



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**

**CAMPUS I**

**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

**CURSO DE / PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**MATHEUS MELO LEONCIO**

**DISFORIA DE GÊNERO: CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA  
COGNITIVO COMPORTAMENTAL**

**CAMPINA GRANDE, PB**

**2020**

MATHEUS MELO LEONCIO

**DISFORIA DE GÊNERO: CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA COGNITIVO  
COMPORTAMENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado a/ao Coordenação /Departamento do Curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

**Área de concentração:** Psicologia

**Orientadora:** Profa. Dra. Emily Souza Gaião e Albuquerque

**CAMPINA GRANDE, PB**

**2020**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

L582d Leoncio, Matheus Melo.

Disforia de gênero [manuscrito] : contribuições da Terapia Cognitivo Comportamental / Matheus Melo Leoncio. - 2020.

24 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde , 2021.

"Orientação : Profa. Dra. Emily Souza Gaião e Albuquerque , Coordenação do Curso de Psicologia - CCBS."

1. Gênero. 2. Psicoterapia. 3. Imagem corporal. 4. Terapia Cognitivo Comportamental. I. Título

21. ed. CDD 616.891 4

MATHEUS MELO LEONCIO

**DISFORIA DE GÊNERO: CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA COGNITIVO  
COMPORTAMENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado a/ao Coordenação /Departamento do Curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia

Aprovada em: 14/12/2020

**BANCA EXAMINADORA**

*Emily S. Gaião e Albuquerque*

---

Profa. Dra. Emily Souza Gaião e Albuquerque (Orientadora)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

*Luann Glauber Rocha Medeiros*

---

Prof. Me. Luann Glauber Rocha Medeiros  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

*Lorena Bandeira Melo de Sá*

---

Profa. Ma. Lorena Bandeira Melo de Sá  
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)  
Centro Universitário Maurício de Nassau – CG

À minha mãe pelos anos de esforço e colaboração nesse projeto de formação. Serei eternamente grato aos seus esforços para que eu percorresse toda a trajetória acadêmica, que de outro modo teria trazido muitas dificuldades ao longo do percurso. De forma semelhante, dedico a meu pai que reconheceu a necessidade da minha formação. Por último, à Agnes, mulher com quem pretendo formar compromisso eterno diante de Deus, a qual mostra diariamente seu companheirismo e amizade, DEDICO.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-V.
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TFM	Transexuais mulheres para homens
TMF	Transexuais homens para mulheres

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>08</b>
<b>2</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>10</b>
<b>2.1</b>	<b>Terapia cognitivo comportamental.....</b>	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>14</b>
<b>4</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>4.1</b>	<b>Sufrimento decorrente de discriminação e exclusão social.....</b>	<b>15</b>
<b>4.2</b>	<b>Sufrimento decorrente da incongruência entre gênero experimentado e designado .....</b>	<b>16</b>
<b>4.3</b>	<b>A relevância no trabalho da terapia cognitivo comportamental com a imagem corporal.....</b>	<b>18</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>20</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>21</b>

## **DISFORIA DE GÊNERO: CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL.**

### **GENDER DYSPHORIA: CONTRIBUTIONS OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY.**

Matheus Melo Leôncio\*

#### **RESUMO**

No presente trabalho buscou-se realizar uma análise da condição de disforia de gênero. O sofrimento experimentado nessa condição é decorrente tanto das discriminações sociais e familiares sofridas por tal público, como também devido ao sentimento de incongruência entre o gênero designado e o gênero experimentado. Nesse quadro surgirão comorbidades em sujeitos que vivenciam a disforia de gênero, em conjunto com a insatisfação com a própria imagem corporal. A partir das bases teóricas da Terapia Cognitivo Comportamental foi proposto meios de contribuição na área clínica para amenização do sofrimento psicológico de tais sujeitos. Para isso, o trabalho tem por objetivo elaborar uma revisão bibliográfica integrativa que vise explicar a condição de disforia juntamente com as possíveis intervenções mediante a Terapia Cognitivo Comportamental com suas mais variadas técnicas, almejando a redução de angústia do cliente. Diante disso, a psicoterapia possui caráter fundamental em tais experiências, não sendo adequado a compreensão de que a disforia só pode ser tratada mediante procedimentos cirúrgicos e de reposição hormonal. Conclui-se que a TCC pode oferecer valioso suporte psicoterápico para sujeitos que experimentam essa realidade em suas vidas, trabalhando o sofrimento advindo de discriminação, bem como no desconforto e incongruência da imagem corporal que o indivíduo tem de si mesmo. Demanda-se, no entanto, um maior investimento por parte dessa abordagem teórica no desenvolvimento de dispositivos voltados exclusivamente para esse público que acaba sendo marginalizando até mesmo em propostas de tratamento, haja vista a escassez de materiais produzidos pela abordagem, encontrados durante a pesquisa, no trato com a disforia de gênero.

**Palavras-chave:** Disforia. Gênero. Psicoterapia. Imagem Corporal.

#### **ABSTRACT**

In the present work we intended to carry out an analysis of the condition of gender dysphoria. The suffering experienced in this condition is due both to the social and family discrimination suffered by such public, as well as due to the feeling of incongruity between the gender designated gender experienced. In this context, comorbidities will appear in subjects who experience gender dysphoria, together with dissatisfaction with their own body image. Based on the theoretical bases of Cognitive Behavior Therapy, means of contribution in the clinical area has been proposed to alleviate the

---

\* Graduando em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba.  
[Matheus.geisler.craig@gmail.com](mailto:Matheus.geisler.craig@gmail.com).



psychological suffering of such individuals. For this, the work has been aimed to elaborate a integrative bibliographic review that aims to explain the condition of dysphoria together with the possible measures through a Cognitive Behavioral Therapy with its most varied techniques, aiming at reducing the patient's distress. Thus, the psychotherapy has a fundamental character in such experiences, and it is not appropriate to understand that dysphoria can only be treated through surgical procedures and hormonal therapy. Finally, it is concluded that a CBT can offer valuable psychotherapeutic support to subjects who experience this reality in their lives, working the suffering arising from discrimination, as well as discomfort and incongruity of body image. However, there is a need for greater investment on the part of this theoretical approach in the development of devices aimed exclusively at this audience that ends up being marginalized even in treatment proposals, given the scarcity of materials researched by the approach, found during the research, in the treating with gender dysphoria.

**Keywords:** Dysphoria. Gender. Psychotherapy. Body Image.

## 1. INTRODUÇÃO

A disforia de gênero, conforme JOSEPH et al. (2017), apresenta-se como quadro nosológico que revela um alto índice de angústia, acarretando em significativos níveis de estresse e ansiedade, promovendo a disfunção na ocupação social de tais sujeitos, havendo alta associação entre tal quadro e o risco de suicídio e lesões auto provocadas.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2014) em sua quinta edição, a disforia de gênero em indivíduos do sexo masculino biológico possui prevalência de 0,005 a 0,014%, enquanto no sexo feminino varia entre 0,002 a 0,003%. Apesar de ser mais presente em indivíduos do sexo masculino biológico, as diferenças de porcentagem entre os sexos encaminhados para clínicas irão depender do grupo etário. No grupo das crianças a proporção na comparação de meninos para meninas varia entre 2 garotos para 1 garota a 4,5 para 1, respectivamente, sendo os garotos mais propensos a desenvolver disforia de gênero. Já em adolescentes a proporção entre homens e mulheres se aproxima da paridade. No que tange aos adultos o índice de transexuais masculinos para femininos (TMF) é também superior ao número de transexuais femininos para masculinos (TFM). Já em países orientais como Japão e Polônia a proporção é favorável ao sexo feminino ao nascer, havendo maior índice de TFM. Em outras pesquisas que reforçam e coadunam os dados apresentados, ao revisar os índices de prevalência da transexualidade, constatou-se proporção semelhante, sendo um fenômeno mais frequente em homens de nascimento quando em comparação com mulheres. (KESTEREN, GOOREN, 1997)

As tentativas de suicídio por transgêneros ao redor do mundo são consideradas altas quando comparadas a população em geral, atingindo índices entre 32 e 50%, de indivíduos desse grupo. Os fatores de risco classificados para a ocorrência de tal fenômeno, ainda de acordo com o mesmo estudo, são: vitimização baseada em gênero; violência; bullying; rejeição pela família; amigos e comunidade; havendo discriminação também nos serviços de saúde. Tais fatores potencializam o risco de suicídio entre esse público (VIRUPAKSHA; MURALIDHAR; RAMAKRISHNA, 2016). Apesar da pontuação existente na pesquisa anterior sobre fatores de riscos externos haveriam duas formas de angústia existentes na disforia de gênero, sendo estas: decorrentes de preconceito e decorrentes da própria incongruência experimentada entre o significado que o corpo possui, e o significado do gênero ao qual o sujeito compreende pertencer (COOPER et al. 2020).

Há, no entanto, problemas que devem ser mencionados quanto a discussão da utilização de abordagens psicoterápicas no tratamento de disforia de gênero. A partir de alguns estudos que associam a disforia de gênero a aspectos genéticos e de estrutura cerebral tornar-se-ia mais produtivo adotar a cirurgia como única forma de reparar tal sofrimento experimentado por esses sujeitos visto que a psicoterapia pouco teria influência sobre a genética do indivíduo ou na remodelação de estruturas cerebrais. Conforme SPIZZIRRI (2012), os hormônios afetam a estrutura cerebral feminilizando cérebros masculinos, fenômeno que ocorre já na etapa da gestação. Exatamente por conta desse fator, a mente transexual não pode ser mudada para uma orientação de gênero diferente da vivenciada subjetivamente pelo sujeito. A mente transexual não pode se ajustar ao corpo, sendo assim, torna-se mais adequado fazer o oposto, a saber, ajustar o corpo a mente do transexual (VENTURA; PÉREZ; NEGRETE, 2015). Diante dessas informações torna-se evidente que a psicoterapia

possuiria papel secundário, em sujeitos que vivenciam a disforia de gênero, sendo o fator de maior relevância para o abrandamento do sofrimento de tais sujeitos a cirurgia de redesignação sexual. Em síntese, o recurso que teria real efeito na redução do sofrimento de pessoas transgêneros que experimentam a disforia seria a cirurgia de redesignação sexual e a administração de hormônios sintéticos para remodelação das características sexuais secundárias. Entretanto, considerando os fatores sociais citados acima, percebe-se que essa dimensão não pode ser negligenciada, pois as mesmas pesquisas citadas anteriormente atribuem significativa influência a fatores sociais e ambientais na constituição do gênero de um indivíduo. Ainda em conformidade com tal afirmação, apesar de ser impossível negar a determinação de fatores orgânicos na constituição do gênero experimentado, a educação e fatores sociais, são importantes e talvez prevalentes na constituição da identidade de gênero com a qual o sujeito se identifica (CORSELLO et al. 2011).

Longe de compreender que a psicoterapia tem relevância secundária no tratamento oferecido a tais indivíduos, o presente trabalho terá por intenção propor exatamente a tese contrária, a saber, que a psicoterapia tem relevância primordial na redução do sofrimento em indivíduos trans que experimentam a realidade da disforia de gênero. Seguir-se-á por duas vias, sendo: as contribuições da psicoterapia na redução do sofrimento decorrente do estigma experimentado por tal público; e a redução do sofrimento decorrente da incongruência experimentada pelo sujeito entre o gênero atribuído e o sexo anatômico, ou sua imagem corporal.

A terapia cognitivo comportamental (TCC) será o modelo teórico a ser utilizado na análise das contribuições possíveis no tratamento disponível à disforia de gênero. A partir dessa abordagem analisar-se-á o sofrimento subjetivo decorrente de pensamentos automáticos intrusivos que acarretam desconforto e que são derivados de crenças subjacentes e nucleares, no que diz respeito ao eu, mundo e futuro. Nessa abordagem teórica haverá por intenção a modificação de tais padrões cognitivos por meio de técnicas tanto cognitivas quanto comportamentais, as quais visam enfraquecer a rigidez da crença do cliente em tais padrões de processamento de informação e mediante isso substituí-las por estilos de pensamento mais funcionais. Tais filtros de percepção quando mais funcionais afetariam por consequência o julgamento excessivo até mesmo no que diz respeito a imagem corporal. Quando necessário será indicado ao cliente meios de resolução de problemas diante de pensamentos automáticos e crenças subjacentes que se apresentem como verdadeiros e que causem significativo desconforto, havendo o incentivo para que o sujeito compreenda sua própria condição criando assim autonomia sobre seu processo de amenização de sofrimento psicológico e social.

Diante de tais considerações o trabalho terá por objetivo analisar a relevância da psicoterapia no tratamento de disforia de gênero a partir das contribuições teóricas da terapia cognitivo comportamental. Constata-se a relevância de tal estudo devido a baixa produção teórica encontrada nas bases de dados utilizadas para construção desse trabalho, indicando que a própria abordagem cognitivo comportamental tem apresentado poucas contribuições teóricas na condição de sujeitos que experimentam sofrimento decorrente da disforia de gênero. Sendo assim, buscar-se-á apontar, mediante a prática psicoterápica em transtornos semelhantes, vias possíveis de tratamento para pessoas que experimentam a realidade da disforia de gênero em suas vidas, visando diminuir os efeitos do sofrimento vivenciado por esses sujeitos.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças, na sua décima versão (CID-10, 1993), o transexualismo é um subgrupo da seção Transtornos de identidade sexual, sendo definido como “desejo de viver e ser aceito como pessoa do sexo oposto”. No entanto, deve ser pontuado que enquanto a categoria de identidade de gênero refere-se a identificação do sujeito como homem, mulher ou alguma outra categoria, sem a presença de forte desconforto com seu sexo anatômico, a disforia de gênero conforme SPIZIRRI (2017), situa-se enquanto categoria mais restrita, referindo-se a sujeitos que experimentam sofrimento em suas dimensões psicológicas e sociais, em consequência do forte sentimento de desconforto ou impropriedade do seu sexo biológico, havendo incongruência entre a anatomia sexual e a identidade de gênero atribuída subjetivamente pelo próprio indivíduo.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais (DSM-5, 2014), para que o diagnóstico de disforia de gênero possa ser emitido, deve haver diversos sinais externalizados pelo sujeito, como: Forte desejo de pertencer ao outro gênero que não o designado no momento de seu nascimento. Em meninos (gênero designado), uma forte preferência por *cross-dressing* (travestismo) ou simulação de trajes femininos; em meninas (gênero designado), uma forte preferência por vestir somente roupas masculinas típicas e uma forte resistência a vestir roupas femininas típicas. Forte preferência por papéis transgêneros em brincadeiras de faz de conta ou de fantasias. Forte preferência por brinquedos, jogos ou atividades tipicamente usados ou preferidos pelo outro gênero. Forte preferência por brincar com pares do outro gênero. Em meninos (gênero designado), forte rejeição de brinquedos, jogos e atividades tipicamente masculinos e forte evitação de brincadeiras agressivas e competitivas; em meninas (gênero designado), forte rejeição de brinquedos, jogos e atividades tipicamente femininas. Forte desgosto com a própria anatomia sexual. Desejo intenso por características sexuais primárias e/ou secundárias compatíveis com o gênero experimentado subjetivamente pelo sujeito. Em resumo, pode ser dito que a disforia de gênero é caracterizada por assumir papéis de gênero opostos as atividades típicas do gênero designado (o gênero atribuído no momento do nascimento), juntamente com forte incongruência e decorrente desconforto com a própria anatomia sexual ou imagem corporal por estar em dissonância com o gênero atribuído subjetivamente pelo próprio sujeito.

Ainda de acordo com o DSM-5 (2014), além de todos os sinais acima descritos, deve estar associado a essa condição um sofrimento clinicamente significativo, ou um prejuízo no funcionamento social, acadêmico ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. A psiquiatria tende a ocupar-se dessas condições apenas quando há grau de sofrimento psíquico e social associados (DALGALARRONDO, 2008). Seguindo essa mesma abordagem WHITBOURNE e HALGIN (2015), compreendem que o critério de sofrimento mental e prejuízo nas dimensões sociais do sujeito devem estar associados para que o diagnóstico de disforia de gênero seja aplicado. O desconforto com o próprio sexo anatômico pode levar ao desejo de se submeter a tratamentos hormonais e cirurgia para tornar seu corpo o mais próximo possível do sexo desejado a nível de identidade.

Nas considerações realizadas por WHITBOURNE e HALGIN (2015), O DSM-5 propôs uma modificação do termo transtorno de identidade sexual para disforia de gênero com o intuito de afastar o estigma associado ao rótulo transtorno. Ainda de acordo com os autores, apesar do DSM haver sofrido pressões para remover o

diagnóstico como um todo, isso poderia dificultar o acesso do sujeito que deseja buscar a cirurgia de redesignação sexual em planos de saúde, por falta de um diagnóstico médico.

No processo transexualizador, os profissionais buscam agir a partir de três frentes, sendo: o tratamento hormonal com a utilização de hormônios sintéticos visando o surgimento de caracteres sexuais secundários do sexo desejado; cirurgia de redesignação sexual que consiste em remodelar os genitais conforme o sexo desejado, e a psicoterapia (WHITBOURNE e HALGIN, 2015). É obrigatório o acompanhamento psicoterápico conforme a nota técnica emitida pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2013), tendo em vista que tal processo se caracteriza pelo direito ao acesso a atenção básica e especializada pré e pós-operatório em conjunto com a hormonioterapia. A psicoterapia, conforme o mesmo documento, consiste na elaboração da condição de sofrimento pessoal e social vivenciada pelo sujeito, tanto antes quanto depois a tomada de decisão da cirurgia de redesignação, contudo o processo psicoterápico não deve ser restringido apenas à tomada de decisão frente a cirurgia de mudança de sexo.

A avaliação psicológica e o acompanhamento psicoterápico devem avaliar determinadas características no paciente para reduzir a possibilidade futura do adoecimento psíquico pós-cirúrgico e os possíveis reflexos da mudança corporal (GONÇALVES, 2019). Diante disso, faz-se necessário tecer breves considerações sobre as contribuições teóricas da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) no acompanhamento psicológico nos processos de redesignação de gênero. Para isso, serão apresentados brevemente alguns conceitos principais dessa terapia com fins de clarificar as possibilidades de funcionamento da abordagem frente a condição de disforia de gênero.

## **2.1. Teoria cognitivo comportamental**

A terapia cognitivo comportamental teve seu surgimento no cenário acadêmico entre a década de 60-70, período em que começa a ocorrer a chamada revolução cognitiva (KNAPP; BECK, 2008). O modelo cognitivo foi construído mediante pesquisas direcionadas por Aaron Beck com o intuito de explicar os processos psicológicos subjacentes à depressão. Beck propôs que os sintomas depressivos poderiam ser explicados em uma perspectiva cognitiva como interpretações distorcidas das situações que eram apresentadas ao sujeito (KNAPP; BECK, 2008). Tais interpretações eram oriundas de experiências ocorridas no passado do indivíduo que haviam construído um filtro perceptivo orientando o sujeito a compreender de forma disfuncional a realidade a sua volta.

Na perspectiva teórica cognitivo comportamental, os indivíduos atribuem significado a acontecimentos, eventos, sentimentos e outros demais aspectos da sua vida, e em função disso, comportam-se de uma determinada maneira, construindo hipóteses sobre sua vida, identidade própria e o seu respectivo futuro (BAHLS; NAVOLAR, 2004).

Desse modo, o *modelo cognitivo* afirma que o pensamento disfuncional influencia no humor e no comportamento do cliente, sendo algo comum a todos os transtornos (BECK, 2014). O comportamento, por sua vez, quando influenciado pelo pensamento disfuncional, volta a confirmar as ideias disfuncionais do sujeito, sendo um ciclo de retroalimentação e perpetuação de ideias desadaptativas que intensificam o quadro de sofrimento emocional do sujeito. Três proposições fundamentais fazem parte de todos os modelos de terapia cognitivo comportamental desenvolvidos até

então: 1) a atividade cognitiva influencia o comportamento; 2) que a atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada; 3) o comportamento desejado é influenciado por meio da mudança cognitiva. Esse modelo trabalha com três níveis de cognição: o pensamento automático; pressuposições subjacentes; e crenças nucleares (KNAPP, 2004).

O pensamento automático é um elemento espontâneo e intrusivo, que flui em nossa mente diante dos acontecimentos normais do dia a dia, podendo trazer ou não o desconforto emocional. Costumam não ser facilmente acessíveis a nossa consciência, mas são passíveis de identificação após um treinamento adequado do cliente. Há diversos erros cognitivos que são percebidos na análise do pensamento automático, como: inferir uma conclusão sem evidência alguma; focar em um aspecto da situação ignorando questões relevantes que contrariam o pensamento; insistir que as experiências positivas não contam; esperar a pior consequência possível de uma situação, dentre outras. (RANGÉ, 2001)

Os pressupostos subjacentes são o segundo nível de cognição, sendo assim, mais complicadas de acessar, e correspondem as regras e suposições que se caracterizam por um estilo condicional. São uma forma que o sujeito encontra para diminuir o sofrimento provocado pelas crenças centrais. (BECK, 2014)

No que se refere as crenças centrais, tais elementos cognitivos podem ser definidos como as nossas impressões ou ideias mais enraizadas, sendo, portanto, altamente cristalizadas, rígidas e resistentes a mudança. Também são incondicionais, ou seja, independentemente da situação que se apresente ao sujeito ele terá o mesmo padrão de pensamento (KNAPP, 2004). No que se refere as crenças nucleares, as mesmas podem ser categorizadas em 3 grandes agrupamentos, sendo: crenças de desamparo; crenças de desamor; e crenças de desvalor (BECK, 2014).

Ao tecer considerações sobre o modelo cognitivo, torna-se claro que o alvo maior da terapia cognitivo comportamental é a modificação de pensamentos automáticos, pressupostos subjacentes e crenças nucleares durante o processo psicoterápico. Assim, a psicoterapia tem por objetivo auxiliar os clientes no reconhecimento e alteração dos esquemas e pensamentos automáticos que causam perturbação emocional ao sujeito. Desse modo, a identificação dos pensamentos ocorre por meio de um treinamento juntamente com fichas de anotações dos pensamentos automáticos que surgem no cotidiano dos sujeitos. Também são ensinadas, de forma colaborativa, habilidades para modificação de tais pensamentos e esquemas, as quais o cliente buscará trabalhar no período intersessões (WRIGHT et al., 2008). Tal prática visa construir e aprimorar a autonomia do cliente no decorrer das sessões psicoterápicas. O questionamento de tais pensamentos e crenças subjacentes é técnica comum nas variadas psicoterapias cognitivo comportamentais, e tal técnica costuma ser realizada a partir do exame de evidências pró e contra determinadas ideias que trazem desconforto subjetivo. O autor Paulo Knapp, ao explicar tal técnica afirma:

Uma forma efetiva de modificação dos pensamentos automáticos é ensinar o paciente a pesar as evidências disponíveis pró e contra seu pensamento e a buscar interpretações alternativas, adaptativas, racionais e mais adequadas às evidências. Muitos pacientes começam pela conclusão e depois buscam seletivamente evidências que a confirmem. Esse processo de correção das distorções pelo exame das evidências deve considerar se o paciente está minimizando ou omitindo, se está seletivamente buscando informações que confirmem sua conclusão, bem como considerar a confiabilidade da fonte dos dados e a validade das conclusões do paciente. (KNAPP, 2004, p. 140)

O que o autor denomina de conclusão deve ser lido como “crenças subjacentes”, pois são estas que influenciam os pensamentos automáticos que saltam à mente do sujeito trazendo-lhe perturbações emocionais. Ao examinar a validade da conclusão deve ser apresentado ao cliente os vários erros cognitivos comuns na psicoterapia com o fim de que o sujeito perceba em qual desses erros, melhor se encaixa o pensamento disfuncional que lhe traz incômodo.

Apesar das considerações de Knapp sobre a técnica do exame das evidências, outro autor da terapia cognitivo comportamental sugere que tal recurso deve ser utilizado após a definição dos termos trazidos pelo cliente, haja vista que em muitas ocasiões pode haver significativa ambiguidade presente em tais vocábulos o que dificulta o processo de compreensão adequada do pensamento. (LEAHY, 2006)

No entanto, inferir que a terapia cognitiva comportamental busca trabalhar especificamente com pensamentos para se chegar ao alvo de modificação de crenças é um engano. É tarefa do terapeuta auxiliar o cliente a elaborar e construir exercícios comportamentais, com finalidade de alterar as respostas de comportamentos desadaptativos, substituindo-os por outros mais adaptativos, isso se faz mediante o ensaio comportamental no espaço psicoterápico (YOUNG, 2008). De acordo com o respectivo autor, a modificação comportamental visa retirar os obstáculos que perpetuam o esquema patológico, e com isso, alterar a cognição do sujeito que o leva a conclusões deficientes acerca de sua realidade.

A maior parte das técnicas comportamentais utilizadas na abordagem cognitivo comportamental, tem por intenção: romper os padrões de evitação; enfrentar gradualmente situações temidas; construir habilidades de enfrentamento; e reduzir emoções dolorosas. As técnicas comportamentais possuem espaço significativo no setting terapêutico da abordagem cognitiva (WRIGHT et al. 2008). Os esquemas, podem ser definidos como as estruturas cognitivas fundamentais para selecionar, recuperar, armazenar e relacionar novas informações com conhecimentos anteriores, sendo a base de informações que capacitam para interpretar as experiências da vida. Ainda de acordo com o autor, o esquema possui propriedades como: carga (valência afetiva), tamanho, flexibilidade ou rigidez (KNAPP, 2004).

A terapia cognitivo comportamental, como já afirmado anteriormente, tem por alvo a modificação de pensamentos e crenças mediante a reestruturação cognitiva, procedimento no qual o sujeito é orientado a monitorar suas reações emocionais, registrar seus pensamentos e questioná-los, mediante técnicas como o questionamento socrático e a seta descendente (ANDRETTA; OLIVEIRA, 2011) . No entanto, como descrito por BECK (2014), o método de reestruturação cognitiva, na TCC tradicional, fundamenta-se por meio da descoberta guiada e questionamento socrático, procedimentos em que são levantadas questões para o cliente responder e refletir sobre a validade e utilidade de seus pensamentos e suas crenças, não havendo uma imposição por parte do psicoterapeuta, mas antes, uma elucidação de realidades cognitivas desconhecidas pelo próprio cliente.

Em associação a tal procedimento, a substituição dos pensamentos para alteração do esquema como um todo, também é realizada mediante a instrução durante as sessões de habilidades de automonitoramento e do desenvolvimento de respostas alternativas para o evento gerador de angústia (KNAPP, 2004).

Ainda de acordo com o autor o teste de realidade, técnica comportamental amplamente utilizada na abordagem cognitiva consistindo em verificar a validade dos pensamentos a partir da experimentação nas relações sociais, é eficiente para validar uma determinada crença construída colaborativamente com o cliente, objetivando

mediante isso, a alteração completa do pensamento automático ou crença nuclear que causava desconforto subjetivo até então.

A técnica de exposição com prevenção de resposta consiste em expor o cliente ao estímulo ansiogênico de forma intencional, logo em seguida impedindo que o mesmo execute a resposta que alivie seu desconforto naquele momento, impossibilitando qualquer tipo de resposta compulsiva por parte do sujeito. A utilização dessa técnica é gradualmente transferida para a autonomia do cliente visando com que o mesmo adquira aptidão para refrear suas próprias preocupações de teor obsessivo e que irrompem em sua mente constantemente (RANGÉ, 2001).

A análise do esquema desadaptativo, o qual leva a doses significativas de sofrimento psíquico, é o alvo da psicoterapia cognitivo comportamental. Na perspectiva de YOUNG (2008, p. 40), expoente estudioso da Terapia do Esquema, abordagem de linha cognitivo comportamental, um esquema desadaptativo remoto é definido como: “[...] um conjunto de memórias, emoções, sensações corporais e cognições que giram em torno de um tema de infância como abandono, abuso, negligência ou rejeição.” Ainda conforme o autor muitos esquemas originam-se em uma etapa pré-verbal, antes que a criança tenha adquirido a linguagem, sendo constituídos de memórias, emoções e sensações corporais. De acordo com o autor, o primeiro alvo da terapia do esquema é justamente a consciência psicológica dos clientes. Ao identificar seus próprios esquemas o tratamento tem por intenção aumentar o controle do sujeito sobre si, objetivando o enfraquecimento de cada um dos componentes existentes no esquema pré-verbal, juntamente com as cognições e comportamentos anexos.

### **3. METODOLOGIA**

Este presente trabalho consiste em pesquisa de caráter qualitativo, em modelo de revisão integrativa em relação ao tema disforia de gênero e seu respectivo tratamento com base nas contribuições possíveis da terapia cognitivo comportamental. Utilizou-se as bases de dados PubMed, Scielo, ScienceDirect, utilizando-se trabalhos do período 2000 a 2020. Outros documentos também foram utilizados como a Nota Técnica sobre o processo transexualizador, e Avaliação Psicológica Compulsória, ambos sendo oriundos do Conselho Federal de Psicologia. Em conjunto aos documentos já citados utilizou-se os Manuais: Classificação Internacional de Doenças-10 e Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-V.

### **4. DISCUSSÃO**

Ao darmos início as contribuições teóricas que a terapia cognitivo comportamental pode oferecer como suporte psicológico em quadros de disforia de gênero, é válido mencionar que, em concordância com o DSM-V, estudiosos como Cooper et. al (2020), compreendem que há duas formas de angústia existentes na disforia de gênero, sendo estas: decorrentes de preconceito e decorrentes da própria incongruência experimentada entre o significado que o corpo possui, e o significado do gênero a que o sujeito compreende pertencer. Em consoante a isto, analisaremos cada um respectivamente.



#### **4.1. Sofrimento decorrente de discriminação e exclusão social.**

Compreender que há um sofrimento intrínseco na vivência disfórica decorrente da discriminação e exclusão social é necessário para que a terapia cognitivo comportamental seja direcionada para os focos de sofrimento experimentados por esse público. A discriminação vivenciada por tais sujeitos é o assunto que abrirá a temática com o intuito de trazer maior visibilidade a questões necessárias em nosso tempo. Como tal angústia pode ser amenizada é a questão central que deve permear a prática psicoterápica. No entanto, há a compreensão, contrária à adotada no presente trabalho, de que a terapia não teria muito a oferecer no que se refere a redução do sofrimento decorrente da incongruência experimentada entre a compreensão de gênero e o sexo biológico. Em conformidade com tal tese, a mente transexual não pode ser mudada para uma falsa orientação de gênero. A mente transexual não pode se ajustar ao corpo, sendo assim, torna-se mais adequado fazer o oposto, a saber, ajustar o corpo a mente do transexual (VENTURA, PÉREZ, NEGRETE, 2015). Diante dessas informações torna-se evidente que a psicoterapia, em casos de transexuais que experimentam a disforia de gênero, possuiria papel secundário, sendo o fator de maior relevância para o abrandamento do sofrimento de tais sujeitos a cirurgia de redesignação sexual. Ou seja, o único recurso que teria efeito certo na redução do sofrimento de pessoas transgêneros seria a cirurgia de redesignação sexual e a administração de hormônios.

Entretanto, tal tese deve ser discutida, pois ainda que a terapia cognitiva não possuísse eficácia na amenização da incongruência experimentada pelo sujeito entre seu sexo biológico e o gênero atribuído, o que será questionado no decorrer da presente discussão, ainda seria pouco precisa a afirmação de que a terapia não possuiria eficácia em trabalhar com tais quadros, visto que ainda seria adequada para lidar com aspectos do sofrimento referentes a discriminação pois, conforme bem pontuado por ARÁN; MURTA (2009), a vida psíquica de tais sujeitos é marcada pela invisibilidade existencial no plano social, havendo injúria, exclusão social e dificuldades oriundas do relacionamento familiar e de relacionamentos sexuais e afetivos. Uma metanálise confirmou maior prevalência de transtornos mentais em lésbicas, gays e bissexuais do que em heterossexuais, concluindo disso que estigma e preconceito em públicos minoritários cria um ambiente hostil que desencadeia o estresse contribuindo para maior vulnerabilidade e comprometimento da saúde mental, o que segundo as autoras, explicaria maior expectativa de rejeições na população trans, e índices mais elevados de tentativas de suicídio (FLEURY e ABDO, 2018). Em consonância com tal achado, a pesquisa de AZEVEDO et. al (2017) indica que a depender do grau de disforia experimentado e do nível de acolhimento social o quadro costuma associar-se com níveis elevados de ansiedade, depressão, automutilação, transtornos de humor e isolamento social, pois o estigma social, nomeado como estresse das minorias, influencia negativamente na qualidade da saúde mental dos sujeitos. Portanto, tendo em vista os quadros de comorbidades associados a disforia de gênero e o estresse psicológico experimentado individualmente por tais sujeitos, a psicoterapia cognitiva comportamental é apta para atuar na amenização de tais quadros diagnósticos no âmbito clínico, e ao levarmos em consideração a eficácia da Terapia cognitivo-comportamental em tais quadros, conforme pontuado por KNAPP (2004), conseqüentemente, haveria significativa eficácia em pessoas com diagnóstico de disforia de gênero. Técnicas de reestruturação cognitiva mediante questionamento socrático são utilizadas para

reconstruir as crenças de desvalor, desamor ou desamparo, existentes nesse público devido a práticas de discriminação social, e que geram significativo desconforto.

Ainda de acordo com KNAPP (2004) faz parte do tratamento da TCC destinado a depressão, ensinar ao cliente a relação entre pensamentos automáticos e sentimentos, usando exemplos de situações trazidas pelo próprio cliente. Ensinar o *modelo cognitivo* faz parte de variados tratamentos para diferentes transtornos, havendo um maior alívio apresentado por clientes após a utilização dessa técnica, o que ocorre devido ao grau de autonomia entregue ao cliente mediante compreensão de sua condição.

A identificação e avaliação de pensamentos automáticos na sessão é prática de uso corrente, sendo elemento central da prática cognitiva, tendo por objetivo a redução dos sintomas gerados por pensamentos disfuncionais, pensamentos esses que são típicos do quadro depressivo e de transtornos alimentares (WRIGHT et al. 2008). Conscientes da eficácia da Terapia Cognitiva em tais transtornos, e sabendo da recorrência destes enquanto comorbidades associadas a quadros de disforia de gênero, a clínica da TCC pode contribuir na redução do sofrimento experimentado pelo público que vivencia a angústia em decorrência da disforia de gênero.

Deve ser enfatizado que examinar a origem dos esquemas e identificar como eles afetam importantes experiências ao longo da vida reduzem o surgimento de pensamentos que levam a angústia (KNAPP, 2004), sendo tais pensamentos resultados de transtornos diagnosticados ou apenas construtos que trazem sofrimento emocional ao longo da vida.

Contudo, a terapia cognitivo comportamental não possui frente de ação apenas no que se refere às comorbidades associadas ao quadro de disforia de gênero, pois como mencionado anteriormente, a angústia existente nesses quadros é decorrente tanto de preconceito como também de incongruência entre o corpo e o gênero experimentado, sendo este o ponto que será abordado no próximo tópico.

#### **4.2. Sofrimento decorrente da incongruência entre gênero experimentado e designado.**

O sentimento de inadequação com o corpo existente na disforia de gênero, apresenta-se também em outros transtornos. A partir desse fato, alguns estudos buscam construir formas de intervenção terapêutica diante de casos em que há desconforto com a própria imagem corporal. Exemplos de transtornos que em sua sintomatologia apresentam insatisfação com a própria imagem corporal são o transtorno dismórfico corporal (TDC) e o transtorno dismórfico muscular (TDM). O indivíduo não reconhece seu defeito corporal como algo mínimo, antes, apresentam um comportamento perceptivo distorcido em relação a sua imagem corporal, sendo o elemento que caracteriza tal transtorno (BONFIM; NASCIMENTO; BORGES, 2016). Em outras palavras, O TDC é caracterizado como uma anomalia imaginária ou potencializada referente a imagem corporal que traz prejuízo no relacionamento social, familiar e profissional. Na mesma linha, a dismorfia muscular, era compreendida em tempos passados como anorexia nervosa reversa (ASSUNÇÃO, 2002). Nessa pesquisa, a autora revela estudos em que foi possível analisar indivíduos que apesar de muito fortes, se descreviam como fracos e pequenos, sendo que todos relataram usos de esteróides anabolizantes (POPE et. al, 1993). Em

conformidade com tal pesquisa (AZEVEDO et. al, 2012), a maior parte de dados obtidos desse transtorno foram a partir de atletas e fisiculturistas.

Sendo assim, diante do segundo elemento, a saber, a inadequação com a própria imagem corporal, de acordo com ROSENSTRÖM et. al (2013), a insatisfação com a imagem corporal foi preditor de depressão crônica, sendo que tal achado indica que a atitude disfuncional em relação a si mesmo pode ser um alvo potencialmente importante para terapias cognitivas, no qual a TCC se revela como abordagem eficaz em tais tratamentos. Em acordo com a pesquisa mencionada, autores afirmam categoricamente que a terapia cognitivo comportamental é a terapia com maior suporte empírico para o transtorno dismórfico corporal, transtorno esse no qual o sujeito experimenta intenso desconforto com a própria imagem corporal, semelhante a disforia de gênero nesse aspecto (WIHELM et. al, 2020).

Ao ter em foco tais considerações acerca da eficácia da terapia cognitivo comportamental em casos de desconforto com a imagem corporal existente em outros transtornos, a transferência de tais esquemas de intervenção clínica para casos de disforia de gênero podem ser devidamente realizados, tendo em vista o aspecto de semelhança sintomatológica no que se refere especificamente ao sentimento de inadequação com o próprio corpo e insatisfação com a imagem corporal. Deve-se atentar para as particularidades de cada caso na disforia de gênero e por qual motivo há o desconforto com a imagem corporal, contudo o modelo de intervenção em outros transtornos pode servir de modelo orientador para a prática de intervenção clínica.

A TCC é um tratamento eficaz para transtorno dismórfico corporal, a partir do uso de técnicas como agendamento de atividades com metas valorizadas e reestruturação cognitiva de pensamentos depressivos, com sujeitos que possuam tais sintomas. O uso de tais estratégias pode aumentar a retenção do cliente ao tratamento, pois deve ser considerada ampla possibilidade de evasão durante a terapia. (GREENBERG et. al, 2019).

A partir do trabalho de KREBS et. al (2017), divulgou-se um relato de como a terapia cognitivo comportamental busca trabalhar no decorrer de 14 sessões com sujeitos que sofriam de dismorfia corporal. Os principais componentes do tratamento foram a psicoeducação sobre o transtorno dismórfico corporal nas duas primeiras sessões, seguido de exposição com prevenção de resposta nas sessões seguintes, fechando nas últimas sessões com prevenção de recaídas. Ainda de acordo com os mesmos autores, técnicas adicionais utilizadas neste tratamento para diminuir a angústia com o próprio corpo e aparência são: O treino de espelhos e o treinamento de atenção. As técnicas consistem em instruir os clientes a olharem-se no espelho e descrever todas as partes corporais da forma mais objetiva possível, sem a realização de quaisquer julgamentos, sendo solicitado de igual forma que evitem a correção da imagem mediante modificação de postura durante o exercício. Dessa forma, o cliente aprenderá a descrever sua aparência de forma holística desapegando-se gradualmente do frequente auto julgamento com a própria imagem (DEHANOV et. al, 2019). O terapeuta deve solicitar ao cliente que desenhe como percebe seu corpo olhando-se em um espelho. Em seguida, ele deve ser orientado a se deitar sobre um papel colocado no chão, então o terapeuta deverá desenhar a silhueta real do cliente contornando seu corpo. Posteriormente, os dois desenhos devem ser apresentados, o que foi feito pelo cliente e o que foi feito pelo terapeuta com a finalidade de identificar a forma corporal real do cliente. Essa técnica visa identificar se há alguma discrepância entre os desenhos, possibilitando que o indivíduo repense a percepção

que tem de si mesmo, ressignificando a própria imagem corporal que traz significativo desconforto (LACERDA; ASSUMPÇÃO, 2018).

Tendo em vista que tal técnica é tomada como procedimento clínico válido para a redução do desconforto com a imagem corporal, a transferência de tal recurso para casos de disforia de gênero, trata-se de uma estratégia terapêutica razoável podendo ser empreendida na clínica individual da Terapia Cognitivo Comportamental.

A técnica de exposição com prevenção de resposta trata-se da exposição ao evento ansiogênico mediante, por exemplo, a evocação intencional de pensamentos, mais o bloqueio da resposta, através da orientação ao cliente de que este não realize o ato compulsivo, com fins de remoção gradual da ansiedade. Nessa situação a ansiedade é provocada intencionalmente no processo de terapia (RANGÉ, 2001). De acordo com o mesmo autor, a exposição controlada pelo terapeuta costuma obter resultados semelhantes quando o próprio cliente realiza o controle. Por isso ao ser ensinado tal técnica ao cliente, a terapia estimula a autonomia do sujeito, promovendo a prevenção de recaídas futuras, no que se refere a intensos desconfortos com a sua imagem corporal decorrentes da incongruência.

Como bem mencionado por LACERDA e ASSUMPÇÃO (2018), o trabalho psicoterapêutico de casos relativos à imagem corporal deve consistir em diminuir a sintomatologia relacionada ao sofrimento ocasionado pela percepção que o indivíduo tem de si. Ressalta também que clientes que apresentam distúrbios de imagem corporal e pensamentos distorcidos devem ser ensinados a identificar essas cognições a fim de conseguir torná-las mais funcionais mediante reestruturação cognitiva, com base em evidências que confirmem ou refutem as crenças que o indivíduo possui sobre si. Ainda segundo as autoras, outro método que também pode ser utilizado com o objetivo de contribuir para a mudança da imagem corporal e identificação de insatisfações com o próprio corpo é o auto monitoramento realizado por meio de um diário de imagem corporal, em que o indivíduo deverá observar o que está ocorrendo com ele assim que o desconforto relativo à sua imagem corporal surgir. De acordo com as pesquisadoras, um procedimento a ser realizado é instruir o cliente a compor um diário, o qual servirá como caderno de anotações, devendo ser composto pelos seguintes dados: nome do paciente, data, horário, local em que estava, o evento que desencadeou o desconforto, o pensamento e a interpretação que o indivíduo teve naquela situação, a intensidade da emoção sentida no momento, a duração do episódio, e os comportamentos decorrentes.

#### **4.3. A relevância no trabalho da terapia cognitivo comportamental com a imagem corporal.**

A intervenção psicoterápica na inadequação com o próprio corpo se mostra como uma linha de ação relevante adotada na terapia cognitivo comportamental. Conforme GRIFT et. al (2016), a mastectomia em homens possui relação com a melhora da imagem corporal, aumentando sentimentos de valorização em relação a si mesmos, e reduzindo a disforia em atividades como se olhar no espelho. Diante disso, torna-se claro que o sentimento de inadequação com o próprio corpo, ou a própria imagem, traz sentimentos de desvalorização em relação a si, e desconforto psíquico-emocional. Em conformidade com tal pesquisa, resultados mostram que

houve uma redução de sofrimento psiconeurótico em indivíduos, o qual consiste em demasiada obsessão com a imagem corporal, verificado após o início da terapia hormonal. Tais reduções foram encontradas em escalas de ansiedade, depressão, sensibilidade interpessoal e hostilidade, assemelhando-se aos scores da população em geral. (HAYLENS et. al, 2014)

Tal pesquisa serve como indício de que a modificação das características sexuais secundárias do corpo, possuem efeito na redução do sofrimento em indivíduos com disforia de gênero. Diante de tais achados torna-se claro que um dos focos de sofrimento é a própria imagem corporal. Ainda que o tratamento hormonal e a cirurgia de redesignação sejam instrumentos eficientes em amenizar a incongruência experimentada pelo sujeito, a terapia cognitivo comportamental deve ser bem recebida ao propor técnicas que reduzam o desconforto com a imagem corporal decorrente do sentimento de incongruência, haja vista que o procedimento clínico é de mais fácil acesso, trazendo menos intervenções irreversíveis sobre o corpo.

Em outra pesquisa (Yıldızhan et. al, 2018), comparou-se um grupo em que havia 20 sujeitos com disforia de gênero que realizaram a cirurgia de redesignação sexual, e 50 sujeitos com disforia de gênero que não realizaram a cirurgia. O grupo que realizou a cirurgia relatou que sofreu menos discriminação (ou experimentou), e vitimização, quando comparados aos scores do outro grupo. Podendo ser decorrente também da mudança corporal e conseqüente maior aceitação do indivíduo. No entanto, as preocupações ligadas a exposição da identidade de gênero para outros sujeitos que vivenciam a disforia foram maiores após a cirurgia. A partir de tal pesquisa pode-se concluir acertadamente que o sentimento de vergonha com a exposição da identidade permanece, para alguns, mesmo após a modificação corporal, sendo uma inferência razoável que a cirurgia não aniquila o sentimento de inadequação por completo. Para compreendermos de forma mais detalhada por qual motivo o sentimento de inadequação permanece, Leonard Sax aponta de forma mais específica ao afirmar que mesmo após a cirurgia de mudança de sexo, a ideia de estar preso ao corpo errado, de estar no involucre errado, continua a surgir. Apesar de haver redução na incongruência mediante a cirurgia de redesignação sexual, o sentimento de inadequação continua a existir em escalas menores em uma parcela desse público (PROSSER, 1998 Apud SAX, 2017). Conclusões de pesquisas que afirmam a sensação de bem-estar após a cirurgia de mudança de sexo não são definitivas tendo em vista as referências mencionadas anteriormente. Diante da proposta de que a cirurgia de mudança de sexo é o único caminho possível para reparar o desconforto psicológico experimentado, Leonard Sax afirma:

“[...] não há como conciliar esse conflito por meio de orientação psicológica ou condicionamento comportamental. Só há uma saída para essa sensação de alienação. E essa saída é a transição para outro sexo e a cirurgia de mudança de sexo. [...] está perpetuando uma ideia comum quanto aos indivíduos transgêneros: a de que a cirurgia de mudança de sexo alivia o transtorno mental associado ao fato de ser transgênero. Mas os pesquisadores que de fato estudaram indivíduos transgêneros pós-cirurgia chegaram a uma conclusão diferente.” (SAX, 2017, p.354)

Em outro ponto Sax continua em seu raciocínio, citando outro trabalho ao dizer que “a mudança de sexo é associada a sequelas psicológicas mais graves e a um arrependimento mais persistentes do que antes se supunha, concluíram outros pesquisadores” (ZUCKER et. al, 2016 Apud SAX, 2017, p.355). A tese proposta pelo

próprio Leonard Sax é que tais transtornos psiquiátricos como ansiedade e depressão surjam, não devido apenas a tais sujeitos se sentirem como aberrações devido ao meio, mas também pela própria confusão interna que os mesmos experimentam em suas vidas.

Um estudo relatou um número desproporcional de suicídios em transgêneros holandeses após o tratamento hormonal, quando comparados com a população em geral. Essas taxas se revelariam como alarmantes, sendo de 800 suicídios por taxa de 100 mil habitantes, em comparação com a taxa de suicídio da população americana em geral de 11.5 suicídios por 100 mil habitantes (HAAS, et al, 2011). Tais dados coadunam com um estudo nacional no qual 40% dos transgêneros relataram tentativas de suicídio ao longo da vida, sendo que 92% desse número havia tentado cometer o ato suicida antes dos 25 anos, sendo o índice alarmante mesmo em casos de sujeitos trans que recebiam suporte familiar (37%) (JAMES et al. 2015). A ausência de um desfecho satisfatório poderia ser rapidamente atribuída a continuidade do sofrimento decorrente da discriminação e não ao fator de incongruência com o próprio corpo, contudo, constatou-se que a terapia hormonal após o período de um ano aumentava a capacidade de tolerância, devido a redução dos índices de ansiedade, estresse emocional e comportamental e redução na disforia de gênero serem semelhantes da população geral (LÓPEZ, et. al, 2020). Tal achado é reforçado pelo estudo já citado anteriormente (Yıldızhan et. al, 2018), no qual foi apresentado que pessoas após a cirurgia de redesignação sexual experimentam a nível subjetivo menos discriminações no seu cotidiano.

Sendo assim, a incongruência experimentada entre o sexo biológico e o gênero experimentado, mesmo após procedimentos cirúrgicos e terapias hormonais não reduz por completo a insatisfação com a própria imagem corporal. Ao considerar tais apontamentos a psicoterapia cognitivo comportamental demonstra sua relevância ao trabalhar de maneira direta na amenização do desconforto que o sujeito possui com sua imagem corporal.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A produção teórico e clínica no campo da Terapia cognitivo-comportamental relativa especificamente a vivência da disforia de gênero ainda se encontra escassa, dificultando a atuação e a compreensão de vias eficazes de amenização do sofrimento experimentado por esses sujeitos. Entretanto, o próprio modelo teórico da TCC respalda uma atuação clínica junto ao paciente, como analisado no desenvolvimento do presente trabalho, de redução de comorbidades decorrentes do grau de sofrimento experimentado devido a vivências de discriminações nos mais variados grupos sociais, acarretando em sentimentos de inadequação social.

A terapia cognitivo comportamental também possui instrumentos para se trabalhar na imagem corporal do sujeito sobre si mesmo, sendo de ampla relevância na disforia de gênero visto que o sujeito experimenta uma incongruência entre o gênero atribuído subjetivamente e as características sexuais primárias e secundárias presentes em sua anatomia, resultando em significativo desconforto com a própria imagem corporal. Na busca por amenizar a sensação de desconforto e discrepância entre gênero e corpo, a TCC intenciona reduzir os conflitos psíquicos geradores de sofrimento, produzindo uma análise de percepção corporal mais adaptativa.

Uma orientação base, como demonstrado no decorrer do trabalho, é relativa a atuação da TCC no transtorno dismórfico corporal, que se apresenta em semelhança a disforia de gênero, com um distanciamento entre a imagem corporal do sujeito e como ele a percebe. O respaldo da clínica da TCC no transtorno dismórfico corporal de acordo com as produções citadas, proporciona à psicoterapia base teórica e experiencial adequada ao processo psicoterápico na disforia de gênero, trabalhando o sofrimento, as comorbidades e a imagem corporal a partir de técnicas como monitoramento de pensamentos, psicoeducação do modelo cognitivo, agendamento de atividades, treino de espelhos, exposição com bloqueio de resposta e reestruturação cognitiva. O objetivo primário da TCC é o enfraquecimento de pensamentos automáticos, crenças subjacentes e nucleares que ocasionam significativo sofrimento, havendo em paralelo a isso a construção e substituição por pensamentos e crenças mais funcionais resultando em maior bem estar subjetivo para indivíduos que experimentam a disforia de gênero.

Apesar das contribuições teóricas que a Terapia Cognitivo Comportamental dispõe para tratamento em situações de disforia de gênero, há de se enfatizar as limitações do presente trabalho na construção de vias possíveis que busquem amenizar o sofrimento experimentado por tais sujeitos. Tais limitações são decorrentes da escassez de materiais encontrados nas bases de dados utilizadas como fontes para o presente trabalho, apontando para uma baixa produção teórica no que se refere a temática a partir das contribuições da abordagem cognitivo comportamental. Devido a tais limitações, encoraja-se a produção futura de trabalhos de abordagem da TCC que tenham por objetivo trazer maior visibilidade as contribuições psicoterápicas em casos de disforia de gênero, concedendo à temática a relevância devida.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARÁN, M; MURTA, D. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Vol.19. p.15-41. Abril, 2009.

ASSUNÇÃO, Sheila S.M. Dismorfia Muscular. **Rev.Brasileira de Psiquiatria**. Vol.24. p. 80-4. Dezembro, 2002.

AZEVEDO, A.P et al. Dismorfia Muscular: A busca pelo corpo hiper musculoso. **Motricidade**. Vol.8. pp.53-66. Março, 2011(2012).

BAHLS, S.C; NAVOLAR, Ariana B.B. Terapia Cognitivo Comportamentais: Conceitos e pressupostos teóricos. **Psico UTP Online**. v.4. Julho, 2004.

BONFIM, G. W.; NASCIMENTO, I. P. C. ; BORGES, N. B. Transtorno Dismórfico Corporal: revisão da literatura. **Contextos Clínicos**, vol. 9, n.2, 240-252, julho-dezembro 2016.

BECK, J. **Terapia Cognitivo Comportamental: Teoria e Prática**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

**Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamentos da CID-10:** Descrições Clínica e Diretrizes Diagnósticas. Coord. Organiz. Mundial da Saúde. Porto Alegre: Artmed, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Julho, 2013. Acesso em: 27 de nov. de 2020.

COOPER. K et al. The Phenomenology of gender dysphoria in adults: A systematic review and meta-synthesis. **Clinical Psychology Review**. Vol. 80. August, 2020.

CORSELLO. S.M et al. Biological aspects of gender disorders. **Minerva Endocrinol**. Vol. 36. p. 325-39. Dezembro, 2011.

COSTA, A.B. Avaliação Psicológica Área em Expansão. **Rev. Diálogos**. 10.ed. CFP. Maio, 2019.

COSTA, A.B. Avaliação Psicológica Compulsória. **Revista Diálogos**. 10.ed. CFP. Maio, 2019.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DEHANOV, Sara et al. Terapia Cognitivo-Comportamental na perturbação dismórfica corporal: Modelos propostos e eficácia. **Psicologia, Saúde e Doenças**. Vol. 20. pp. 618-629. Maio, 2019.

FLEURY, H.J; ABDO, Carmita H.N; Atualidades em disforia de gênero, saúde mental e psicoterapia. **Diagn Tratamento**. Vol.23. p.147-51. Outubro, 2018.

GREENBERG, Jennifer L et al. Predictors of Response to Cognitive-Behavioral Therapy for Body Dysmorphic Disorder. **Behavior Therapy**. Vol.50. pp.839-849. Julho,2019.

HAAS, Ann P. et al. Suicide and Suicide Risk in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations: Review and Recommendations, **Journal of Homosexuality**. v.58. pp, 10-51. Janeiro, 2011.

HEYLENS, G. et al. Effects of Different Steps in Gender Reassignment Therapy on Psychopathology: A Prospective Study of Persons with a Gender Identity Disorder. **The Journal of Sexual Medicine**. v.11. pp. 119-126. Janeiro, 2014.



James, S. E et al. (2016). The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey. **Washington, DC: National Center for Transgender Equality.**

KESTEREN, Paul J.V; GOOREN, Louis J; MEGENS, Jos A; An Epidemiological and Demographic Study of Transsexuals in the Netherlands. **Archives Sexual Behavior**, Vol. 26, p.589-600, January, 1997.

KNAPP, Paulo; BECK, Aaron T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Rev. Bras. Psiquiatria**. v. 30. pp.54-64, 2008.

KNAPP, Paulo et al. **Terapia Cognitivo Comportamental na Prática Psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2017.

KREBS, G. et al. Long-Term Outcomes of Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Body Dysmorphic Disorder. **Behavior Therapy**. v.48. pp.462-473. Janeiro, 2017.

LACERDA, M. R. P.; ASSUMPÇÃO, A. A. Tratamento cognitivo-comportamental para mulheres com a imagem corporal distorcida pela depressão. **Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v. 3, n. 6, p. 153 - 171, 12 set. 2018.

LARA, L. A. ; ABDO, C. H. ; ROMÃO, A. P. Transtornos da identidade de gênero: o que o ginecologista precisa saber sobre transexualismo. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2013; 35(6):239-42.

LEAHY, Robert. L. **Técnicas de Terapia Cognitiva: Manual do Terapeuta**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

OLIVEIRA, Margareth da S; ANDRETTA, Liana. **Manual Prática de Terapia Cognitivo Comportamental**. 1.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

ÖZATA Yıldızhan B; *et al.* Effects of Gender Reassignment on Quality of Life and Mental Health in People with Gender Dysphoria. **Turk Psikiyatri Derg**. 2018 Spring; 29(1):11-21. English. PMID: 29730870.

RANGÉ, Bernard et al. **Psicoterapia Cognitivo comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

ROSENSTRÖM, T. et al. Body-image dissatisfaction is strongly associated with chronic dysphoria. **Journal of Affective Disorders**. v.150. pp, 253-260. Abril, 2013.

SAX, L. **Por que Gênero Importa? O que os Pais e Professores Necessitam Saber Sobre a Emergente Ciência das Diferenças Sexuais**. São Paulo: LVM Editora, 2019.

SPIZZIRRI, G. Transexualismo e neuroimagem. **Diagn Tratamento**. Vol. 17. p 32-5. Dezembro, 2011.

VAN DE GRIFT, T.C et al. Body Image in Transmen: Multidimensional Measurement and the Effects of Mastectomy. **The Journal of Sexual Medicine**. v.13. pp. 1778-1786. Setembro, 2016.

VENTURA, N.C Capetillo; PÉREZ, S.I; NEGRETE, K. Gender Dysphoria: An overview. **Medicina Universitaria**, Vol.17, p. 53-58. Janeiro - Março, 2015.

VIRUPAKSHA HG; MURALIDHAR D; RAMAKRISHNA J. Suicide and suicidal behavior among transgender persons. **Indian J Psychol Med** 2016;38:505-9. **(Modelo fornecido pelo próprio artigo)**

WHITBOURNE, Susan; HALGIN, Richard P. **Psicopatologia: Perspectivas clínicas dos transtornos psicológicos**. 7.ed. Porto Alegre: AMGH, 2015.

WILHELM, S. et al. Development and Pilot Testing of a Cognitive-Behavioral Therapy Digital Service for Body Dysmorphic Disorder. **Behavior Therapy**. Vol. 51. pp.15-26. Agosto, 2019 (2020).

WRIGHT, Jesse H; BASCO, Monica R; THASE, Michael E. **Aprendendo a Terapia Cognitivo Comportamental: Um guia ilustrado**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

YOUNG, Jeffrey E; KLOSKO, Janet S; WEISHAAR, Marjorie E. **Terapia do Esquema: Guia de Técnicas cognitivo comportamentais inovadoras**. Porto Alegre: Artmed, 2008.