pressões externas, 3 devido a necessidade de aceitação social, uma por sentimentos de rejeição social e uma por ter atitudes de agressividade e irritabilidade.

Das 9 pacientes femininas com transtorno de identidade de gênero sem outra especificação nas relações familiares: 5 apresentaram conflito com a figura materna, 2 sentimentos de ausência simbólica ou concreta da figura paterna, 1 necessidade de afeição, proteção e aceitação parental e 1 paciente devido desestruturação e conflito familiar. Todas as pacientes apresentaram conflitos sociais, 3 por apresentaram nível de contato com a realidade comprometido, 3 por rigidez da personalidade, 2 com sentimentos de rejeição social em uma por sentimentos de agressividade e irritabilidade.

A *análise dos aspectos psicodinâmicos da personalidade*

Dos 41 pacientes masculinos com transtorno especifico da identidade de gênero na qualidade de organização egoica mostraram aspectos mais típicos da fase de organização primitiva em 6 pacientes, em 35 em fase de uma organização pouco diferenciada. Em 24 pacientes observamos atitudes emocionais mais típicas do estádio sádico anal inicial, em 11 pacientes do estádio sádico anal ulterior e em 6 pacientes do estádio sádico oral ulterior.

Das 37 pacientes masculinos com transtorno de identidade de gênero sem outra especificação, na organização egoica 28 pacientes mostraram aspectos mais típicos da fase primitiva e 9 pacientes da fase pouco diferenciado. Em 21 pacientes observamos aspectos mais típicos do estádio sádico oral, em 7 da oral inicial, em 6 da anal inicial e em 3 da anal ulterior.

Das 17 pacientes femininas com transtorno especifico da identidade de gênero 4 apresentaram aspectos mais típicos da fase de organização egoica primitiva e 13 pacientes de uma fase pouco diferenciado. Em 8 pacientes observamos aspectos mais típicos do estádio sádico anal inicial, em 5 do sádico ulterior e em 4 do estádio sádico oral.

Das 9 pacientes femininas com transtorno de identidade de gênero sem outra especificação todas as pacientes apresentaram aspectos mais típicos da fase de organização egoica primitiva. Em 8 pacientes observamos aspectos típicos do estádio sádico oral e em uma paciente do oral inicial.

Análise do teste H-T-P dos grupos masculinos e femininos dos pacientes com transtorno da identidade de gênero específico nos períodos pré e pós-operatório

Análise dos aspectos da identificação de gênero

Dos 11 pacientes masculinos com transtorno específico da identidade de gênero no período pré-operatório todos os pacientes apresentaram identificação feminina. No período pós-operatório, 10 pacientes mantiveram a identificação feminina e uma paciente apresentou identificação masculina.

Observamos que houve melhora da organização do esquema corporal em apenas uma paciente e persistência de dificuldades e conflitos na área sexual em 3 pacientes.

Das 8 pacientes do sexo feminino com transtorno específico da identidade de gênero todos os pacientes apresentaram identificação masculina, exceto um paciente, na avaliação pré-operatória. A avaliação pós-operatória mostrou persistência da identificação masculina em 6 pacientes enquanto que um paciente apresentou identificação feminina e um paciente mostrou identificação ambivalente. Observamos que houve uma melhora na organização do esquema corporal em 3 pacientes e redução dos conflitos sexuais em 5 para 3 pacientes.

Análise do relacionamento familiar e social

Pacientes do sexo masculino: Dos 11 pacientes com transtorno específico da identidade de gênero todos os pacientes apresentaram relações familiares inadequadas no período pré-operatório. Desses, 3 pacientes apresentaram sentimento de rejeição parental, 2 pacientes necessidade de afeição, proteção e aceitação parental, 2 pacientes conflitos com a figura materna, 2 pacientes conflitos com a figura paterna, 1 paciente desestruturação e conflito familiar e 1 paciente dependência e carência afetiva da figura materna.

No pós-operatório só 7 pacientes apresentaram relações familiares mais estruturadas e 4 pacientes mantiveram os sentimentos de rejeição parental ou necessidade de proteção e aceitação parental. Todos os

pacientes apresentaram relações sociais inadequadas no período pré-operatório. Desses, 4 pacientes por atitudes de agressividade e irritabilidade, 3 pacientes por sentimentos de rejeição social, 2 pacientes por rigidez da personalidade, 1 paciente devido à necessidade de aceitação social e 1 paciente por nível de contato com a realidade comprometido. No pós-operatório houve melhora nas relações sociais em 5 pacientes enquanto que 6 pacientes mantiveram a inadequação social.

Pacientes do sexo feminino: Todos os 8 pacientes com transtorno específico da identidade de gênero apresentaram no período pré-operatório relações familiares inadequadas, 3 pacientes por conflito com a figura materna, 2 pacientes por necessidade de afeição, proteção e aceitação parental, 1 paciente devido à ausência simbólica ou concreta da figura paterna, 1 paciente por conflito com figura paterna e em 1 paciente devido a desestruturação e conflito familiar. No período pós-operatório, 4 pacientes apresentaram relações familiares adequadas, enquanto que 4 mantiveram sentimentos de rejeição parental, necessidade de afeição, proteção e aceitação parental ou desestruturação e conflito familiar.

Nas relações sociais no pré-operatório 6 pacientes apresentaram relações inadequadas, 2 pacientes por rigidez da personalidade, 2 pacientes devido a perda da capacidade ou fragilidade para lidar com pressões externas, 1 paciente por ter atitudes de agressividade e irritabilidade e 1 pacientes por imaturidade. No pós-operatório houve melhora das relações sociais em 4 pacientes com persistência só da inadequação social em 4 pacientes.

A *análise dos aspectos psicodinâmicos da personalidade*

Pacientes do sexo masculino: das 11 pacientes com transtorno especifico da identidade de gênero no período pré-operatório, na organização egoica 9 mostraram aspectos mais típicas da fase pouco diferenciado e 2 da fase primitivo, com atitudes emocionais relacionadas ao estádio sádico anal inicial em 6 pacientes, do sádico anal ulterior em 3 pacientes e do sádico oral ulterior em 2 pacientes. No período pós-operatório houve predominância da fase egoica pouco diferenciado em 10 pacientes, porém com melhor organização egoica em 7 pacientes. Na organização libidinal houve melhora em 5 pacientes; 2 pacientes passaram do estádio sádico oral para anal inicial, 4 pacientes passaram da sádica anal inicial para a sádica anal ulterior, 1 paciente passou da sádica anal inicial para a genital inicial e 4 pacientes mantiveram os estádios pré-operatórios (Tabela10).

Sexo feminino: Das 8 pacientes com transtorno específico da identidade de gênero no período pré-operatório, 6 mostraram uma organização egoica mais típica da fase pouco diferenciada e 2 pacientes da fase primitiva. Destes 3 pacientes mostraram aspectos mais típicos do estádio sádico anal inicial, 3 pacientes do estádio sádico anal ulterior e 2 do estádio sádico oral ulterior. No período pós-operatório houve predominância ainda dos aspectos egoicos típicos da fase pouco diferenciado. No entanto houve maturação dos estádios libidinais em 6 pacientes, 3 passaram do sádico anal inicial para o sádico anal ulterior, 2 passaram do sádico oral ulterior para sádico anal inicial e 1 paciente do anal ulterior para o genital inicial e 2 pacientes mantiveram-se no estádio pré-operatório (Tabela 10).

Tabela 10 - Avaliação dos estádios do desenvolvimento psicossexual no período pré e pós-operatórios de pacientes com transtorno da identidade de gênero especifico.

Estádios do desenvolvimento	**TIG Masculino n=11**		**TIG Feminino n=8**	
	Pré Op.	Pós Op.	Pré Op.	Pós Op.
Oral Inicial				
Sádico oral ulterior	2		2	
Sádico anal inicial	6	4	3	2
Sádico anal ulterior	3	6	3	5
Genital Inicial		1		1
Genital final				

TIG = transtornos especifico da identidade de gênero TIGSOE = transtornos da identidade de gênero sem outra especificação, Pré Op = Pré-operatório, Pós Op = Pós-operatório.

Avaliação dos grupos com transtorno da identidade de gênero específico e sem outra especificação pelo teste H.T.P. e pelo teste Szondi

Comparação da identidade de gênero pelos testes H-T-P e Szondi

Pacientes do sexo masculino

Teste Szondi: dos 41 pacientes com transtorno específico de identidade de gênero, 33 apresentaram índice Moll e 8 índice bissexual enquanto que dos 37 pacientes masculinos com transtorno de identidade de gênero sem outra especificação, 32 apresentaram índice Dur ou bissexual e 5 apresentaram índice Moll (Tabela 11). A sensibilidade do teste para

identificação feminina nesses pacientes foi de 80%, a especificidade foi de 86%, a taxa de falso positivo foi de 14%, a taxa de falso negativo foi de 20%, o valor preditivo positivo (VPP) foi de 87% e o valor preditivo negativo (VPN) foi de 80% com acurácia de 83% (Tabela 12).

Teste H-T-P: dos 41 pacientes masculinos com transtorno específico de identidade de gênero, 36 apresentaram identificação feminina e 5 identificação masculina ou bissexual enquanto que dos 37 pacientes masculinos com transtorno de identidade de gênero sem outra especificação 17 apresentaram identificação feminina e 20 identificação masculina ou bissexual (Tabela 11). A sensibilidade do teste para identificação feminina foi de 88%, a especificidade foi de 54%, a taxa de falso positivo foi de 46%, a taxa de falso negativo foi de 12%, o VPP foi de 68% e VPN foi de 80% com acuácia de 72% (Tabela 12).

Pacientes do sexo feminino

Teste Szondi: dos 17 pacientes com transtorno específico de identidade de gênero, 16 apresentaram índice Dur e 1 índice bissexual enquanto que dos 9 pacientes com transtorno de identidade de gênero sem outra especificação, 3 apresentaram índice Dur 6 apresentaram índice Moll ou bissexual (Tabela 11). A sensibilidade do teste para identificação masculina nesses pacientes foi de 94%, a especificidade foi de 67%, a taxa de falso positivo foi de 33%, a taxa de falso negativo foi de 6%, o valor preditivo positivo (VPP) foi de 84% e o valor preditivo negativo (VPN) foi de 86% com acurácia de 85% (Tabela 13).

Teste H-T-P: dos 17 pacientes com transtorno da identidade de gênero específico, 16 apresentaram identificação masculina e 1 identificação feminina enquanto que dos 9 pacientes com transtorno de identidade de gênero sem outra especificação, 6 apresentaram identificação masculina e 3 identificação feminina ou bissexual (Tabela 11). A sensibilidade do teste para identificação masculina foi de 94%, a especificidade foi de 33%, a taxa de falso positivo foi de 67%, a taxa de falso negativo foi de 6%, o VPP foi de 73% e VPN foi de 75% com acurácia de 73%Tabela 13).

Tabela 11 - Comparação da identidade de gênero obtida nos testes H-T-P e Szondi em pacientes autodenominados transexuais masculinos e femininos diagnosticados pelos critérios do DSM-IV TR, 2000 e do CID-10, 1993.

Grupo de **Pacientes**	Critérios **DSM-IV**	Teste **Szondi**			Teste **H-T-P**		
		Dur	Moll	Bi	IM	IF	Amb.
Auto Denominados Transexuais Masculinos (n = 78)	TIG n= 41 (100%)	0%	n=33 80,5%	n=8 19,5%	n=4 9,75%	n=36 87,8%	n=1 2,45%
	TIGSOE n= 37 0%	n=24 65%	n=5 13,51%	n=8 21,62%	n=20 54,05%	n=17 45,95%	0%
Auto Denominados Transexuais Femininos (n = 26)	TIG n= 17 (100%)	n=16 94,12%	0%	n=1 5,88%	n=16 94,12%	n=1 5,88%	0%
	TIGSOE n= 9 0%	n=3 33,33%	n=5 55,56%	n=1 11,11%	n=6 66,67%	n=1 11,11%	n=2 22,22%

TIG = transtorno especifico da identidade de gênero TIGSOE = transtornos de identidade de gênero sem outra especificação Dur = índice Dur, Moll =índice Moll, Bi = índice Bissexual, IM= identificação masculina, IF = identificação feminina, Amb.= ambivalente.

Tabela 12 - Análise das propriedades dos testes Szondi e H-T-P na avaliação da identidade de gênero de pacientes masculinos com transtorno especifico da identidade de gênero e com transtornos de identidade de gênero sem outra especificação.

Pacientes	**Szondi**		**H-T-P**	
Grupo Masculino	Moll	Dur ou Bi	IF	IM ou Amb
TIG (n=41)	33	8 Bi	36	4 IF
TIGSOE (n=37)	5	24 Dur	17	20 IM
Sensibilidade	80%		88%	
Especificidade	86%		54%	
Taxa de falso +	14%		46%	
Taxa de falso -	20%		12%	
VPP	87%		68%	
VPN	80%		80%	
Acurácia	83%		72%	

TIG = transtorno especifico da identidade de gênero, TIGSOE = transtornos de identidade de gênero sem outra especificação, Moll = índice Moll, Dur = índice Dur, Bi = índice Bissexual. IF = ientificação feminina, IM= identificação masculina, Amb.= ambivalente.

Tabela 13 – Análise das propriedades dos testes Szondi e H-T-P na avaliação da identidade de gênero de pacientes femininos com transtorno especifico da identidade de gênero e com transtornos de identidade de gênero sem outra especificação.

Pacientes	**Teste Szondi**		**Teste H-T-P**	
Grupo Feminino	Dur	Moll ou Bi	IM	IFou Amb
TIG (n=17)	16	1 Bi	16	1 IF
TIGSOE (n=9)	3	5 Moll	6	2 Bi
Sensibilidade	94%		94%	
Especificidade	67%		33%	
Taxa de falso +	33%		67%	
Taxa de falso -	6%		6%	
VPP	84%		73%	
VPN	86%		75%	
Acurácia	85%		73%	

TIG = transtorno especifico da identidade de gênero, TIGSOE = transtornos de identidade de gênero sem outra especificação, Dur = índice Dur, Moll = índice Moll, Bi = índice Bissexual. IM= identificação masculina, IF = identificação feminina, Amb.= ambivalente.

Teste psicológico de Inteligência não verbal Forma C (INV-Forma C)

Dos pacientes autodenominados transexuais masculinos e femininos, 90% apresentaram nível de inteligência entre média a superior, mostrando capacidade de verbalizar idéias, compreender instruções, resolver situações e problema propostos. Portanto, esses pacientes têm condições intelectuais de se responsabilizarem pela cirurgia de trangenitalização quando indicada.

No período pós-cirúrgico nenhum dos pacientes masculinos com transtorno específico da identidade de gênero mostrou arrependimento por ter realizado a cirurgia de transgenitalização, embora tenham ainda que lidar com a frustração de possíveis cirurgias de correção. Entretanto, mostraram uma melhora significativa na qualidade de vida, firmando a sua feminilidade nas atitudes e papéis sociais, porém não mais com tanta angústia pelo temor de serem rejeitados ou terem sua feminilidade contestada. Das onze pacientes avaliadas cinco já fizeram a mudança do nome masculino para o feminino e destas duas casaram legalmente, três têm relacionamento marital, três pacientes já fizeram a mudança de nome e três estão em processo de mudança de nome e iniciando relacionamento afetivo. Depois da mudança de nome, por não temerem mais o constrangimento social 4 pacientes buscaram novos objetivos profissionais, alguns deles voltando a estudar, outros saindo da opressão e submissão dos empregadores e de atividades que anterior a cirurgia se submeteram pela necessidade de sobrevivência. Seis pacientes que estavam ainda distantes das suas familiares e cidades de origem reconstruíram seus vínculos familiares e

sociais, conquistando de fato o reconhecimento como mulher. Mostraram mais segurança, confiança social, equilíbrio emocional e dignidade pessoal.

No período pós-cirúrgico nenhum dos pacientes femininos com transtorno específico da identidade de gênero também mostrou arrependimento por ter realizado a cirurgia de transgenitalização, embora tenham ainda que lidar com a frustração da limitação cirúrgica. Entretanto, mostraram uma melhora significativa na qualidade de vida, firmando com obstinação a sua masculinidade nas atitudes e papéis sociais, porém não mais com tanta angústia pelo temor de serem rejeitados ou terem sua masculinidade contestada. Alguns destes pacientes apresentaram tensões musculares pela rigidez da parte superior do corpo para sustentar uma cobrança imposta por eles próprios. Dos oito pacientes avaliados sete já fizeram a mudança do nome feminino para o masculino e destes três casaram legalmente, dois têm relacionamento marital, cinco constituíram famílias, sendo que três pacientes assumiram a paternidade dos filhos biológicos das parceiras. Um paciente está em processo de mudança de nome e iniciando relacionamento afetivo. Depois da mudança de nome, por não temerem mais o constrangimento social, 5 pacientes buscaram novos objetivos profissionais, alguns deles voltando a estudar, outros saindo da opressão e submissão dos empregadores e de atividades que anterior a cirurgia se submeteram pela necessidade de sobrevivência. Muitos destes pacientes que estavam ainda distantes das suas familiares e cidades de origem reconstruíram seus vínculos familiares e sociais, conquistando de fato o reconhecimento como homem. Mostraram mais segurança, confiança social, equilíbrio emocional e dignidade pessoal.

6 DISCUSSÃO

O transtorno da identidade de gênero sempre existiu em todas as culturas e povos e é conhecido e descrito com vários nomes desde os tempos da mitologia grega. Esse transtorno gera problemas de ordem social, médica, religiosa, ética, legal e psicológica.

O diagnóstico preciso desse transtorno é de fundamental importância uma vez que a cirurgia de transgenitalização é irreversível. A sua complexidade e a falta de diretrizes específicas, mostra a necessidade de pesquisas pela busca de métodos e instrumentos psicológicos aptos para diagnosticar estes transtornos.

O estudo atual teve o objetivo de verificar a aplicabilidade do teste projetivo de Szondi como instrumento complementar da avaliação dos aspectos da psicossexualidade em pacientes autodenominados transexuais além de avaliar os efeitos da cirurgia de transgenitalização nos aspectos psicodinâmicos da personalidade dos pacientes.

O diagnóstico do transtorno de identidade de gênero está atualmente baseado no DSM-IV TR-2000, no CID-10 e nos padrões de Cuidados para Transtornos de Identidade de Gênero, 6ª versão (HBIGDA, 2001) adotados pela Associação Internacional Harry Benjamin de Disforia de Gênero.

Em nosso estudo utilizamos da mesma forma que a Associação Internacional Harry Benjamin de Disforia de Gênero, os critérios diagnósticos do DSM-IV, TR 2000 seguidos pela análise psicoterápica de grupo por um

período mínimo de 2 anos (critério CID10, 1998) como padrão ouro do diagnóstico de transtorno específico da identidade de gênero. Os pacientes que preencheram todos os critérios diagnósticos do DSM-IV, TR 2000 e CID10 tiveram o diagnóstico de transtorno específico da identidade de gênero confirmado pelo acompanhamento em psicoterapia de grupo. No entanto um grupo de pacientes do sexo masculino e feminino, autodenominados transexuais, não preencheu todos os critérios do DMS-IV e do CID-10 e foram classificados como portadores de transtorno de identidade de gênero sem outra especificação. Neste grupo os critérios ausentes na infância se referiam à ausência do desejo imperativo de ser ou ter preferência por atitudes e papéis do sexo oposto, indiferença em relação ao sexo dos companheiros e com o desenvolvimento das características sexuais do sexo biológico na adolescência e ausência de desconforto nas relações com parceiros do mesmo sexo na idade adulta.

Há poucos estudos utilizando instrumentos psicológicos como auxiliares no diagnóstico de transexualismo. Nenhum estudo de avaliação, de pacientes com transtorno especifico da identidade de gênero pelo teste de Szondi e teste do H-T-P foi encontrado na literatura. No entanto o teste de Szondi foi amplamente utilizado em estudos com indivíduos com transtornos sexuais (33 e 36). Este teste possibilita compreender e avaliar os aspectos psicodinâmicos da personalidade e da psicossexualidade e a dimensão de masculinidade e feminilidade de cada indivíduo através do método das proporções psicossexuais e o índice psicossexual nos quatro vetores do sistema pulsional (33).

Teste de Szondi

O presente estudo também possibilitou verificar a validade da aplicabilidade do teste Szondi nos dias atuais considerando as grandes modificações psico-sócio-culturais dos últimos 40 anos. Para este fim, determinamos o índice psicossexual de uma amostra da população brasileira autodenominada heterossexual masculina e feminina, como grupo controle para comparação com os grupos masculinos e femininos com transtornos da identidade de gênero.

A comparação entre heterossexuais masculinos e femininos da proporção Moll total no teste Szondi, mostrou diferença estatisticamente significante entre os dois grupos. Os indivíduos do sexo masculino apresentaram maior proporção Dur total e no vetor do ego em relação aos indivíduos do sexo feminino, que apresentaram maior proporção Moll total e no vetor do ego. Os índices psicossexuais do grupo controle masculino (1,44 Dur:1 Moll) e feminino (1,5 Moll:1 Dur) mostraram concordância com os índices psicossexuais que Szondi encontrou na validação do método quais sejam índice ≥1,3 Dur:1 Moll para o sexo masculino e 1 Dur ≥1,3 Moll para o sexo feminino indicando que o teste continua válido nos dias de hoje (33). Esses resultados quantitativos do grupo controle mostraram que o método das proporções Dur e Moll diferencia os heterossexuais masculinos e femininos, além de mostrar que estes indivíduos não apresentaram conflito de identidade de gênero. Em síntese, esses indivíduos estão em harmonia com seu sexo e gênero sem conflito de identidade de gênero e apresentam comportamentos, atitudes e papéis em concordância com seu sexo biológico.

A comparação da proporção Moll total entre os grupos masculinos com transtorno especifico da identidade de gênero, heterossexuais e com transtornos de identidade de gênero sem outra especificação mostrou diferença estatisticamente significante. Entretanto a proporção Moll total foi semelhante nos grupos de heterossexuais femininos e no grupo masculino com transtorno especifico da identidade de gênero indicando maior presença de tendências do sexo feminino nestes pacientes. Por outro lado o grupo masculino com transtorno de identidade de gênero sem outra especificação apresentou proporção Moll semelhante a dos heterossexuais masculinos. Esses resultados quantitativos mostraram que o método das proporções Dur e Moll também foi capaz de diferenciar os grupos masculinos com transtorno especifico da identidade de gênero e com transtorno da identidade de gênero sem outra especificação.

Na análise individual por vetores houve diferença estatisticamente significante na comparação da proporção Moll no vetor afetivo, do ego e sexual entre os grupos masculinos com transtorno específico da identidade de gênero e com transtorno de identidade de gênero sem outra especificação; da mesma forma a proporção Moll no vetor do ego e sexual não foi semelhante no grupo masculino com transtorno específico da identidade de gênero e heterossexuais masculinos. Observamos também que a proporção Moll nos vetores sexual, afetivo, do ego e do contato entre o grupo masculino com transtorno especifica da identidade de gênero e o grupo de heterossexuais femininas foi semelhante, enquanto que houve diferença estatisticamente significante entre as heterossexuais femininas e o

grupo masculino com transtorno de identidade de gênero sem outra especificação. No grupo masculino com transtorno especifico da identidade de gênero a maior proporção Moll no vetor sexual, indicou a inversão da direção pulsional sexual, isto é, as tendências do fator h (feminilidade) predominaram sobre as tendências do fator s (masculinidade). A maior proporção Moll no vetor do ego indicou conflito da identidade sexual, isto é, conflito entre o sexo biológico masculino e a identidade de gênero oposta ao seu sexo biológico. Essas pacientes diferentemente das heterossexuais femininas, provavelmente como necessidade de firmar sua feminilidade, tendem a assumir comportamentos e atitudes de forma mais passiva e dependente desempenhando papéis característicos do sexo feminino como as funções de dona de casa.

Nos grupos femininos com transtorno especifico da identidade de gênero *e* de heterossexuais a comparação na proporção Moll total mostrou diferença estatisticamente significante, com predomínio da proporção Dur no primeiro grupo, o qual apresentou níveis semelhantes da proporção Dur da encontrada nos heterossexuais masculinos. Por outro lado não houve diferença na proporção Moll entre o grupo feminino com transtorno especifico da identidade de gênero e grupo com transtorno da identidade de gênero sem especificação provavelmente pelo pequeno número da amostra. Esses resultados quantitativos mostraram que o método das proporções Dur e Moll também diferencia o grupo feminino com transtorno especifico da identidade de gênero dos heterossexuais femininos, mas não do grupo heterossexual masculino.

Na análise individual por vetores não houve diferença estatisticamente significante na comparação da proporção Moll nos vetores sexual, afetivo, do ego e de contato entre o grupo feminino com transtorno específico da identidade de gênero e os grupos femininos com transtorno da identidade de gênero sem outra especificação e heterossexuais, assim como com os heterossexuais masculinos. A ausência de diferença significante na proporção Moll em cada vetor observada no sexo feminino pode ser explicada pelo pequeno número da amostra nos grupos com transtorno de identidade de gênero.

A análise psicodinâmica dos aspectos da personalidade dos indivíduos dos quatro grupos foi realizada pela dialética dos quatro vetores, nos perfis mais expressivos por grupo. Essa análise permitiu observar os mecanismos psíquicos, os movimentos pulsionais utilizados para adaptação às exigências exteriores e as direções das tendências de masculinidade (Dur) e de feminilidade (Moll).

O grupo controle de heterossexuais masculinos evidenciou as tendências de masculinidade nos quatro vetores no perfil mais representativo e caracterizou o perfil do homem trabalhador braçal S(h+ s+) P(e- hy-) Sch(k- p-) C(d0 m+)], já encontrado nos estudos de Szondi (33). Esse perfil é freqüentemente encontrado em diversos estudos de heterossexuais masculinos de Szondi e de Soto Yárritu (33). Estes sujeitos apresentaram uma sexualidade viril, integrada, não sublimada, no qual o ato sexual é mais importante do que a escolha da parceira. Mostraram um contato viril e desprendido, com ausência de interesse na busca de novos

objetivos de vida, e outros mostraram um contato estável nas suas relações afetivas, sociais e profissionais. Na afetividade evidenciou sensação de ansiedade e opressão, pela ameaça de irromper as emoções agressivas reprimidas. Na dinâmica do ego prevaleceu o perfil típico masculino do trabalhar braçal, que caracteriza pessoas adaptadas, com poucas aspirações intelectuais, submissas ao principio da realidade, que preservam valores sociais, religiosos e culturais, porém sem criatividade e iniciativa, com predomínio de atitudes emocionais típicamente relacionados ao estádio genital.. Esse perfil do trabalhador braçal correspondeu à amostra masculina de heterossexuais, composta na maioria por trabalhadores da área de manutenção e serviços gerais de uma empresa pública, com nível escolar fundamental e médio e poucas ambições profissionais.

Nas heterossexuais femininas o perfil mais representativo [*S(h+ s±)(h+ s+) P(e+ hy-) Sch(k- p+) C(d- m+)]* mostrou predominância das tendências de feminilidade nos quatro vetores. Este perfil mostrou uma sexualidade normal e integrada com integração da ternura e a ação, algumas vezes com sinais de passividade ou masoquismo, no entanto essas mulheres mostraram atitude mais ativa sem perder a ternura na busca da sexualidade ou de outras necessidades. Esses aspectos parecem refletir o perfil da mulher atual, que exige maior ação e agressividade, nas atitudes e papéis sócio-familiares, provedoras do lar e com necessidade de conquistar espaço no mercado de trabalho até então considerado masculino. No vetor de contato mostraram um contato estável nas suas relações, e mostraram uma afetividade feminina, valores éticos, humanistas e morais, com

conformidade social. Na dinâmica do ego mostraram um perfil feminino, aspirações e ideais de ser e de ter reconhecimento social e realizar projetos ambiciosos, porém o ego inibiu a realização desses ideais porque os sujeitos sentem-se incapazes de obtê-los e realizá-los, por acharem que suas aspirações estão além das exigências da realidade. Essa dinâmica do ego caracteriza aspectos de um “eu inibido” e de recursos psíquicos mais típicos do estádio genital.

No grupo masculino com transtorno especifico da identidade de gênero na análise psicodinâmica do perfil mais representativo mostrou tendências femininas nos quatro vetores. Evidenciou a inversão da direção da pulsão sexual nestes sujeitos, sem busca de satisfação libidinal, passividade nas relações sociais, profissionais e em particular com o parceiro. No contato mostraram um vínculo estável, porém se sentem inseguros ou frustrados, aderindo-se ao objeto do desejo, de forma passiva e dependente. Mostraram ansiedade de serem aceitos, amados e reconhecidos pelo olhar do outro, no meio familiar e social, na imagem que se vêem de si mesmos, para então terem a completude da imagem corporal e da identidade de gênero desejada. Essa questão remete a Lacan (1998) quando se refere que - a constituição do “eu” esta relacionada com a formação da imagem do corpo e se completa pelo olhar do outro. Traços passivos-dependentes também foram identificados em 51 homens que buscaram a cirurgia de redesignação sexual (44). Outros estudos também encontraram um vinculo simbiótico, com aderência ao objeto (figura materna) associado à ausência da figura paterna em transexuais masculinos

(28) (45). Na afetividade eles mostraram sensibilidade e ética, rigidez moral e temor de serem julgados e condenados, com culpa e conflito ético pelas suas escolhas. Estes aspectos associados à inibição dos seus verdadeiros afetos dificultaram a expressão de desejos de natureza erótica e da necessidade de serem respeitados e reconhecidos. Na dinâmica do ego mostraram aspectos femininos, com conflito da identidade sexual, indicando uma cisão entre o sexo biológico e a identidade de gênero. Pelo mecanismo da negação e da inibição as sensações eróticas desse corpo foram suprimidas da consciência, não permitindo a introjeção e o reconhecimento do corpo erógeno e das suas sensações eróticas, pela rejeição do corpo biológico. Outro estudo em pacientes transexuais também verificou ausência de investimento libinal, pela rejeição do corpo e aversão aos genitais, negadas como zonas erógenas (46). Outros pacientes por serem críticos de si próprios e dos outros, inibem a sua vida, vivem uma vida imaginária com uma imagem idealizada de si mesmos, com negação do próprio eu. Em outros, se evidenciou graves conflitos da identidade sexual, pela ambivalência das tendências femininas e masculinas presentes simultaneamente. Neste grupo, na dinâmica do ego evidenciou-se uma identidade desorganizada, indefinida e confusa. O sujeito busca várias formas de direção pulsional e de mecanismos de defesa, prevalecendo o mecanismo da negação, para lidar com os conflitos gerados pelo transtorno da identidade de gênero. Outro estudo em pacientes transexuais masculinos também evidenciou traços de negação (20). Ainda, houve pacientes que

mostraram funcionamentos psíquicos relativos à funcionamentos de frágil diferenciação e estruturação egóica, usando só a projeção como defesa.

No grupo masculino com transtorno da identidade de gênero sem outra especificação na análise psicodinâmica evidenciou predominância das tendências masculinas, mostrou uma sexualidade conflituosa, com uma busca mais agressiva na satisfação da pulsão sexual, caracterizando traços de sadismo ou perversão. Outros mostraram uma sexualidade fragilmente estruturada, com importantes fixações polimorfas e mais infantis. No contato evidenciaram vínculos com traços de funcionamento simbiótico com a figura materno, mais dependente e passivo, com ansiedade de aceitação. Outros evidenciaram vínculos de qualidades muito regredidas, inclusive com experiências de confusão no contato com a realidade, de indivíduos solitários sem vinculo com o mundo, como geralmente encontrado nos esquizofrênicos heberfrênicos (47). Na afetividade, mostraram ansiedade difusa e pânico interior, possivelmente, relacionados à sensação de rejeição ou abandono. Outro estudo de 67 pacientes que buscaram redesignação sexual também apresentou aspectos sado-masoquistas, de outras parafilias e traços semelhantes aos de quadros ansiosos (22) Na dinâmica do ego esses sujeitos evidenciaram aspectos viris, com poucas aspirações intelectuais, tendência a renúncia pela desvalorização acentuada dos seus desejos, o que geralmente aparece nos suicidas. Também evidenciaram aspectos de funcionamento egóico regredido, em que o sujeito utiliza demasiadamente a projeção como defesa.

O grupo feminino com transtorno especifico da identidade de gênero

evidenciou inversão da direção da pulsão sexual, mostrou aspectos de uma sexualidade viril e integrada, outros pacientes com uma busca mais agressiva da satisfação sexual e ausência da ternura. As sobrecargas das tendências agressivas nesses pacientes apareceram como defesa de suas aspirações eróticas e tendem a satisfazer suas necessidades de afirmação viril em atitudes e papéis sociais considerados masculinos. Na prática clinica tem-se demonstrado que a sobrecarga da pulsão sexual masculina na mulher, bloqueando a sua ternura e docilidade, pode caracterizar um grau elevado de insatisfação na vida sexual, pessoal e social (48). No contato evidenciaram um vínculo estável, porém mostraram ansiedade de serem aceitos, amados e reconhecidos pelo olhar do outro, no meio familiar e social, na imagem que se vêem de si mesmos, para então terem a completude da imagem corporal e da identidade de gênero desejada. Na afetividade mostraram sensibilidade e ética, rigidez moral, temor de serem julgados e condenados, culpa e conflito ético pela escolha que fizeram. Estes aspectos associados à inibição dos seus verdadeiros afetos dificultam a expressão dos desejos de natureza erótica e da necessidade de serem respeitados e reconhecidos. No contato mostraram um vínculo estável, porém se sentem inseguros ou frustrados, aderindo-se ao objeto do desejo, de forma passiva e dependente. Na dinâmica do ego nestas pacientes a maior proporção das tendências masculinas indicou o conflito na identidade sexual, uma cisão entre o corpo biológico e a identidade de gênero oposta ao sexo biológico. Pelo mecanismo da negação e da inibição as sensações eróticas foram suprimidas da consciência, não permitindo a internalização e

o reconhecimento do corpo erógeno e das suas sensações eróticas, pela rejeição do corpo biológico. Num outro estudo também nesses pacientes quase não houve investimento libinal por rejeição do corpo e de suas zonas erógenas, apesar de serem conhecidas por eles (46). Estes pacientes apresentaram um perfil típico do homem viril, com poucas aspirações intelectuais e com capacidade de se adaptar ao meio exterior (49). Esses pacientes de forma obstinada e com vigor assumem as tarefas de provedores financeiros e da paternidade dos filhos das parceiras nas suas famílias constituídas. Geralmente referem ausência simbólica ou física da figura paterna, ou pela presença de mães varonis, sem nenhuma vaidade feminina ou mães depressivas.

No grupo feminino com transtorno da identidade de gênero sem outra especificação a análise psicodinâmica das reações do perfil mais representativo indicou tendência feminina nos vetores; afetivo, do ego e de contato. No vetor sexual evidenciou uma sexualidade viril, com presença só da tendência agressiva, outras pacientes mostraram ambivalência quanto à forma da busca de satisfação erótica, com tendências sado-masoquistas. Num estudo de um grupo de mulheres com tendência masculina acentuada, Szondi identificou rigidez e agressividade, geralmente encontradas nas mulheres esquizofrênicas paranóicas (33). No contato mostraram um vínculo com nível de ansiedade alta e labilidade afetiva, com traços de funcionamento simbiótico com a figura materna. Nesses sujeitos se evidenciaram aspectos de funcionamento egoica regredido, atitudes emocionais mais típicos do estádio oral, em que os sujeitos utilizam muito a

projeção como defesa. Outros sujeitos evidenciaram aspectos narcisistas, com fixação em aspectos psíquicos mais tipicos do estádio anal e com uma forma agressiva de ter as coisas e o outro.

No grupo masculino com transtorno especifico da identidade de gênero no período pré-operatório a análise psicodinâmica das reações do perfil mais representativo indicou predomínio das tendências femininas para o sexo biológico masculino nos quatro vetores. Na sexualidade, na afetividade e contato evidenciando os mesmos aspectos do grupo geral masculino com transtorno especifico da identidade de gênero. Na dinâmica do ego destes pacientes também mostrou conflito da identidade sexual, indicando uma cisão entre o sexo biológico masculino e a sua identidade de gênero oposto ao seu sexo biológico destes pacientes, com negação do corpo erógeno e inibição das sensações eróticas desse corpo. Estes indivíduos por se sentirem julgados vivem uma vida imaginária com uma imagem idealizada de si mesmos, conforme as regras morais e sociais à qual pertencem com negação do próprio eu. Nesses sujeitos mostrou negação da projeção e da inflação, o que por um lado indicar abandono e a negação da mesma e por outro lado indicar a negação da castração simbólica. Também alguns sujeitos mostraram ausência do controle da inflação, sinalizando uso de mecanismos da fase narcísica primária, e funcionamento psíquicos mais típicos do segundo estádio oral, na qual os indivíduos querem ser vistos diferentes daquela que os outros os vêem.

No grupo masculino com transtorno especifico da identidade de gênero a avaliação no período pós-operatório confirmou as tendências femininas

nesse grupo, mostrou que essas pacientes saíram de uma posição passiva, ou de um estado depressivo, com atitude mais ativa e agressiva na busca das suas necessidades. Porém alguns pacientes ainda mostraram alto grau de ansiedade, provavelmente por ainda estarem finalizando etapas cirúrgicas. Na dinâmica do ego observou-se já estar ocorrendo reconhecimento e introjeção do novo corpo e das sensações eróticas. Mostraram menos rigidez moral e temor de serem rejeitados. Porém, ainda se evidenciou muita ansiedade, provavelmente por ainda estarem finalizando etapas cirúrgicas. Tais aspectos levam a reflexão de que após a finalização do processo transexualizador, melhores resultados dos aspectos emocionais poderão ser encontrados nestes pacientes.

Observamos um aumento na auto-estima nestes pacientes após um ano da primeira cirurgia de trasngenitalização, evidenciando o desejo de novas conquistas. Porém, parece que ainda há necessidade de um investimento libidinal nesse novo corpo, antes tão rejeitado e negado, para de fato ocorrer um reconhecimento melhor do mesmo, e só assim harmonização com a identidade feminina. Entretanto esses pacientes precisam também do reconhecimento no olhar do outro, daí a importância e necessidade da mudança do registro civil, do masculino para o feminino. Esse reconhecimento social firma a sua identidade feminina, além de libertá-la da dor do constrangimento social. Entretanto, foi evidenciada em alguns pacientes a perseguição obstinada pela imagem de um corpo feminino perfeito idealizado, através de várias cirurgias ou a exigência na correção de pequenos detalhes na cirurgia de adequação sexual, para evitar vestígios do

corpo masculino. Porque até mesmo após a mudança do nome social, ela terá que sobreviver nos intrincados e sutis movimentos de atitudes e papéis sejam eles simbólicos ou concretos do universo da mulher e do homem, que só lhe evidenciam a sua diferença. Os pacientes mais conscientes têm noção da realidade do seu limite físico, enquanto que os que continuam negando terão sempre dentro de si a cisão do corpo e da psique.

No grupo feminino com transtorno especifico da identidade de gênero no período pré-operatório a análise psicodinâmica do perfil mais representativo no vetor sexual, afetivo, do ego e de contato evidenciou os mesmos aspectos que o grupo geral feminino com transtorno especifico da identidade de gênero. Apenas nas reações no vetor do ego mostrou maior proporção das tendências de masculinidade, indicando conflito na identidade sexual, uma cisão entre o corpo biológico e a identidade de gênero oposta ao sexo biológico feminino.

No grupo feminino com transtorno especifico da identidade de gênero no período pós-operatório, depois de um ano no mínimo da primeira cirurgia de transgenitalização, a análise psicodinâmica do perfil mais expressivo confirmou a reação típica da inversão sexual, uma sexualidade viril, com predomínio da pulsão agressiva e ausência da ternura. Outros sujeitos mostraram elevado grau de frustração na satisfação da libido sexual, provavelmente, devido à repressão das suas aspirações eróticas e estes tendem a satisfazer suas necessidades de atividade ou afirmação viril pelas ações humanitárias de caráter agressivo. Estas atitudes emocionais evidenciam traços mais típicos de quadros neuróticos com o significado de

negação da castração, que aparecem nos conflitos de identidade. Na dinâmica do ego caracterizou sujeitos regidos por fortes reações a mudanças, tanto afetivos e profissionais e ainda mostraram rigidez na tomada de posição frente aos movimentos instintivos contrários. Parece que nesses pacientes depois da cirurgia de adequação sexual, provavelmente, esteja ocorrendo a introjeção dessa nova identidade física masculina e ao mesmo tempo, a negação do corpo feminino, como defesa, para firmar a sua masculinidade psíquica. Em relação ao pré-operatório, houve melhor estruturação do ego com uso de recursos mais maduros, relativos ao estádio libidinal genital inicial, porém ainda pela negação suprimiram da consciência as representações indesejáveis, principalmente, os desejos eróticos, desvalorizando e negando qualquer expressão destes.

No período pós-cirúrgico todos os pacientes do sexo masculino e do sexo feminino portadores de transtorno específico da identidade de gênero se mostraram satisfeitos por terem realizado a cirurgia de adequação sexual. Embora com alguma frustração pela limitação no processo de feminilização nos pacientes do sexo masculino, e de masculinização nos pacientes do sexo feminino. Todos mostraram uma melhora significativa na qualidade de vida e retomada do vínculo social, com reconstrução das relações sociais e familiares, mais segurança profissional, maior auto-estima pessoal, confiança social e equilíbrio emocional.

Teste H-T-P

Na análise dos aspectos psicodinâmicos do grupo masculino com transtorno especifico da identidade de gênero houve predomínio de mecanismos psíquicos de organizações egóicas pouco diferenciadas, relativas ao que é típico dos estádios sádico anal inicial e sádico anal ulterior. Evidenciaram uma relação de ambivalência e bissexualidade, por fixação de dinâmicas relacionais simbióticas, pela incorporação do objeto, com a qual houve identificação. Enquanto o grupo masculino com transtorno da identidade de gênero sem outra especificação evidenciou predomínio de funcionamentos psicossexuais mais regredidos (ego primitivo) que o grupo masculino com transtorno especifico da identidade de gênero. Assim como aspectos de funcionamento psíquico típico do estádio oral inicial evidenciou neste grupo um padrão relacional regredido e simbiótico, e fixações típicas do estádio sádico-orais ulteriores relacionam-se a traços de narcisismo primário, com incorporação total do objeto, relação simbiótica, de ambivalência e de bissexualidade.

Na análise psicodinâmica do grupo feminino com transtorno especifico da identidade de gênero houve predomínio de mecanismos psíquicos de organizações egóicas pouco diferenciadas, relativas ao que é mais típico dos estádios sádico anal inicial e sádico anal ulterior. Evidenciaram uma relação de ambivalência e de bissexualidade, por fixação de dinâmicas relacionais simbiótica, em que ainda não há pleno reconhecimento do ego. Este grupo evidenciou aspectos da personalidade menos regredidos e com

menos comprometimento emocional do que o grupo feminino com transtorno de identidade de gênero sem outra especificação. Neste último grupo houve predomínio de funcionamentos psicossexuais mais regredidos (ego primitivo). Assim como aspectos de funcionamento psíquico mais típico do estádio oral inicial evidenciou neste grupo um padrão relacional regredido e simbiótico, também mostrou fixações típicas do estádio sádico-orais ulteriores relacionam-se à traços de narcisismo primário, com incorporação total do objeto, relação simbiótica, de ambivalência e de bissexualidade. Traços mais típicos dos transtornos de personalidade mais dominantes do estádio oral inicial como depressão, esquizoidia, transtorno borderline e psicoses oralmente orientadas (adição) foram encontradas em alguns desses pacientes.

No grupo masculino de pacientes com transtorno especifico da identidade de gênero no período pós-operatório evidenciou melhor estruturação do ego em vários pacientes com uso de recursos mais maduros, relativos ao estádio libidinal, como o que acontece na transição entre o estádio sádico anal ulterior e genital inicial.

No grupo feminino de pacientes com transtorno da identidade de gênero específico no período pós-operatório também houve melhor estruturação do ego em vários pacientes com uso de recursos mais maduros, relativos ao estádio libidinal. Ainda com predomínio do estádio sádico anal-ulterior, porém com transição de alguns pacientes do estádio sádico anal-ulterior para o genital inicial.

A análise dos aspectos sócio-familiares pelo teste H-T-P em ambos os grupos, masculino e feminino, com transtorno específico da identidade de gênero mostrou melhor adequação nas relações familiares e sociais em relação aos grupos masculinos e femininos com transtorno da identidade de gênero sem outra especificação. Nestes últimos grupos houve maior presença de conflitos psíquicos e emocionais e de comprometimento dos vínculos afetivos.

A avaliação no pós-cirúrgico pelo teste Szondi confirmou as tendências de femininilidade nos transexuais masculinos assim como as tendências de masculinidade nos transexuais femininos e confirmou a estabilização psíquica nos vários aspectos da vida do paciente, familiar social e profissional. Porém em alguns pacientes observou-se ainda alta ansiedade, provavelmente por ainda estarem finalizando etapas cirúrgicas. Tais aspectos levam a reflexão de que após a finalização do processo transexualizador melhores resultados dos aspectos emocionais poderão ser encontrados nestes pacientes.

Os pacientes autodenominados transexuais masculinos e femininos mostraram um nível de inteligência entre média e a superior, indicando terem capacidade de verbalizar idéias e de se responsabilizar pela sua decisão de realizar a cirurgia de trangenitalização.

O diagnóstico do transtorno de identidade de gênero está atualmente baseado no DSM-IV TR-2000, no CID-10 e nos padrões de Cuidados para Transtornos de Identidade de Gênero, 6ª versão (HBIGDA, 2001) adotados

pela Associação Internacional Harry Benjamin de Disforia de Gênero que associa ambos os critérios. Entretanto nestes dois critérios o diagnóstico depende exclusivamente da avaliação subjetiva e da experiência do profissional. A validação de testes psicológicos para o diagnóstico dos transtornos de identidade de gênero é de grande importância visto o número crescente de pacientes com queixas de disforia sexual ou com transtornos de identidade de gênero sem outra especificação ou outros transtornos de identidade sexual, que procuram tratamento. No estudo atual analisamos as propriedades do teste Szondi e do teste do H-T-P num grupo de pacientes com transtornos da identidade de gênero classificados através dos critérios vigentes. Verificamos que a acurácia do teste Szondi foi maior que a do teste H-T-P no diagnóstico dos transtornos específicos da identidade de gênero à custa de uma maior especificidade frente a uma sensibilidade semelhante.

Outras comparações entre os dois testes projetivos indicam que o teste Szondi tem vantagens na sua aplicação, que é mais simples e rápida, porém exige uma formação teórica profunda em psicanálise e psicopatologia. A capacidade de avaliar os aspectos psicodinâmicos e psicopatológicos da personalidade do individuo é maior pelo teste Szondi, embora o teste do H-T-P também possibilite uma análise dos aspectos psicodinâmicos da personalidade.

O teste Szondi permite a avaliação dos aspectos da personalidade e dos aspectos psicossexuais, à captação estrutural dos dinamismos pulsionais inconscientes e dos mecanismos de defesa utilizados pelo ego para lidar com as situações externas. A análise da direção pulsional das

tendências de masculinidade e de feminilidade na vida sexual, afetiva de contato e do ego permite avaliar o que influi na construção da identidade de gênero. Esses dados podem auxiliar e complementar o diagnóstico de transtornos específicos da identidade de gênero e realizar o diagnóstico diferencial com outros transtornos. Além disto, a detecção de transtornos psíquicos, que podem ser causa ou efeito do transtorno da identidade de gênero, permite alertar o psicoterapeuta na indicação da cirurgia de transgenitalização.

7 CONCLUSÕES

1 - Os critérios diagnósticos do DSM-IV e do CID-10 aplicados a pacientes autodenominados transexuais identificaram 41 pacientes masculinos (52%) e 17 pacientes femininos (65%) como portadores de transtorno especifico da identidade de gênero.

2 - Os heterossexuais de uma amostra da população brasileira atual apresentaram o índice 1,44 Dur: 1 Moll total para o sexo masculino e o índice de 1,5 Moll:1 Dur total para o sexo feminino, índices esses semelhantes aos obtidos por Szondi em 1956. A comparação entre heterossexuais masculinos e femininos pelo teste Szondi mostrou diferença estatisticamente significante entre os dois grupos na proporção Dur e Moll total. Na análise individual da proporção Dur e Moll por vetores mostraram diferença estatisticamente significante entre os heterossexuais de ambos os sexos apenas no vetor do ego.

3 - O grupo masculino com transtorno especifico da identidade de gênero apresentou proporção Moll total maior (2 Moll) que a dos grupos masculinos de heterossexuais (1,44 Dur) e com transtorno de identidade de gênero sem outra especificação (1,38 Dur). Não houve diferença estatisticamente significante entre o grupo com transtorno especifico da identidade de gênero e as heterossexuais femininas.

4 - Todos os pacientes de ambos os sexos com transtorno especifico da identidade de gênero nos aspectos psicodinâmicos da personalidade evidenciaram a inversão da pulsão sexual no vetor sexual e o conflito da identidade de gênero no vetor do ego. O mesmo não se evidenciou nos pacientes de ambos os sexos com transtornos da identidade de gênero sem outra especificação.

5 - Todos os pacientes de ambos os sexos com transtorno especifico da identidade de gênero mostraram o predomínio de um ego pouco diferenciado, com características do estádio sádico anal inicial e sádico anal ulterior. O grupo masculino e feminino com transtorno especifico da identidade de gênero evidenciou melhor estruturação psíquica e desenvolvimento psicossexual que o grupo masculino com transtorno da identidade de gênero sem outra especificação.

6 - Todos os pacientes de ambos os sexos com transtorno especifico da identidade de gênero após o processo transexualizador mantiveram a inversão da pulsão sexual e o conflito da identidade de gênero confirmando o transtorno da identidade de gênero. Evidenciando uma significativa melhora na dinâmica da personalidade destes pacientes, com estabilização psíquica, afetiva e social.

7 - O teste Szondi mostrou maior acurácia (83%) na identificação feminina no grupo masculino com transtorno específico da identidade de gênero do que o teste H-T-P (72%). No grupo feminino, o teste

Szondi também mostrou maior acurácia (85%) na identificação masculina em pacientes com transtorno específico da identidade de gênero do que o teste H-T-P (73%).

8 - O teste Szondi é um instrumento auxiliar para a avaliação da psicossexualidade e dos aspectos estruturais e psicodinâmicos da personalidade de pacientes autodenominados transexuais de ambos os sexos

8 ANEXOS

9.1 Ficha de Identificação do paciente

9.2 Questionário dos critérios diagnósticos para transtorno da identidade de gênero estabelecido pela Associação Psiquiátrica Americana em seu Manual de Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais (DSM-IV-TR. APA, 2000)

Anexo I - Ficha de Identificação do Paciente

I – Dados do Paciente:

1- Classificação da Doença: .....

2- Nome: ..... RGHC : .....

3- Data de Nascimento : ..... / ..... / ..... 4- Naturalidade .....

5- Escolaridade: ..... 5.a Profissão: .....

6- Religião:.....Praticante: ( )sim ( ) não.

7- Endereço: .....

CEP: ..... Telefone: ..... E-Mail: .....

8- Nome do Pai: ..... Idade: .....

Escolaridade: ..... Religião: ..... Profissão: .....

Origem do Pai: Por parte de mãe: ..... Por parte do pai: .....

9- Nome da Mãe: .....Idade: .....

Escolaridade: ..... Religião : ..... Profissão: .....

Origem da Mãe: Por parte de mãe: ..... Por parte de pai: .....

10- Grau de parentesco entre seus pais? Nenhum ( ) Primos de 1º grau ( )

Primos de 2º grau ( ) outros ( ) - especificar: .....

11- Nº de irmãos:

Nome: ..... Idade: ..... Est. Civil: .....

Escolaridade: ..... Profissão: ..... Nº de filhos: .....

Nome: ..... Idade: ..... Est. Civil: .....

Escolaridade: ..... Profissão: ..... Nº de filhos: .....

Nome: ..... Idade: ..... Est. Civil: .....

Escolaridade: ..... Profissão: ..... Nº de filhos: .....

Nome: ..... Idade: ..... Est. Civil: .....

Escolaridade: ..... Profissão: ..... Nº de filhos: .....

Nome: ..... Idade: ..... Est. Civil: .....

Escolaridade: ..... Profissão: ..... Nº de filhos: .....

Nome: ..... Idade: ..... Est. Civil: .....

Escolaridade: ..... Profissão: ..... Nº de filhos: .....

Nome: ..... Idade: ..... Est. Civil: .....

Escolaridade: ..... Profissão: ..... Nº de filhos: .....

Nome: ..... Idade: ..... Est. Civil: .....

Escolaridade: ..... Profissão: ..... Nº de filhos: .....

12 - Você tem familiares homossexuais (1) bissexuais (2) transexuais (3) travestis (4)

12.a Se sim, quem? Pai (1) Mãe (2) irmãos (3) Primos (4) Outros (5)

Anexo 2

Questionário de entrevista realizada com os pacientes autodenominados transexuais.

(Com base nos critérios diagnósticos de transexualismo estabelecido pela Associação Psiquiátrica Americana (APA) em seu Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais em sua quarta edição (DSM-IV-TR, 2000)).

Infância

1).Quantos anos você tinha quando percebeu a diferença dos sexos?

- 1- de 3-4 anos ( ), 2-de 5-6 anos ( ) 3-de 7-8 anos ( ), 4-de-8-9 anos ( ), 5-outro ( )

2). Na brincadeira de faz de conta ou na fantasia, que tipo de papéis você tinha preferência intensa de ter ou fazer?

- 1- papéis preferidos por meninas ou mulheres como: de ser a mãe, de ser a esposa, de ser a filha ou de ser a menina ( ).
- 2- papéis preferidos por meninos ou homens como: de ser o pai, de ser o marido, de ser o filho, de ser o menino ( ).

3). Que tipo de brincadeiras e passatempos você gostava mais?

- 1 - atividades preferidas pelas meninas como: de casinha, de bonecas, de moda, bichos de pelúcia ou jogos ( ).
- 2 - atividades preferidas pelos meninos como: jogar bola, de carrinho, de guerra, de super heróis, pipa, pião ou jogos ( ).

4). Na brincadeira ou na fantasia você tinha mais preferência e gostava de usar roupas ou simulava usar trajes de:

- 1 - trajes ou roupas preferidas por meninas ou mulheres como: da mãe, da irmã, da prima, da tia ou avó.

- 2 - trajes ou roupas preferidas por meninos ou homens como: do pai, do irmão, do primo, do tio ou avô ( ).

5). Qual era sua idade quando declarou repetidamente o desejo de ser, ou sentir-se ser do sexo oposto:

- 1 - de 4 a 5 ( ), 2- de 6 a 7 anos ( ), 3 -de 7 a 9 anos ( ), 4 -de 10 a 12 anos ( ), 5 – de 13 a 17 anos ( ), 6 – acima de 18 anos ( ).

6). Qual era a sua idade quando começou a assumir a sua insatisfação ou rejeição do seu sexo biológico?

- 1 - de 4 a 5 ( ), 2- de 6 a 7 anos ( ), 3 -de 7 a 9 anos ( ), 4 -de 10 a 12 anos ( ), 5 – de 13 a 17 anos ( ), 6 – acima de 18 anos ( ).

7). Você tinha repulsa ou desejava que seu pênis ou testículos desaparecesse, se do sexo masculino?

- 1 - Sim ( ); 2 - não ( ).
- Se sim, a partir de que idade?
- 1 - de 5 a 7 ( ), 2- de 8 a 10 anos ( ), 3 - de 11 a 13 anos ( ), 4 - de 14 a 17 anos ( ), 5 - acima de 18 anos ( ), 6 - nunca aconteceu (...), 7- não se aplica ( ).

8). Você tinha repulsa ou desejava que sua vagina desaparecesse, ou desejava não menstruar e seus seios não desenvolvessem se do sexo feminino?

- 1 - Sim ( ); 2 - não ( ).
- Se sim, a partir de que idade?
- 1 - de 5 a 7 ( ), 2- de 8 a 9 anos ( ), 3 -de 10 a 12 anos ( ), 4 - de 13 a 15 anos ( ), 5 - de 16 a 17 anos, 6 - acima de 18 anos ( ), 7 - nunca aconteceu, 8 - não se aplica ( ).

9). Quando sua mãe estava grávida de você, ela desejava que fosse um (a):

- 1 - menino ( ), 2 - menina ( ), 3 - indiferente ( ), 4 - não sabe ( ).

10). A sua mãe ou a pessoa que cuidava de você na sua infância (0 a 7anos de idade) o (a) tratava como:

- 1 - menino ( ), 2 - menina ( ), 3 - forma confusa ( ), 4 - não lembra ( )

11). O seu pai o (a) tratava como:

- 1 - menino ( ), 2 - menina ( ), 3 – forma confusa ( ), 4 - não lembra ( ).

12). Quem escolheu seu nome?

- 1 - Seu pai ( ), 2 - sua mãe ( ), 3 - outras pessoas ( ), 4 – não sabe ( ).

13). Sua mãe é ou era uma pessoa:

- 1 - carinhosa ( ), 2 - amiga ( ), 3 - compreensiva ( ), 4 - autoritária ( ), 5 - rígida ( ), 6 -forte ( ), 7 - severa ( ), 8 - submissa ( ).

14). Seu pai é ou era uma pessoa:

- 1 - carinhoso ( ), 2 - amigo ( ), 3 - compreensivo ( ), 4 - autoritário ( ), 5 -rígido ( ), 6 -agressivo ( ), 7 - severo ( ), 8 - submisso ( ).

15). Quem geralmente mandava ou ditava as regras em casa?

- 1 - Seu pai ou outra pessoa do sexo masculino ( ), 2 - sua mãe ou outra pessoa do sexo feminino ( ), 3 – pais ( ).

16). Na sua infância (de 0 a 7 anos) você morou com a sua(s) ou seu(s)?

- 1 - pai ( ), 2 - mãe ( ), 3 -pais ( ), 4 avó ( ), 5 - avô ( ), 6 - avós ( ), 7 - tio ( ), 8 - Tia ( ), 9 - outros ( ).

17). Na sua infância (0 a 7 anos) você convivia no dia a dia mais com seu(s) ou sua (s)?

- 1 - pai ( ), 2 - mãe ( ), 3 -pais ( ), 4 avó ( ), 5 - avô ( ), 6 - avós ( ), 7 - tio ( ), 8 - Tia ( ), 9 - outros ( ).

18). No seu relacionamento familiar você se dava melhor com seu ou sua?

- 1 - pai ( ), 2 -irmão ( ), 3 - primo ( ), 4 - mãe ( ), 5 - irmã ( ), 6 - prima ( )

19). Você se identificava e admirava mais o seu ou sua?

- 1 - pai ( ), 2 - irmão ( ), 3 - primo ( ), 4 - tio ( ), 5 - avô ( ), 6 - mãe ( ) 7 - irmã ( ), 8 - prima ( ), 9 - tia ( ), 10 - avó ( ).

20). No relacionamento com outras pessoas você tinha mais dificuldade com as pessoas do:

- 1 - sexo masculino ( ), 2 - sexo feminino ( ), 3 - ambos ( ), 4 - nenhum ( ).

21). Na companhia de pessoas do mesmo sexo biológico sentia-se ou tinha:

- 1 - mais afinidade ( ), 2 - menos afinidade ( ), 3 - desconfortável ( ), 4 - confortável ( ), 5 - interesses iguais ( ), 6 - interesses diferentes ( ).

22). Na companhia de pessoas do sexo biológico oposto sentia-se ou tinha:

- 1 - mais afinidade ( ), 2 - menos afinidade ( ), 3 - desconfortável ( ), 4 - confortável ( ), 5 - interesses iguais ( ), 6 - interesses diferentes ( ).

23). O seu melhor amigo (a) era:

1. 1 - menino ( ), 2 - menina ( ), 3 - não teve ( ).

24). Na escola você sentia-se diferente dos amigos, para o sexo masculino, e diferente das amigas, para o sexo feminino?

- 1 - sim ( ), 2 - não ( ), 3 - às vezes ( ).

25). Nas atividades da escola ou de lazer você preferia participar com:

- 1 - meninos ( ), 2 - meninas ( ), 3 - meninos e meninas ( ).

26). Na escola alguém disse que você tinha jeito ou se comportava como:

- 1 - menino ( ), 2 - menina ( ), 3 - esquisito (a) ( )

27). Qual era sua idade quando começou a usar roupas do sexo oposto na sua intimidade e socialmente?

- 1 - de 6 a 8 anos ( ), 2 - de 9 a 10 anos ( ), 3 - de 11 a 12 anos ( ), 4 - 13 a 15 anos ( ), 5 - 16 a 18 anos ( ), 6 - acima dos 18 anos ( ), 7- sempre (..), 8 - nunca ( ).

28). Você sentia algo errado no seu comportamento em relação a sua sexualidade?

- 1 - sim ( ), 2 - não ( ), 3 - nunca ( ).

Adolescência

29). Você teve educação sexual? 1 - Sim ( ), 2 - não ( ).

30). Com quem você conversava sobre educação sexual ou como, onde buscava informações sobre sexo?

- 1 - pais ( ), 2 - professor(a) ( ), 3 - tios ( ), 4 - amigos ( ), 5 - irmãos ( ), 6 – psicólogo/médico (...), 7 - por conta própria ( ), 8 - Internet ( ), 9 - livros, revistas ( ), 10 - não busquei ( ).

31). Qual era sua idade quando começou a falar ou ter curiosidade sobre sexo?

- 1- de 8 a 9 anos ( ), 2 - de 10 a 11 anos ( ), 3 - de 12 a 13 anos ( ), 4 - de 14 a 15 anos ( ), 5 - de 16 a 17 anos ( ), 6 -18 anos ( ), 7 - acima de 18 anos - ( ), 8 - nunca ( ).

32). Na adolescência como você se sentiu quando seu corpo começou a desenvolver as características sexuais masculinas, para os meninos (pêlos faciais e corporais, aumento do tórax, pênis e testículos), e para as meninas (desenvolvimento mamário, menstruação):

- 1 - muito bem ( ), 2 - bem ( ), 3 - normal ( ), 4 - razoável ( ), 5 - ruim ( ), 6 - péssimo (. .).

33). Quando começou a sentir-se diferente dos outros garotos, se do sexo masculino?

- 1- de 10 a 11 anos ( ), 2 - de 12 a 13 anos ( ), 3 - de 14 a 15 anos ( ), 4 - de16 a 18 anos ( ), 5 - nunca ( ).

34). Quando começou a sentir-se diferente das outras garotas, se do sexo feminino?

- 1 - de 10 a 11 anos ( ), 2 - de 12 a 13 anos ( ), 3 - de 14 a 15 anos ( ), 4 - 16 a 18 anos ( ), 5 - nunca ( ).

35). Qual era sua idade quando desejou pela primeira vez alterar as características e as formas sexuais do seu corpo?

- 1 - de 10 a 11 anos ( ), 2 - de 12 a 13 anos ( ), 3 - de 14 a 15 anos ( ), 4 - 16 a 17 anos ( ), de 5 - 18 anos ( ), 6 - acima dos 18 anos ( ), 7 - nunca ( ).

36). Qual era sua idade quando iniciou o uso de hormônios?

- 1 -13 anos ( ), 2- 14 anos ( ), 3 - 15 anos ( ), 4-16 anos ( ), 5 - 17 anos ( ) 6 - 18 anos ( ), 7 - acima de 18 anos ( ), 8 - nunca ( )..

37). Como os seus pais ou pessoa responsável o tratavam antes de saberem do seu desejo de querer ser do sexo oposto?

- 1- Bem ( ), 2- igual aos irmãos ( ), 3- diferente dos irmãos ( ), 4 -Mal ( ), 5 - com rejeição ( ).

38). Quando seus pais ou pessoa responsável souberam do seu desejo de querer ser do sexo oposto, eles reagiram com:

- 1- Compreensão ( ), 2 - aceitação ( ), 3 - rejeição ( ), 4 - punição ( ), 5 - medo ( ), 6 - desespero ( ), 7 - preconceito ( ), 8 - desespero ( ), 9 - achavam que passaria, coisa do momento ( ), 10 - normalidade ( ).

39). Como você reagiu frente à posição da sua família contrária ao seu jeito ou desejo de ser e se vestir do sexo oposto?

- 1 - Revolta ( ), 2 - tristeza ( ), 3 - medo ( ), 4 -solidão ( ), 5 - chateação ( ) 6 - indiferença ( ).

40). Quando você se atraiu sexualmente pela primeira vez, você desejou ou deseja ser considerado (a) como um (a)?

- 1 - no papel de masculino ( ), 2 - no papel feminino ( ), 3 - indiferente ( ).

41). O seu primeiro beijo foi com um? 1 - garoto ( ), 2 - garota ( ).

42). Quantos anos você tinha quando beijou pela primeira vez?

- 1- de 10 a 11 anos ( ), 2- de 12 a 13 anos ( ), 3 - de 14 a 15 anos ( ), 4 - de16 a 18 anos ( ), 5 - acima dos 18 anos ( ), 6 – nunca (...).

43). A sua primeira relação sexual foi com?

- 1 - Garoto ( ), 2 - garota ( ), 3 – nenhum ( ),

Qual era sua idade?

- 4 - de 10 a 11 anos ( ), 5 - de 12 a 13 anos ( ), 6 - de 14 a 15 anos ( ), 7 - de 16 a 18 anos ( ), 8 - acima dos 18 anos ( ), 9 - nunca (...).

44). Você sentiu prazer na sua primeira relação sexual?

- 1 - Sim ( ), 2 - não ( ), 3 - não se aplica ( )

45). Você teve outras relações sexuais com?

- 1- Garotos ( ), 2- garotas ( ),3- garotos e garotas ( ), 4- não se aplica ( ).

46). Você se masturba?

- 1 - Sim ( ), 2 - não ( ).

47). Quando você se masturba sente prazer?

- 1 - Sim ( ), 2 - não ( ), 3 – não se aplica ( ).

48). O que você gosta de fazer para se divertir?

- 1- ler ( ), 2- ir ao cinema, assistir TV ( ), 3- ir a barzinhos, danceteria ( ), 4 - pescar ( ), 5 - viajar, passear ( ), 6 – cuidar da casa, decorar ( ), 7 - outros ( ).

49). Você gosta e tem preferência de ir a lugares freqüentados por?

- 1 - Heterossexuais ( ), 2 - Homossexuais ( ), 3- heterossexuais ( ) 4 - homossexuais, travestis ( ).

50). Já teve doenças venéreas? 1 - Sim ( ), 2 - não ( ),

51. Usou ou usa drogas? 1 - Sim ( ), 2 - não ( ).

Se sim, que tipo de drogas?

- 1- Maconha ( ), 2 - álcool ( ), 3- cocaína via inalação; cocaína injetável ( ) 4 - outras drogas ( ).

52). Você já tentou se matar? 1 - Sim ( ), 2 - não ( ).

Se sim, quantas vezes?

- 1- uma vez ( ), 2 – duas vezes ( ), 3 - três vezes (,,,), 4 – mais de 4 vezes ( ).

Adultos

53). Você tem ou já teve parceiro (a)?

- 1 - Sim ( ), 2 - -não ( ).

54). Mora ou já morou com o seu/ sua parceiro (a)?

- 1 - Sim ( ), 2 - não ( ).

Se sim, quanto tempo?

- 1 - menos de um ano ( ), 2 - 1 ano ( ), 3 - 2 anos ( ), 4 - 3 anos ( ), 5 - mais de 3 anos ( ).

55). Você tem ou já teve prazer sexual com seu/ sua parceiro (a)?

- 1 - sim ( ), 2 - não ( ), 3 - não se aplica ( ).

56). Você tem relação sexual fora do relacionamento?

- 1 -sim ( ), 2 - não ( ), 3 - não se aplica ( ).

57). Você já teve relações sexuais com:

- 1 - homem ( ), 2 - mulher ( ), 3 - ambos ( ), 4 - nenhum ( ).

58). Você se define como?

- 1 - Heterossexual ( ), 2 - homossexual ( ), 3 - bissexual ( ), 4 - Transexual ( ), 5 - travesti ( ).

59). Você define o seu/ sua parceiro (a) como?

- 1 - Heterossexual ( ), 2 - homossexual ( ), 3 - bissexual ( ), 4 - Transexual ( ), 5 - travesti ( ).

60). Seus melhores amigos (as) são:

- 1 - Heterossexual ( ), 2 - homossexual ( ), 3 - bissexual ( ), 4 - Transexual ( ), 5 - travesti ( ), 6 - todos os tipos ( ).

61). Você tem preferências por trabalho ou por uma profissão que é considerada?

- 1 - mais masculinas, como pedreiro, carpinteiro, engenheiro, etc ( ),
- 2 - mais femininas, como costureira, baba, do lar, setor de beleza ( ).

62). O que você gosta de fazer no seu tempo livre?

- 1 - Assistir TV ( ), 2 - ficar em casa, cuidar da casa ( ), 3 - ir a boates, Ir a shows ( ), 4 - ir a igreja) ( ), 5 - praticar esportes mais radicais ( ), 6 - Praticar esportes moderados ( ), 7 - ficar no bar com amigos (as ( ), 8- escrever, ler ( ), 9- ir ao teatro, ir ao cinema ( ), 10- visitar amigos (as) ()

63). Você já teve dúvidas se era?

- 1 - Heterossexual ( ), 2- homossexual ( ), 3 - bissexual ( ), 4 - Transexual ( ).

64). Você já fez psicoterapia por causa da confusão de gênero sexual?

- 1 - Sim ( ), 2 - não ( ).

65). Você gosta e tem preferência mais dos papéis sociais e atividades consideradas mais masculinas, hoje?

- 1 - sim ( ), 2 - não ( ).

66). Você gosta e tem preferência mais dos papéis sociais e atividades consideradas mais femininas, hoje?

- 1 - Sim ( ), 2 - não ( ).

67). Você foi informado (a) dos critérios do tratamento de transexualismo no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo?

- 1 - Sim ( ), 2 - não ( ).

68). Você já teve dúvida se gostaria de fazer ou não a cirurgia de transgenitalização?

- 1 - Sim ( ), 2 - não ( ).

9 REFERÊNCIAS

1. *American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases, DSM-IV-TR*. Washington (DC). APA, 2000; 582-576.

2. Organização Mundial de Saúde. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID -10*. Artes Médicas, Porto Alegre. 1993; 213-210.

3. Stoller RJ. Recherche sur l'identit´sexualle. Paris, *Gallimard*, 1978.

4. Money J. The concept of gender identity disorder in childhood and adolescence after 39 year. *J Sex Marital Ther*. 1994; 20 (3): 163-77.

5. Nogueira JA., Os Transtornos da sexualidade no adulto. In: *Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre. Psicanálise e Sexualidade*, 1ªed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005; p. 23, 139-132.

6. Benjamin, H. (1953) Transvestism and transexualim. *In Int J Sexology*, 1953. Benjamin 1953, (2) p.7

7. Hirschfeld, M. (1923). Cited from Chiland, C. (2003) in: *Le Transsexualisme*, Edições Loyola, São Paulo, Brasil, 2008; p.12.

8. Cauldwell, D.O. (1949). Cited from Pauly, I.B. In male psychosexual inversion; transsexualism. *Arch Gen Psychiat*. 1995; 172-13,172.

9. Benjamin, H (1954) Transexualim and Transvestism as psychosomatic and somatopsychic syndromes. Amer J, Psychother., 8, 219. In: *Transsexualism. A study of forty-tree cases*. Walinder, J, Sweden, 1967.

10. Benjamin H. The transexual phenomenon. New York; *Julian Press*; 1996.

11. Benjamin H. Clinical aspects of transsexualism in the male and female. *Amer J Psychotter*. 1964a

12. Benjamin H. Nature and management of transsexualism. With a report on thirty-one operated cases. *West J Surg*. 1964b.

13. Benjamin H. Transsexualismus. Wesen and Behandlung. *Nervenarzt*. 1964c.

14. Wälinder J. *Transsexualism. A Study of Forty-Three Cases. Reports From The Psychiatric Research Centre*, St. Jörgen's Hospital, University of Göteborg, Sweden. 1967; 2.

15. Irvine JM Disorders of desire: sex and gender in modern American sexology, Philadelphia: *Temple University Press*, 1990.

16. Person ES, Oversey L. The transexual syndrome in males: primary transsexualism (1974). In: Person ES. *The sexual century*. New York: Yale University Press; 1999. P.110-26.

17. Person ES, Oversey L. The transexual syndrome in males: Secondary transsexualism (1974). In: Person ES. *The sexual century*. New York: Yale University Press; 1999. P.127-45.

18. *Associação Internacional Harry Benjamin de Disforia de Gênero, Padrões de cuidados para transtornos de Identidade de Gênero*, 6ª versão (HBIGDA), 2001.

19. Bower H. The Gender Identity disorder in the DSM-IV classification, a critical evaluation. *Aust N Z J Psychiatry*, 2001; 35 (1): 1-8.

20. Sadeeh A. *Transtorno de identidade sexual: Um estudo psicopatológico de transexualismo masculino e feminino*. Tese de doutorado em ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de são Paulo, São Paulo, 2004; p. 115-82.

21. Cohen- Kettenis P.T., Gooren L.J. Transsexualism: A Review of Etiology Diagnosis and Treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 1999; Vol. 46(4):322-317.

22. Meyer JK. Clinical variants in applicants for sex reassignment surgery. *Arc Sex Behav*. 1974; 3: 527-58

23. Forget H, Cohen H. Life after birth: the influence of steroid hormones on cerebral structure and finction is not fixed prenatally. *Brain cog*. 1994; 26: 243-8.

24. Swaab DF, Chun WC, Kruijiver FP, Hofman MA, Ishunina TA. Sexual differentiation of the human hypothalamus. *Adv Exp Mod Biol*. 2002) (511): 100-75.

25. Kressler SJ, Mckenna W. Gender: in ethinomethodologica approach. Chicago: *University of Chicago Press*; 1985.

26. Money J, Hampson JG, Hampson JL. Imprinting and the establishiment of Gender Role Arch Neurol. *Psychiant*, 1957; p. 77.

27. Bullough VL. The contributions of John Money; a personal view. *J Sex Res*. 2003; p.230.

28. Stoller RJ. A experiência transexual, Rio de Janeiro: Imago,1982, cap.2,3,4: p. 74-19.

29. Safouan M. Contribuition à La psychanalyse du transsexualisme. In: *Études sur l'Cdipe*. Paris, Seuil. 1974; 97-74.

30. Landén M, Walinder J, Lundström B. (b) Review article: prevalence, incidence and sex ratio of transsexualism.. *Acta Psychiatr Scand*, 1996, p. 93.

31. Szondi L., Introdução à Psicologia do Destino. Tradução de Juan César Muller. São Paulo: *Editora Manole*, [1956 (1975)]; p. 112-18.

32. Szondi L, Cain y el Cainismo en La História Universal. Tradução de Frederico Soto Yarritu, Madrid: *Editora Biblioteca Nueva*, 1966; p.159-137.

33. Szondi L. Tratado del Diagnostico Experimental de los Instintos.In Escritos. Madrid: *Editora Biblioteca Nueva*, 1970.

34. Leibiniz e P. Härberlin (1952) In Szondi , 1970; p. 19.

35. Gayral A. Essai d' innovation la diffusion de Szondi. Grupe d'estudes. *Szondinnes de Montpeller*. France, 1998; p. 74-71.

36. Borg JG. Szondi's Personality Theory In The Year. *Zurik. Editora*: MC Pilot OY/Kustannus Tempere/Filandi. 2004; p. 214-56.

37. Bleger J. Temas de Psicologia. Porto alegre, *Artes Médicas*, 1983.

38. Buck J. Warren. The House-Tree-Person (H-T-P) Manual e Guia de interpretação. São Paulo. *Editora Vetor*, 2003; p. 3-1.

39. Abraham K. A short study of the development of the Libido. cap. 5, 9, 12, 16, 17, 18, 20 e 22. In: Fenichel O. *Teoria Psicanalítica das Neuroses*. Rio de Janeiro, Livraria Atheneu.1981; p. 91-50.

40. Fenichel O. Teoria Psicanálitica das Neuroses, Rio de Janeiro, *Livraria Atheneu*.1981, p 91-10.

41. Freud S. The Ego and the Id. Inst. of Ps.a. and Hogarth Press, London, 1927. Cap. 2 - 20. In: Fenichel O. *Teoria Psicanalítica das Neuroses*. Rio de Janeiro, Livraria Atheneu.1981; p. 91-29.

42. Freud S. The infantile genital organization of the Libido. C.P.Ii, p. cap. 5. In: Fenichel O. *Teoria Psicanalítica das Neuroses*. Rio de Janeiro, Livraria Atheneu.1981; p. 91-50.

43. Weil P, Nick. Teste psicológico de Inteligência não verbal Forma C (INV-Forma C). São Paulo. *Editora Vetor*, 1957.

44. Levine SB, Lothstein L. Transsexualism or the gender dysphoria Syndromes. *J Sex Marital Ther*. 1981; 7 (2): 113-85.

45. Chiland C. The Psychoanalyst and the transexual patient. *Int J Psychoanal*. 2000; 81 (1): 35-21.

46. Ceccarelli PR. Transexualismo. São Paulo. Editora: *Casa do Psicólogo Ltda,* Cap. 5; p.163-139.

47. Papilloud C. Origens e Dificuldades da Dialética do Vetor de Contato. Instituto de Ciências Sociais e Pedagógicas. *Universidade de Louvanne, Suiça*, Site: Szondiforum, 2000.

48. Kinable J. A l'etude du veteur sexual chez Szondi. Bélgica. *Revista Fortuna*, nº 10; 1991.

49. Lefebure, Fanchette, Maisani, Gille JC. Dynamique dês Pulsions. Paris, *Editora Masson*, tomo 2: p 163-45.