

# "NUNCA A MINHA CABEÇA ESTEVE TÃO LONGE DO MEU CORPO ..."

## A PROPÓSITO DE UM CASO DE PERTURBAÇÃO DE IDENTIDADE DE GÉNERO

Patrícia Almeida\*, Alfredina Guerra e Paz\*\*

### RESUMO

*Apresentação de caso clínico de Perturbação de Identidade de Género numa adolescente, seguida de revisão teórica sobre esta temática.*

**Palavras-chave:** *Perturbações de Identidade de Género; Caso clínico.*

### IDENTIFICAÇÃO

C., 15 anos; trabalha numa padaria.

### MOTIVO DE CONSULTA

Impulsividade; mau rendimento escolar; contracção de dívida no valor de 2500 contos em chamadas telefónicas; "tendências homossexuais" (sic).

### HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL

A doente compareceu a uma primeira consulta no Departamento em 23 Setembro 99; vinha acompanhada pela mãe e pelo companheiro desta. A mãe apresentou vários motivos para vir à consulta: "A C. é muito rebelde ...Bate às

irmãs ...Anda no 6º ano porque a professora faz o favor de a passar ...Falta muito às aulas ...As vizinhas comentam certos comportamentos dela" (sic). No entanto, de todas as queixas, o que mais preocupava a mãe, era uma dívida, no valor de 2500 contos em chamadas telefónicas, contraída no período de tempo compreendido entre Maio e Agosto 99. A sós, a C. conta que gastou este dinheiro a telefonar para a sua namorada da altura; telefonava do telefone fixo para o telemóvel, geralmente à noite, entre as 22 e as 2 horas, quase diariamente. Quando mais à vontade, conta que esta já não é a sua primeira namorada e que o seu "maior desejo na vida é ser rapaz" (sic), reportando-o à infância. Lembra-se que, desde tenra idade, preferia os carros e as bolas às bonecas; não gostava de usar vestidos: "A última vez que usei um vestido, foi na comunhão solene, com 12 anos ...Fui obrigada... Nesse dia, disse à minha mãe que nunca mais ...E assim foi". Nas brincadeiras de escola, preferia a companhia dos rapazes e as raparigas chamavam-lhe "Maria rapaz"; adoptava, geralmente, os papéis masculinos. Ao contrário da C., a mãe diz que só começou a notar "que ela era diferente aos 10 anos ...Para mim, foi por causa de uma vizinha que era muito amiga dela ...Tinha 16 anos e era assim como ela ...Hoje, é um autêntico homem..." (sic); a doente lembra-se desta amizade: "Encontrei alguém que pensava como eu...". Teve a menarca com 13 anos; a mãe já tinha abordado este tema com ela; quando contou à mãe, esta respondeu-lhe: "Vê se agora tens juízo nessa cabeça, porque já podes engravidar" (sic); durante 15 dias, andou a pensar no sucedido, sentindo-se "esquisita"; no final deste período, disse à mãe que tinha tomado uma decisão: "Não gosto de ser rapariga... Que-

\* Interna de Psiquiatria da Infância e Adolescência – Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital Maria Pia.

\*\* Assistente Hospitalar Graduada de Psiquiatria da Infância e Adolescência - Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital Maria Pia.

ro ser um rapaz" (sic); a mãe reagiu mal: "Fartei-me de berrar mas não a castiguei ... Achei que não ía fazer diferença nenhuma". Actualmente, diz detestar "andar menstruada... Tenho medo que vazze e alguém note..."; usa soutien apesar de não gostar, já que, na sua ausência, se queixa de mastalgias e desconforto; desde que o peito começou a crescer, começou a tentar escondê-lo, usando roupas largas: "É a parte do corpo que mais me revolta" (sic).

Com 13 anos, teve o seu primeiro relacionamento amoroso, com uma vizinha, que tinha 15 anos; namoraram durante 2 meses: "Foi o meu primeiro amor... Nunca mais a vou esquecer... Hoje, somos amigas... Acabamos porque ela também dormia com homens e eu, isso, não lhe admito"; aos 14 anos, teve um relacionamento com um rapaz, de 18 anos, durante 15 dias: "Experimentei para ver se mudava de ideias... Não mudei... Quando o beijava, não se passava nada" (sic). Também com 14 anos, começou a namorar com uma jovem, com a mesma idade que ela; a relação durou 6 meses, já que esta foi viver com os pais para Lisboa; "A nossa relação acabou por causa da distância... Gostei dela a valer"; foi com esta namorada que C. iniciou relacionamentos sexuais, dizendo que a primeira vez não desiludiu as suas expectativas. Aos 15 anos, conheceu a actual namorada; começaram a namorar em Maio 2000; têm um relacionamento estável, apesar de C. confessar que "curte com outras pessoas" (sic), não se sentindo culpada pelo sofrimento da namorada, das raras vezes em que ela o suspeitou. Até à data, as companheiras de C. são raparigas com atracção sexual por pessoas do mesmo sexo; nenhuma delas parece apresentar problemática ao nível da identidade de género. Na escola, pediu aos colegas para a tratar pelo masculino do seu nome, apesar de concordar, sem hesitar, em ser tratada por C., durante as consultas; em casa, tratam-na pelo seu nome de baptismo. Costuma envolver-se em agressões físicas, com rapazes; em locais públicos, costuma entrar na casa de banho das senhoras, apesar do desejo que tem de entrar na dos homens; não o faz por ter medo que algum deles note que é uma rapariga e lhe diga alguma coisa; prefere urinar de pé mas diz que é complicado, pelo que, na prática, o costuma fazer sentada. No grupo de amigos, predomina o sexo

masculino. C. partilhou as suas ideias e sentimentos sobre este problema, com a mãe, o companheiro desta, os irmãos, a patroa e dois amigos da escola; costuma vir à consulta acompanhada pela mãe; por vezes, vem também o companheiro desta. Desde a data da admissão, compareceu a oito consultas, tendo faltado a uma, por confusão de datas; na primeira consulta, foi passada uma declaração para a Portugal Telecom, atestando o acompanhamento psiquiátrico da doente; o processo continua em apreciação, pelo que a mãe ainda não sabe se terá que pagar a dívida; nessa altura, foi medicada com tioridazina 10 mg-2+1+2; em Novembro 99, iniciou acompanhamento pelo Ensino Especial; C. continuou a faltar às aulas até que, em Abril 2000, disse que não queria estudar mais e que queria ir trabalhar, a tempo inteiro, para uma padaria onde já trabalhava, em *part-time*, aos fins de semana, desde os 14 anos. A mãe queixa-se que ela começou a sair, durante a noite, quando toda a gente está já a dormir; no entanto, não sabe as horas a que ela chega, sendo as irmãs mais novas que a denunciam; apesar de estar zangada com ela, a mãe nunca pensou em tirar-lhe as chaves de casa; queixa-se, também, que ela costuma bater às irmãs (em consequência delas fazerem queixas de C. à mãe); a doente conta que sai, durante a noite, para estar com a namorada; as vizinhas já alertaram a mãe para o facto de ela consumir bebidas alcoólicas, quando sai à noite, tendo, por vezes, chegado a casa embriagada. Quando a mãe a tenta sensibilizar para os perigos da noite, C. costuma responder: "Não te preocupes que eu não apareço grávida... Nenhum homem me põe as mãos" (sic); no fim do ano lectivo, transitou para o 7º ano, mas não se matriculou; a mãe diz que prefere que "ela ande a trabalhar do que a faltar às aulas e eu sem saber por onde ela anda". Em Agosto 2000, as duas verbalizaram, pela primeira vez, o desejo de que C. fôsse submetida a uma cirurgia para mudança de sexo; esta conversa surgiu na sequência de um programa de televisão que abordava o tema; C. fez, essencialmente, perguntas sobre a técnica operatória e os tratamentos químicos; no entanto, diz que, se fizer a cirurgia não mudará o seu nome, dado ser "o nome que os meus pais me deram quando me baptizaram" (sic); a mãe centra mais as dúvidas sobre a possi-

bilidade da cirurgia "lhe mudar a cabeça, a maneira de ser..."; diz que apoiará a filha, qualquer que seja a sua decisão, pois o seu maior desejo é vê-la feliz. A dose de tioridazina foi sendo progressivamente diminuída até Outubro 2000, altura em que foi suspensa; aguarda consulta de Genética.

## ANTECEDENTES PESSOAIS

Irrelevantes.

## HISTÓRIA PESSOAL

C. é a terceira de uma fratria de 7 irmãos; a gravidez não foi planeada nem desejada; aos 2 meses, a mãe tomou dois comprimidos para as cefaleias, que lhe foram dados por uma amiga; passado algum tempo, começou a vomitar, acabando por desmaiar, o que motivou o seu transporte ao hospital; quando chegou a casa, soube que essa amiga (que também estava grávida), tinha tido um abortamento, causado pelos mesmos comprimidos; desde essa altura, ficou a pensar que a amiga lhe deu os comprimidos "por maldade, para também abortar" (sic); não voltou a tomar medicação durante a gravidez, por medo, incluindo os suplementos receitados pelo médico; do segundo ao quinto mês de gravidez, teve vômitos e desmaios recorrentes; a gravidez foi vigiada, de termo; durante estes 9 meses, a mãe desejou e acreditou que iria ter um menino; o parto foi eutócico, hospitalar; diz que, quando viu que era uma menina, ficou "contente na mesma"; aquando do nascimento, C. pesava 3.700g; nasceu rosada e chorou logo; fez aleitamento materno durante um mês, altura em que foi introduzido o leite da farmácia; com 4 meses, iniciou alimentação diversificada, tendo tolerado bem; deixou o biberão aos 2 anos; a mãe descreve-a como uma "bebé inquieta, que chorava muito" (sic); teve como objecto transicional, uma fralda, que abandonou aos 6 anos; nunca manifestou reacções de angústia perante estranhos; segundo a mãe, "qualquer um que passasse a podia levar"; primeiras vocalizações com 13 meses, sendo a primeira

palavra "mãe"; primeiros passos com 18 meses; controle esfinteriano diurno e nocturno aos 2 anos. Os pais da doente separaram-se quando ela tinha uma semana de vida; segundo a mãe, as razões foram: "ele ser muito malandro para trabalhar... Começou a mandar-me pedir com os filhos, pelas portas... Ainda cheguei a ir algumas vezes, com a C. recém-nascida nos braços... Mas, tinha muita vergonha... Até que me enchi de coragem e o mandei ir ele pedir... Depois, separei-me dele" (sic). Quando C. tinha um mês de idade, a mãe deixou-a aos cuidados da avó materna, para ir viver com o actual companheiro; voltou para casa, quando C. tinha 6 anos, aquando da morte da avó; desde essa altura, a família ficou a viver na casa que pertencia aos avós maternos; durante estes 6 anos, a mãe visitava a C. uma vez por mês; a doente lembra-se que tinha muitas saudades da mãe e que ficava a chorar sempre que ela se ía embora. Iniciou a escola primária com 6 anos, tendo tido uma boa adaptação. Teve a menarca aos 13 anos; tem cataménios com duração de 5 dias e interlúnios de 28 dias, com ciclos regulares; costuma ter algias pélvicas e enjôos nos dias que precedem o início do período menstrual. Fuma tabaco desde os 10 anos, mas não diariamente; fuma mais ao fim de semana, podendo nessa altura fumar 1 maço/dia; em Outubro 2000, fumou, pela primeira vez, haxixe; sentiu-se muito alegre, com uma imensa vontade de rir; no entanto, nega a possibilidade de novos consumos, por ter medo de "avançar demais" e por a namorada ter ficado zangada com ela; este consumo deu-se no grupo de pares. Estudou durante 9 anos, tendo como habilitações literárias o 6ºano; com 14 anos, começou a trabalhar numa padaria, aos fins de semana; em Setembro 2000, passou a trabalhar a tempo inteiro. C. é oriunda de uma família católica, não praticante.

## ANTECEDENTES FAMILIARES

A doente mora numa casa rural, com 2 quartos; têm electricidade, água canalizada, casa de banho interna e electrodomésticos. O agregado familiar é constituído pela mãe, pelo seu companheiro, por 4 irmãos de C. e pela doente. As

fontes de rendimento provêm do trabalho da mãe e dos dois irmãos mais velhos e da reforma do companheiro da mãe.

### **Pai**

Tem 43 anos, é estufador; é descrito como alcoólico e "nervoso"; estudou até à 4ª classe. A mãe e a doente não sabem dar muitas informações sobre ele; sabem que trabalha na Alemanha e que "está bem de vida" (sic); quando vem a Portugal, visita sempre os filhos; a última vez, foi em Outubro 99; C. mostra-se indiferente sempre que se fala nele, dizendo "O meu pai não me faz falta".

### **Mãe**

42 anos, é a 5ª de uma fratria de 7 irmãos, divorciada, empregada doméstica; é "muito nervosa" e tem asma; é analfabeta; parece ter uma certa debilidade intelectual. É identificada como sendo a pessoa de quem a doente mais gosta. A mãe acha que C. é teimosa mas meiga; o seu maior desejo é que ela "seja feliz e se comporte" (sic); acha que o seu maior problema é "não ouvir o que a mãe diz"; diz que ralha muito com ela mas que é raro castigá-la, por ter pena.

### **Irmãos**

- 23 anos, serralheiro, solteiro; a doente tem um mau relacionamento com ele; ele costuma bater-lhe porque C. insiste em andar na mota dele, sem ter autorização.
- 18 anos, costureira, solteira.
- 11 anos, estuda no 5º ano.
- 10 anos, estuda na 3ª classe.
- Gémeos, têm 9 anos e estudam na 3ª classe.

De todos os irmãos, C. diz que só gosta dos gémeos. Os 4 irmãos mais novos são fruto da relação da mãe de C. com o actual companheiro; este, tem 2 filhos do seu casamento (com 20 e 21 anos), que vivem com a mãe.

### **Tios maternos**

- 31 anos, toxicod dependente (não injectável), desempregado; mora na casa ao lado, dependente economicamente da mãe da doente; é solteiro.

### **Avós**

#### *Avô paterno*

A mãe não sabe se ainda será vivo, mas lembra-se que ele foi internado várias vezes no Hospital Conde Ferreira; o irmão deste avô também tinha "problemas na cabeça".

Não existem informações sobre a avó paterna.

#### *Avó materna*

Falecido aos 49 anos, com doença pulmonar profissional; a doente não o conheceu.

#### *Avó materna*

Falecida aos 60 anos, também por doença pulmonar profissional; a doente gostava muito dela; foi esta avó que a criou até aos 6 anos de idade.

### **Padrasto**

46 anos, reformado por "problemas de cabeça"; é divorciado; nem sempre vive na casa da doente já que, de vez em quando, volta para a família do seu casamento, aparentemente com concordância de ambas as famílias; estudou até à 4ª classe; é pouco interventivo na educação de C.; não consome álcool ou tabaco; a doente diz gostar dele.

### **Namorada**

18 anos; trabalha numa pastelaria; C. diz gostar muito dela: "Ela é uma rapariga com muitas qualidades; só tem 2 defeitos: é muito ciumenta e não quer que eu faça a operação... Diz que gosta de mim assim" (sic).

## **PERSONALIDADE PRÉVIA**

Jovem alegre, extrovertida, com baixo limiar de tolerância à frustração; sem oscilações bruscas no humor; tem uma facilidade extrema em fazer novos amigos e em encetar relacionamentos amorosos; diz não se preocupar com a opinião de outras pessoas; auto-estima mantida; acha-se simpática; não gosta de "pessoas mentirosas, de brincadeiras de mau-gosto ou que mandem nela"; acha que a sua melhor qualidade é ser brincalhona e não consegue reconhecer

um único defeito; acha que o seu maior problema é ser rapariga e o seu maior desejo para o futuro é ficar com a actual namorada. Identifica como pessoa mais importante para si, a mãe; irritabilidade fácil; nega ter medos e acredita no destino; projecta-se no futuro, com 25 anos: pensa que morará numa casa com a actual namorada; será padeira mas não sabe se terá problemas económicos; o casal terá adoptado um menino, com 10 anos; nessa altura, já terá feito a cirurgia de mudança de sexo; ao nível das amizades, prefere companheiros rapazes, com idade superior à sua; em matéria de relacionamentos amorosos, diz: "Tenho que ter a certeza de que as pessoas andam só comigo" (sic).

## EXAME PSIQUIÁTRICO

C. é uma jovem de aspecto franzino, de baixa estatura; a idade aparente é coincidente com a idade real; nota-se algum descuido no seu arranjo pessoal; sem sinais dismórficos evidentes; tem o cabelo muito curto; usa 3 brincos só numa orelha; tem a pele muito oleosa e a face coberta por borbulhas, o que a incomoda; usa sempre boné; veste calças largas, *T-shirts* e *sweat-shirts* e calça sapatilhas; não usa fios, pulseiras ou anéis; tem algumas cáries dentárias. Apresenta-se bem disposta, com sorriso espontâneo; vigil, colaborante, orientada no tempo e espaço, auto e heteropsiquicamente; durante as entrevistas, manifestou sempre uma atitude aberta e colaborante, embora apresentasse um discurso pobre e pouco fluente. Apresentava dificuldade em entender algumas perguntas, pedindo para as explicar; manifestou, também, alguma dificuldade em falar sobre sentimentos; nem sempre existiu concordância entre manifestações emocionais e conteúdo do pensamento; esteve sempre extremamente atenta a tudo o que lhe era dito; não manifestava sinais de ansiedade; sem alteração do estado de consciência, nomeadamente no que respeita à orientação, atenção, memória recente, remota ou de fixação; sem alterações ao nível da percepção, nomeadamente actividade alucinatória ou delirante; pensamento com capacidade de abstracção mantida; sem alteração dos limites do Eu com o mundo exte-

rior; ausência de pensamentos obsessivos, compulsões ou fobias específicas; humor eutímico; não apresenta ideação suicida; sem alterações do sono ou apetite. A avaliação psicológica, datada de Dezembro 99, revela uma debilidade intelectual ligeira (QI 53- WISC), associada a um défice de compreensão verbal.

## EXAME FÍSICO

Irrelevante.

## FORMULAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS PREVALENTES E DIFERENCIAIS

F64.0 - **Perturbação de identidade de género em adolescente** ( 302.85)

F70.9 - **Deficiência mental ligeira** (317)

## DISCUSSÃO

A busca e consolidação da identidade constituem tarefas importantes da adolescência; a identidade de género é parte integrante e fundamental desta identidade do Eu. Conceitos como identidade sexual, identidade de género, orientação sexual ou papel de género, são muitas vezes usados indiferenciadamente, o que dificulta a clareza na identificação do verdadeiro problema do paciente.

A *identidade sexual* é o padrão das características biológicas da pessoa, abrangendo o sexo cromossómico, a composição hormonal, gónadas, genitais e características sexuais secundárias. No desenvolvimento normal, estas características formam um padrão coeso que não coloca dúvidas. Estudos embriológicos modernos mostraram que todos os embriões mamíferos (geneticamente masculinos ou femininos), são anatomicamente fêmeas durante os estádios precoces da vida fetal. A diferenciação no sentido do sexo masculino, resulta da acção de androgénios fetais, começando na 6ª semana de vida embrionária e terminando no final do 3º mês, demonstrando a importância das hormo-

nas fetais na masculinização ou feminização do cérebro.

A *identidade de gênero* consiste na convicção que uma pessoa tem de pertencer ao sexo masculino ou feminino, do ponto de vista biológico, psíquico e social. Por volta dos 2, 3 anos, a criança sabe que é menino ou menina e manifesta as preferências típicas do seu sexo na escolha dos brinquedos e da roupa; esta representação íntima é fruto do reconhecimento de um corpo sexuado, em associação com os efeitos precoces da socialização. Geralmente, a diferenciação sexual biológica e a identidade de gênero desenvolvem-se no mesmo sentido; tal pode não acontecer: na perturbação de identidade de gênero, o indivíduo com diferenciação sexual somática normal, tem a convicção absoluta e inalterável de pertencer ao sexo oposto, desejando mudar a sua configuração sexual para poder viver sob uma aparência em conformidade com a imagem que construiu de si próprio. A recusa transitória em aceitar o próprio sexo, por volta dos 6, 7 anos, não é considerada patológica, sendo frequente nas raparigas.

Na perturbação de identidade de gênero, o indivíduo encontra-se em conflito interno, devido ao impacto do desenvolvimento pubertário, cujo desenrolar não aceita; por outro lado, enfrenta um conflito externo devido à crescente pressão familiar e social. A puberdade, com o aparecimento dos seios e da menarca nas raparigas e das primeiras ereções nos rapazes, pode ser vivida como catastrófica. É comum observarem-se crises depressivas e gestos suicidas. Dependendo dos sujeitos, poderão prevalecer aspectos perversos, neuróticos ou psicóticos mas, em todos os casos, é evidente a profunda perturbação da auto-imagem. No entanto, nem todos os adolescentes com a perturbação acham a puberdade intolerável; alguns, resignam-se às mudanças corporais e, por um longo período de tempo, tentam comportar-se de acordo com o que o meio espera deles, não conseguindo, porém, suprimir os seus sentimentos.

O *papel de gênero* é o padrão de comportamento que reflecte a sensação interna da identidade de gênero da pessoa; é uma declaração de gênero, através da qual a imagem de homem ou mulher é comunicada aos outros. O papel de gé-

nero não está estabelecido no momento do nascimento; é construído através da aprendizagem, embora a importância da biologia não seja de desprezar. Durante o desenvolvimento normal, é comum a coerência entre identidade de gênero e papel de gênero; no entanto, isto pode não acontecer; a pessoa pode identificar-se com o seu próprio sexo e adoptar o vestir, o pentear e outras características do sexo oposto; por outro lado, poderá identificar-se ao sexo oposto mas, por necessidade, adoptar comportamentos do seu próprio sexo. Se durante a infância se toleram certos desvios em relação aos papéis, na adolescência, a escolha tem que ser clara. O sucesso no seio da sociedade juvenil depende, em grande parte, do papel de gênero; quando este não é claro, o jovem arrisca-se a ser rejeitado pelos colegas, o que não permite o reconhecimento do seu estatuto.

A *orientação sexual* representa a escolha objectal de cada indivíduo. Os jovens com perturbação de identidade de gênero podem ser sexualmente atraídos por homens, mulheres, por ambos ou por nenhum dos sexos. Na maioria dos casos, não se consideram homossexuais, já que a escolha objectal é dirigida para o sexo oposto ao da sua identidade de gênero. A identidade de gênero e a orientação sexual são fenómenos distintos; não é a orientação sexual que perturba estes jovens mas sim o problema da identidade. Assim, a orientação sexual não pode ser encarada como critério de diagnóstico ou tratamento.

Esclarecidos estes quatro conceitos, é possível distinguir entre homossexualidade, travestismo e transsexualidade:

- a *homossexualidade* caracteriza-se pela existência de identidade e papel de gênero típicos do sexo biológico do indivíduo, existindo uma orientação erótica para pessoas do mesmo sexo;
- o *travestismo* implica a existência de identidade e orientação sexual típicas do sexo biológico, com papel de gênero do sexo oposto, por variadas razões, incluindo a excitação sexual;
- a *transsexualidade* ou *perturbação de identidade de gênero* num sentido mais amplo, ca-

racteriza-se pela existência de identidade e papel de género do sexo oposto

## ABORDAGEM HISTÓRICA E ÉTNICA

Esta abordagem tem como finalidade demonstrar que esta perturbação não é um fenómeno recente ou localizado, fazendo parte da história humana. Os historiadores descreveram vários exemplos de mulheres que se alistaram no exército ou na marinha, disfarçadas de homens, e de homens que se vestiam e comportavam como mulheres; entre os mais famosos, encontramos o imperador romano Calígula e o rei James I da Inglaterra; no entanto, o seu comportamento era episódico; provavelmente, hoje seriam chamados de travestis.

Na Índia, os transexuais masculinos estão institucionalizados, naquilo que é parcialmente uma casta, parcialmente um culto religioso, com a sua deusa própria; são chamados "Hijiras" e provêm de famílias hindús, cristãs ou de outras fés. Uma "Hijira" tem, tipicamente, uma história de comportamento efeminado na infância e adolescência precoce; quando reconhece a sua afinidade com outras "Hijiras", junta-se a elas; após um período de provas, é iniciada e recebe novas roupas e um nome feminino. Através de um tipo primitivo de cirurgia, é-lhe amputado o pénis, o escroto e os testículos pelas outras "Hijiras"; tradicionalmente, trabalham como cuidadoras das casas de banho públicas, como cantoras ou bailarinas em festivais públicos ou como prostitutas.

Os Navajos do sul dos Estados Unidos da América, reconhecem 3 sexos, em vez dos clássicos 2: o feminino, o masculino e o 3º sexo que é, simultaneamente, o resultado da união dos dois primeiros ou a ausência de ambos. Enquanto que os indivíduos que nascem com uma ambiguidade sexual são automaticamente considerados como pertencendo ao 3º sexo, os indivíduos fisicamente normais, podem definir-se como pertencendo a este sexo, mediante a sua própria identidade de género. Este 3º sexo já foi muito mais respeitado antes dos Navajos terem sido conquistados e a sua cultura parcialmente destruída pela imposição do catolicismo.

Em Burma, acredita-se que os transexuais

femininos estão possuídos por um espírito masculino, desempenhando uma função importante nos templos religiosos.

A história moderna da perturbação e da intervenção médica na mudança de sexo, data de 1930, com a primeira operação documentada, realizada na Alemanha. Esta 1ª cirurgia consistiu na mudança para o sexo feminino, tendo tido complicações trágicas. O primeiro transsexual sobrevivente à cirurgia foi o ex-George Jorgensen, militar americano, que se tornou Christine Jorgensen em 1953, tendo sido o responsável por trazer à luz do dia esta problemática. Também nesta altura, foi introduzido, na linguagem médica, o termo "Transsexualidade", pelo Dr. Harry Benjamim, um endocrinologista americano.

Na história recente, a transsexualidade chegou a ser encarada como uma psicose delirante, sendo os pacientes submetidos a terapêutica antipsicótica e electroconvulsivoterapia, sem alterações do quadro clínico.

Desde 1953, muitas cirurgias foram já realizadas, acompanhando a evolução do conhecimento médico nesta área.

## ETIOLOGIA

São várias as tentativas de explicar a origem desta perturbação; entre as mais divulgadas, salientam-se as abordagens biológica, psicanalítica, comportamental e cognitiva.

A *abordagem biológica* salienta os efeitos dos androgénios fetais na organização cerebral de um padrão sexual. Nos mamíferos, o embrião é inicialmente feminino, quer seja nos casos de genótipo XX, quer nos casos de genótipo XY. À medida que o feto se desenvolve, só será gerado um rapaz se os androgénios entrarem em acção; na ausência de testículos e androgénios, desenvolvem-se os genitais externos femininos.

Mais recentemente, um estudo identificou uma região no hipotálamo que é marcadamente menor na mulher do que no homem. Os cérebros das mulheres transexuais examinadas neste estudo mostraram um desenvolvimento cerebral mais próximo dos homens; em 6 transexuais masculinos, essa região era do mes-

mo tamanho ou menor do que nas mulheres, independentemente do tratamento hormonal.

A teoria da masculinização do cérebro assenta no facto da testosterona afectar os neurónios cerebrais que contribuem para a masculinização do cérebro, em áreas como o hipotálamo.

Segundo Harry Benjamim (responsável pela apresentação da perturbação à comunidade médica geral), "se o soma for saudável e normal, não se desenvolve nenhum caso grave de transexualidade, apesar de todas as provocações". Benjamim defendeu a abordagem biológica, acreditando que os sistemas genético e endócrino forneciam um terreno fértil para as influências ambientais.

O peso das evidências científicas actuais sugerem uma etiologia multifactorial, baseada na biologia.

A *abordagem psicanalítica* baseia-se na bissexualidade inata do ser humano. O sentimento de género começa na relação do bebé com a mãe, sendo a qualidade desta relação, durante os primeiros anos de vida, da maior importância no estabelecimento da identidade de género. Durante este período, uma mãe hostil e desvalorizante pode levar a problemas de identidade na criança. Quando os problemas de género se associam a problemas de separação-individação, o resultado pode ser o uso da sexualidade para permanecer em relações caracterizadas por uma alternância entre a infantilidade exagerada e uma distância hostil. Sigmund Freud acreditava que os problemas de identidade de género resultavam de conflitos experimentados pela criança dentro do triângulo Edipiano, conflitos estes desencadeados por eventos familiares reais e fantasias infantis. Seja o que for que interfira com o amor da criança pelo progenitor do sexo oposto e a identificação com o progenitor do mesmo sexo, interfere com a aquisição da identidade de género. A algumas crianças é passada a mensagem de que elas seriam mais valorizadas se adoptassem a identidade de género cruzada; as crianças abusadas ou rejeitadas podem actuar baseadas nesta crença.

O papel do pai é muito importante nos primeiros anos de vida, nomeadamente no processo de separação-individação; sem a presença do pai, a mãe e a criança podem permanecer de-

masiado apegadas. Para uma rapariga, o pai é, normalmente, o protótipo dos futuros objectos de amor; para o rapaz, o pai é o modelo para a identificação masculina.

A adesão ao seu próprio sexo é mais ambígua nos rapazes, o que pode explicar o maior número de casos de homossexualidade e transexualidade nos homens. Betleheim aponta a menarca como o sinal exacto de acesso à feminilidade, ao passo que os homens não possuem um indicador tão claro e dissipador de ambiguidade no que diz respeito à identidade de género. A compreensão psicanalítica desta perturbação está melhor estabelecida para os rapazes do que para as raparigas. Os transsexuais masculinos podem não conseguir separar o self da mãe, durante a infância precoce; na tentativa de resolver o conflito Edipiano, identificam-se à mãe, em lugar de se identificarem ao pai; por outro lado, estas mães revelam uma grande dificuldade em separarem-se dos seus filhos.

Os teóricos da identificação baseiam-se no facto de as ligações iniciais se fixarem junto de uma imagem feminina e de os homens conservarem resíduos de identificação feminina, que complicariam o processo de consolidação da identidade de género. A inibição ou aniquilamento de toda e qualquer angústia de castração até à castração real, encontraria a sua origem na simbiose original e excessiva com a mãe, na ausência do pai.

A origem da perturbação também pode estar relacionada com a morte, ausência prolongada ou depressão da mãe, às quais o rapaz pode reagir através da identificação total com ela, ou seja, transformando-se na mãe para a poder substituir.

As mães das raparigas transsexuais não possuem um *self* coeso, têm uma relação objectal deficiente e sentem inveja e ciúme do género sexual oposto, comunicando-o à sua filha; uma mãe que deseja que a sua filha única seja homem (talvez numa tentativa de preencher o vazio de um pai ausente), transmite-o, por via do inconsciente, à sua filha.

Apesar de tudo, a existência de relações intrafamiliares estáveis e harmoniosas não exclui a possibilidade de uma ou mais das suas crianças terem esta perturbação.

A *abordagem comportamental* encara a perturbação como o resultado de um processo de aprendizagem (familiar, social e cultural), imposto sobre uma matriz de género indiferenciada. As características biológicas relacionam-se com um sistema de estímulos (incluindo reforços positivos e negativos), com vista ao estabelecimento da identidade de género. Nos períodos críticos, os factores biológicos, psicodinâmicos e ambientais (em particular, as expectativas parentais e a forma de educar os filhos), têm uma grande importância na génese da perturbação. Money comparou o processo de formação da identidade de género ao processo de aquisição de linguagem.

A *abordagem cognitiva* relaciona o desenvolvimento da identidade de género com a maturação do desenvolvimento cognitivo. Os estudos da matéria concordam que, em todas as crianças, se encontra um sentimento de identidade de género antes dos 3 anos de idade; este sentimento é resistente à mudança pelo que, tendo como base a evidência clínica, é sensato assumir a fundação da perturbação antes desta idade. Assim, é necessária mais pesquisa neste período de vida se o objectivo é entender melhor a etiologia da perturbação. Dados apontados por Douvan apoiam a tese de que a representação do género precede o processo de identificação ao progenitor do mesmo sexo e que os pais não são os únicos elementos modeladores neste processo.

Segundo Money, "As causas da perturbação dividem-se em genéticas, pré-natais hormonais, pós-natais sociais e hormonais pós-pubertárias".

## EPIDEMIOLOGIA

Existe pouca informação disponível sobre a prevalência da perturbação em crianças e adolescentes. A maior parte das estimativas de prevalência baseia-se no número de pessoas que procura a cirurgia para mudança de sexo, número este que indica uma clara predominância do sexo masculino (um para cada 30.000 indivíduos); a prevalência estimada para o sexo feminino é de 1 para 100.000 indivíduos. Os *ratio* sexo masculino: sexo feminino em 3 clínicas de

perturbação de identidade de género para crianças eram de 30:1, 17:1 e 6:1. No entanto, a relação homem/mulher, tem vindo a diminuir ligeiramente com o aumento de casos diagnosticados de transexualidade feminina. A distribuição nas diferentes faixas etárias mantém-se constante.

## CLÍNICA

A perturbação reporta-se, geralmente, à infância precoce. As meninas costumam ter um grande interesse pelo desporto, não mostram interesse em bonecas ou em brincar às casinhas (a menos que desempenhem o papel de pai ou outro papel masculino); adoptam os rapazes como companheiros de brincadeira; podem recusar urinar numa posição sentada; é frequente ouvi-las dizer que têm ou irão ter pénis e que não querem ter peito ou ser menstruadas. Os meninos com a perturbação, preferem vestidos; as bonecas são os seus brinquedos preferidos e as meninas as companheiras de jogos; costumam ser gozados e rejeitados pelos outros meninos, um fenómeno que raramente ocorre com as meninas, pelo menos antes da adolescência. Algumas crianças recusam-se a ir para a escola porque são gozadas ou por serem pressionadas para se vestir de acordo com o seu sexo biológico.

Os sinais e sintomas são semelhantes em adolescentes e adultos; o indivíduo manifesta o desejo de pertencer ao sexo oposto, pretendendo adquirir as características deste novo sexo, pedindo procedimentos médicos ou cirúrgicos para o conseguir. Rosenbaum verificou que, em 30 raparigas adolescentes com a perturbação, a maior preocupação era centralizada nos seios, sinal visível da sua feminilidade.

Os critérios diagnósticos para a perturbação de identidade de género, segundo a DSM-IV, são:

- a existência de uma identificação de género cruzada persistente (e não apenas um mero desejo de pertencer ao sexo oposto por vantagens culturais). Nas crianças, a perturbação manifesta-se por 4 ou mais dos seguintes itens:

- 1 - o desejo expresso ou a insistência em pertencer ao sexo oposto;

- 2 - nos rapazes, preferência por adornos femininos; nas raparigas, insistência em vestir apenas roupa tipicamente masculina;
- 3 - preferência forte e persistente para papéis de género cruzado em jogos de fingir;
- 4 - intenso desejo de participar em jogos típicos do sexo oposto;
- 5 - forte preferência por companheiros do outro sexo.

Nos adolescentes e adultos, a perturbação manifesta-se por um desejo de pertencer ao sexo oposto, por assumir uma identidade e papel de género cruzado ou pela convicção de ter as sensações e reacções típicas do outro sexo:

- o desconforto persistente com o seu sexo; nos rapazes, são comuns as afirmações de que o seu pénis ou testículos são repugnantes; têm aversão a jogos violentos; nas raparigas, é comum a rejeição em urinar sentadas; costumam dizer que têm ou terão pénis e que não querem que lhes cresçam os seios ou serem menstruadas. Nos adolescentes e adultos, a preocupação em libertar-se das suas características sexuais é verbalizada no pedido de terapia hormonal ou cirurgia, com o objectivo de se aproximar do seu sexo psíquico;
- é critério de exclusão de diagnóstico a existência de um estado físico intersexual, como por exemplo, um síndrome de hipersensibilidade aos androgénios, a hiperplasia adrenal congénita ou o síndrome de Klinefelter;
- a perturbação causa mal-estar ou dificuldade clinicamente significativa no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas.

Nesta classificação, a perturbação de identidade de género é codificada segundo a idade do indivíduo, em perturbação nas crianças ou perturbação em adolescentes e adultos.

A CID-10 apresenta 5 distúrbios de identidade de género; um destes distúrbios é a transsexualidade, definida pelo desejo de pertencer ao sexo oposto, durante, pelo menos 2 anos; este desejo não pode ser sintoma de outra

perturbação mental; o diagnóstico só poderá ser realizado na ausência de anomalias intersexuais, genéticas ou dos cromossomas sexuais.

## ABORDAGEM TERAPÊUTICA

O tratamento da perturbação é complexo e raramente bem sucedido, quando o objectivo é a reversão do quadro clínico. A maior parte dos doentes não está disposta a mudar; quando concordam com o início de uma psicoterapia, geralmente é devida à depressão ou ansiedade associadas. A abordagem terapêutica geralmente utilizada consiste em:

- encarar firmemente a pessoa consoante o sexo que na realidade tem;
- trabalhar a confusão e *stress* individual e familiar, de modo a estar na melhor posição possível para fazer escolhas reais, quando chegar a altura;
- encontrar, juntamente com o doente, aquilo que é exigido para uma eventual mudança de sexo:
  - estabilidade emocional
  - idade mínima de 18 anos (altura em que o corpo está mais próximo da maturidade física)
  - viver como membro do sexo oposto, com sucesso, durante um período mínimo de 2 anos.

Esta perturbação é totalmente resistente à hipnose, psicoterapia, terapia comportamental e terapêutica medicamentosa. O objectivo do terapeuta deverá ser ajudar os pacientes a sentirem-se confortáveis com a identidade de género desejada e não criar uma pessoa com uma identidade sexual convencional. A abordagem destes indivíduos divide-se em 3 fases:

- *Numa 1ª fase* é realizada a avaliação psicológica do doente; é nesta fase que se informa sobre as possibilidades (ou impossibilidades) da cirurgia, sobre o procedimento técnico e possíveis consequências, de modo a prevenir expectativas irrealistas; também nesta fase são realizados os exames laboratoriais, entre os quais se contam o doseamento de hormonas sexuais e de enzimas hepáticas. Cerca de 40% dos doentes

tes decidem desistir da cirurgia, nesta fase; destes, a maioria regressará ao fim de 10 anos de evolução do quadro clínico.

- *Numa 2ª fase* é iniciada a terapêutica hormonal, associada ou não a outros procedimentos, como electrólise e terapia da fala. É nesta altura que se inicia o teste dos 2 anos de vida real, proposto pela primeira vez por Money e Ambinder; este teste é baseado no princípio do auto-diagnóstico, exigindo que o candidato a cirurgia viva, durante um período mínimo de 2 anos, no papel de género desejado. Os efeitos da terapia hormonal são limitados e graduais, sendo alguns irreversíveis. O objectivo desta terapia consiste no aumento da coerência entre a aparência física e a identidade de género do paciente. Aos 6 meses, os resultados da terapia hormonal começam a tornar-se permanentes. Um efeito que necessita de uma posterior avaliação consiste numa melhoria do humor, o que pode ser difícil de diferenciar dos efeitos psicológicos da aquisição das mudanças físicas desejadas; a terapia hormonal altera a química básica do cérebro, afectando a percepção e a função.

No caso dos jovens do sexo masculino, são prescritos estrogénios, progesterona e um bloqueador dos receptores de estrogénios (sendo o mais comum o acetato de ciproterona); os estrogénios podem ser administrados por via oral ou intramuscular. O tratamento combinado apresenta resultados superiores à administração única de estrogénios. O efeito desejado dos estrogénios consiste no desenvolvimento de uma figura mais feminina, com arredondamento dos contornos corporais e aumento do volume dos seios, de uma forma limitada mas satisfatória.

Os efeitos desejados dos supressores de androgénios são a diminuição do pêlo corporal, diminuição do volume testicular e diminuição no número de erecções espontâneas. O volume testicular pode ser diminuído em 25% após 1 ano de tratamento, o que torna mais fácil o processo de ocultação dos genitais masculinos. A diminuição do pêlo corporal é eficaz no tronco e nos membros, mas é pouco eficaz na face; só a electrólise é eficaz quando se pretende a ausência total de pêlo. As erecções espontâneas são su-

primidas em 3 meses de tratamento; no entanto, durante a estimulação erótica, podem ocorrer, evidenciando uma independência relativa dos androgénios. É comum a diminuição da libido. O timbre de voz e o comprimento do pênis não sofrem qualquer alteração; a terapia da fala é essencial para alcançar um timbre de voz mais feminino.

A maior parte dos efeitos dos estrogénios são reversíveis com o tempo. A administração intramuscular é preferida à oral, já que evita a passagem do fármaco através do fígado e a sua possível conversão em metabolitos menos importantes.

No caso dos pacientes do sexo masculino, são prescritos ésteres de testosterona, por via intramuscular, ou decanoato de testosterona, por via oral. O efeito mais apreciado pelas doentes foi a supressão da actividade menstrual, que ocorre em 90% dos casos, ao fim de 3 meses de tratamento. Outros efeitos incluem o aumento da libido, o aumento do clitóris (que é máximo ao fim de um ano), o aumento da massa muscular (nas mulheres que fazem exercício físico), o aumento na qualidade e espessura do pêlo facial e corporal e o aumento da agressividade. Alguns indivíduos desenvolvem alopecia frontal; ao fim de 3 meses de tratamento, a voz fica mais grave.

No pós-operatório, a terapia hormonal é necessária para manter as mudanças corporais induzidas e para prevenir a atrofia cutânea e a osteoporose. As alterações provocadas pela testosterona não são completamente reversíveis.

Durante esta fase, o doente é seguido em consulta de psiquiatria, de dois em dois meses; uma vez por ano, é colhido sangue para doseamento de enzimas hepáticas. Após 18 meses de tratamento, o caso clínico será discutido em reunião de equipa; apenas terão indicação cirúrgica os doentes que tenham experimentado um alívio da sintomatologia; se se mantiverem dúvidas, a cirurgia será adiada até esta condição ser cumprida.

- *Numa 3ª fase* o indivíduo é enviado a um cirurgião plástico ou ginecologista, com o objectivo da reconstrução cirúrgica. Regra geral, os resultados cirúrgicos são irreversíveis. Os resultados são mais satisfatórios no caso de mudança para o sexo feminino.

Neste caso, as cirurgias incluem:

- vaginoplastia e clitoroplastia- a neo-vagina é funcional e cosmeticamente indistinguível da vagina de uma mulher normal;
- lipoescultura para as ancas;
- falotomia e orquidectomia;
- implantes mamários (apenas após 1 ano de terapia hormonal, altura em que se pode fazer uma boa estimativa do volume final mamário);
- rinoplastia;
- transplante de cabelo;
- remodelação facial;
- cirurgia das cordas vocais (para tornar a voz mais aguda).

A cirurgia de mudança para o sexo masculino compreende, num primeiro tempo:

- mastectomia bilateral;
- histerectomia e ooforectomia bilateral;
- encerramento da vagina;
- lipoesculturas para as ancas.

Num segundo tempo cirúrgico, poder-se-à realizar a faloplastia. Esta cirurgia demora cerca de 4 horas e exige um internamento de 10 dias. Os doentes devem ser informados sobre a ausência de sucesso na construção cirúrgica de um falo funcional, razão pela qual este procedimento não é muito frequente. Neste caso, a administração de androgénios desempenha o papel fundamental na mudança de sexo.

## EVOLUÇÃO E PROGNÓSTICO

O sintoma principal da perturbação de identidade de género consiste no sentimento de desconforto no seu sexo anatómico, o que implica que os resultados do tratamento devam ser avaliados segundo este sintoma subjectivo.

Grande parte dos estudos mostram satisfação face aos resultados da cirurgia; no entanto, alguns indivíduos continuam a sentir-se inapropriados no novo papel, em casos descritos nos EUA. Um dado curioso consiste no facto do número de tentativas de suicídio, no pós-operatório, reduzirem para as mulheres mas aumentarem para os homens. A terapia de acompanhamento psicológico deverá ser mantida no pós-

-operatório. A taxa de sucesso da terapia combinada (terapia hormonal + cirurgia + consulta psicoterapêutica) ronda valores de 97%. Os resultados podem ser avaliados em termos da capacidade do indivíduo em arranjar emprego, capacidade de envolver-se em relacionamentos e integração na comunidade.

Muitos estudos retrospectivos de transsexuais reportam os problemas de identidade sexual à infância mas, estudos prospectivos de crianças com perturbação de identidade de género indicam que poucas se tornam transsexuais. Alguns investigadores descrevem o comportamento pós-operatório como uma quase caricatura do novo papel sexual assumido. A taxa de suicídio pós-operatório ronda os 2%. A maioria dos transsexuais admite que demorou 2 a 5 anos após a cirurgia, para integrar as mudanças psicológicas e sociais nas suas vidas. O prognóstico depende da idade de início e da intensidade dos sintomas. A depressão é um problema comum quando predomina a impotência face à mudança de sexo; estão descritos casos de homens que se castraram como forma de obrigar o cirurgião a operar. Uma grande parte dos pacientes fica satisfeita com as mudanças induzidas pela terapia hormonal, não tendo necessidade de recorrer à cirurgia.

Concluindo, a problemática da identidade de género reaviva-se na adolescência e reveste um carácter normativo que ainda não possuía na infância. O acesso à maturidade pubertária impõe um corpo manifestamente sexuado, para si próprio e para os outros, acarretando a exigência da reconstrução da imagem corporal.

## ABSTRACT

*The authors present a clinical case of gender identity disorder in an adolescent female, followed by a theoretical review about this subjects.*

**Key-words:** *Gender identity disorder; clinical case.*

## BIBLIOGRAFIA

- Athayde JS, Peixoto I, Gentil Martins A, Martins MR, Silva DB, Miguens MJ, Silva MA Prats L: A sexualidade e suas perturbações. In Elementos da psiquiatria da criança e do adolescente; Lisboa; Instituto de

- assistência psiquiátrica e do centro de saúde mental infantil de Lisboa, 259, 1977.
- Benjamim H. *The transsexual phenomenon*. New York, The Julian Perss (1966).
  - Benjamim H. Transvestism and transsexualism. *J Sex Research* 1953; 2: 13.
  - Bergmann K, Kendell RE, Bonn JA. In Enciclopédia Concisa de Psiquiatria: Leigh D, Pare CMB, Marks J; Lisboa, Roche Farmacêutica Quimica, 349, 1981.
  - Claes M. Cap IV- A puberdade e o desenvolvimento da sexualidade na adolescência; Cap VI- O desenvolvimento da socialização: As relações familiares, os papéis sexuais e as amizades. In Os problemas da adolescência: Mardaga P; 2ª Edição; Lisboa/São Paulo, Editorial Verbo, 78-95, 134-138, 1990.
  - Gomes FA, Matos G. Vários tipos de sexo. *SOS Saúde* 2000: 100-105.
  - Gooren L. An appraisal of endocrine theories of homosexuality and gender dysphoria. In Handbook of Sexology, vol 6, Sitsen JMA (ed) Amsterdam, Elsevier Science Publishers (1988), 410-424.
  - Green R, Fleming DT. Transsexual surgery follow-up: status in the 1990's. *Annual review of sex research* 1990; 1: 163-174.
  - Green R. *Sexual identity conflict in children and adults*. New York, Basic Books (1974).
  - Kaplan HI, Sadock BJ. Human sexuality: Gender identity disorders. In Synopsis of Psychiatry: Cancro R, Edmondson J, Gabbard GO, Manley M, Pataki CS, Sadock VA. 8ª Edição. Maryland, Williams & Wilkins, 676-719, 1997.
  - King D. The transvestite and the transsexual, Newcastle upon Tyne. Atheneum Press 1993: 46.
  - Lothstein LM. Psychodynamics and sociodynamiques of gender dysphoric states. *Am J of Psychotherapy* 1979; 33: 214-218.
  - Lynne J, Reid R, Ceglie D, Dalrymple J, Gooren L, Green R, Money J. Transsexualism: The current medical viewpoint. UK Parliamentary Forum on Transsexualism 1996: 1-9.
  - Marcelli D, Braconnier A. A sexualidade e seus distúrbios. In Manual de psicopatologia do adolescente, São Paulo, Masson, 174-184, 1989.
  - Meyer-Bahlburg HFL. Hormones and psychosexual differentiation: Implication for the management of intersexuality, homosexuality and transsexuality. *Clinics in Endocrinology and Metabolism* 1982; 11: 681-701.
  - Money J, Ambinder R. Two year real life diagnostic test: rehabilitation versus cure. In Controversy in psychiatry, Brady JP, Brodie HKM (eds). Philadelphia, WB Saunders (1978), 833-845.
  - Money J. Gay, straight and in-between. The sexology of erotic orientation. New-York, Oxford university Press (1988), pp 53, 85, 99.
  - Money J. Lovemaps. New-York, Irvington Publishers (1986), 106-108.
  - Money J. The concept of gender identity disorder in childhood and adolescence after 39 years. *J Sex and Marital Therapy* 1994; 3: 163-177.
  - Perturbações sexuais e de identidade de género. In Mini DSM-IV: Critérios de diagnóstico: Fernandes JC; 1ª Edição; Lisboa, Climepsi Editores, 251-253, 1996.
  - Reid RW. Medical aspects of gender identity disorder (transsexualism) and their legal relevance. Jubilee Room, House of commons 1994: 1-3.
  - Steinberg D. Problems of sexual identity, experience and behaviour. In Basic Adolescent Psychiatry; Oxford, Blackwell scientific publications, 130-133, 1987.
  - Stoller RJ. A further contribution to the study of gender identity. *Int J Psychoanalysis* 1968; 49: 364-367.
  - Zhou JN, Hoffman MA, Gooren L, Swaab DF. A sex difference in the human and its relation to transsexualty. *Nature* 1995; 378: 68-70.