

## بررسی رفتار و اختلال‌های شخصیت در ملال جنسیتی: مطالعه موردی

### Survey of Behavior and Personality Disorders in Gender Dysphoria: Case Study

Dr. Zeinab Mihandoost

Assistant Professor, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University

دکتر زینب میهن دوست

استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام

#### Abstract

Gender dysphoria is a dissatisfaction. The main characteristics of this disorder include feeling sad, deep dissatisfaction, about sexual biology and gender experienced. People with gender dysphoria believe that they belong to another gender. The present study was conducted to investigate personality traits in the dysfunctional individuals. This study was carried out as a case study. One 49-year-old female voluntarily participated. The data was collected through interviews, observation, DSM-5 diagnostic criteria, MMPI-2, MCMI-3, and Bandar-Gestalt test. The findings showed that the subject had difficulty in interpersonal relationships, felt alienated, and misunderstood by anyone around her. She was shy and often was worried about her acceptability and popularity; so that she was always trying to offer a good image of herself. Her social relationship was superficial and irresponsible. Contradictory behavior with friends and relatives (siblings) was a permanent experience. The subject was eligible for compulsive, demonstrative, and narcissistic disorders.

**Keywords:** case study, personality disorder, dysphoria, narcissism, identity disorder

#### چکیده

ملال جنسیتی، نارضایتی است که فرد در زمینه جنسیت خود تجربه می‌کند. خصوصیات اصلی ملال جنسیتی شامل احساس ناراحتی و نارضایتی عمیق و دائم در مورد جنس زیست شناختی و جنسیت تجربه شده است. افراد مبتلا به ملال جنسیتی معتقدند که به جنس دیگر تعلق دارند. پژوهش حاضر با هدف بررسی ویژگی‌های شخصیتی در افراد دارای ملال جنسیتی انجام شده است. این مطالعه از نوع موردی است. در این مطالعه، یک آزمودنی خانم ۴۹ ساله بصورت داوطلبانه شرکت کرده است. جهت جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه، مشاهده، ملاک‌های تشخیصی DSM-5، آزمون‌های MMPI-2، MCMI-3، و آزمون بندرگستالت استفاده شده است. یافته‌های حاصل از این مطالعه نشان داد که آزمودنی در زمینه روابط بین فردی مشکل دارد، احساس بیگانگی می‌کند و فکر می‌کند توسط اطرافیان اش درک نمی‌شود. او دارای صفت کمروبی است. اغلب در باره میزان پذیرش و محبوبیت اجتماعی اش نگران است و تلاش می‌کند تصویر مطلوبی از خودش ارائه دهد. ارتباط اجتماعی اش سطحی و بدون مسئولیت پذیری است. با دوستان و اقوام درجه یک (خواهر و برادر) رفتار متضادی از قهر و آشتی مداوم دارد. آزمودنی مورد مطالعه واجد شرایط اختلال‌های اشخصیت تکانشی، نمایشی و خودشیفتگی است.

**واژه‌های کلیدی:** مطالعه موردی، اختلال شخصیت، دیسفوریا، خودشیفته، اختلال هویت

ویرایش نهایی: اردیبهشت ۹۸

پذیرش: آبان ۹۷

دریافت: مهر ۹۷

نوع مقاله: گزارش موردی

#### مقدمه

زنان و مردان نه تنها از لحاظ آناتومی تفاوت دارند، بلکه از لحاظ رفتار نیز متفاوت اند. مغز مردان بگونه‌ای سازمان یافته است که تحت تأثیر تستسترون است و مغز زنان بگونه‌ای سازمان یافته است که تحت تأثیر استرادیول است. تفاوت رفتار زنان و مردان تحت تأثیر هورمون است. در عین حال تفاوت رفتار جنسی، انعکاس تفاوت در مغز، بویژه در ناحیه هیپوتالاموس و سیستم بویایی است، که بعداً برای همسرگزینی یا جفت‌گیری در حیوانات دارای اهمیت است (کری کیلز، استینسما و دوریس<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴). کودکان دیسفوریا که مشکل شان در طول زمان پایدار می‌ماند ممکن است بیان کنند که دوست دارند جنسیت دیگری را داشته باشند یا معتقدند که جنس مقابل را دارند، یعنی ناهماهنگی بین جنسیت ابراز شده و تعیین شده را نشان می‌دهند. این دسته از کودکان میل شدیدی به جنس دیگر بودن دارند یا اصرار دارند که از جنس دیگری هستند که با جنسیت زیستی شان متفاوت است. این اختلال با ناراحتی قابل ملاحظه بالینی، در زمینه اجتماعی، تحصیلی، یا زمینه‌های مهم دیگر عملکرد ارتباط دارد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳ ص ۶۸۳). افراد مبتلا به ملال

<sup>1</sup> Kreukels, Steensma & Devries

جنسیتی دارای مشکلات روانی دیگری نظیر اضطراب، افسردگی و ناسازگاری های خانوادگی هستند. برخی از آنها دارای انواعی از اختلالات شخصیتی یا ویژگی های شخصیتی ناسازگار می باشند (غضنفری، خداحیمی، پورکرد، و کرمی، ۱۳۹۶).

در زمینه نارضایتی جنسیتی نظریه های مختلفی وجود دارد. فروید معتقد بود که مشکلات هویت جنسی ناشی از تعارضاتی است که کودک در مثلث ادیپی تجربه می کند. این تعارض ها بر اثر رویدادهای واقعی خانواده و تخیلات کودک نسبت به والد مخالف و هماهنگ سازی با والد همجنس تداخل می کند و در پیدایش هویت جنسی طبیعی دخالت می کند ( خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵ ص ۲۴۲). یکی از نظریه هایی که در زمینه دیسفوریا مطرح است میزان ترشح هورمون مادر در دوره بارداری است. براساس این نظریه وقتی مادران در طول حاملگی هورمون جنسی مصرف می کنند، رفتار فرزندشان تحت تأثیر آن نوع هورمون قرار می گیرد. وقتی مادران حامله از داروهایی استفاده می کنند که با هورمون های مردانه ارتباط دارند در فرزندان دختر آنها رفتارهای پسرانه دیده می شود. همچنین پسرانی که مادران آنها در دوران حاملگی هورمون های زنانه مصرف می کنند، رفتار پسرانه کمتری دارند (گنجی، ۱۳۹۳ ص ۲۲۲). مطابق نظریه عوامل زیستی، در پستانداران حالت سکون سنجی در ابتدا ماده است؛ با رشد جنین فقط با افزایش آندروژن جنس نر پدید می آید. بنابراین نرینگی و مادینگی بستگی به آندروژن های دوران جنینی و پیش از تولد دارد ( خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵ ص ۲۴۲-۲۴۱). برخی مطالعات نشان می دهند که در دیسفوریا وراثت نقش مؤثری دارد. به عنوان مثال مطالعه لپا و هرشبرگر<sup>۱</sup> (۱۹۹۹) در باره دوقلوهای ۱۷-۱۶ ساله نشان داد که تقریباً ۵۳ درصد از ویژگی های جنسی تحت تأثیر توارث قرار می گیرند. در سال ۲۰۰۰ بوئیلی و همکاران اش گزارش کردند که وراثت در گرایش جنسی تقریباً ۵۷-۰/۵۰ مردان و ۴۰-۰/۳۷ دزنان نقش مؤثری دارد (بوئیلی، دانیر و مارتین<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰). مطابق با نظریه عوامل روانی- اجتماعی، کودکان هماهنگ با تربیت جنسی خود هویت جنسی پیدا می کنند. هویت جنسی تحت تأثیر تعامل کودک و نگرش ها و ویژگی های والدین است ( خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵ ص ۲۴۲-۲۴۱). مطالعه ون بستروولد، هادزاک و بونما<sup>۳</sup> (۲۰۰۶) نشان داد که ژنتیک و محیط بر رفتار جنس مخالف<sup>۴</sup> در دو قلوهای ۱۰-۷ ساله نقش مؤثری دارد (ون بستروولد و همکاران، ۲۰۰۶). در سال ۲۰۰۵ نفو و همکاران اش مطالعه ای در باره ۵۷۹۹ دوقلوی ۴-۳ ساله، برای والدینی که دو قلوهای پسر و دختر داشتند، پسرهایی انتخاب شدند که از لحاظ جنسی آنرمال (غیرطبیعی) بودند و بیشتر ویژگی های زنانه داشتند نسبت پسرهای دیگر و دخترهایی انتخاب شدند که آنرمال بودند و نسبت به دخترهای دیگر بیشتر ویژگی های مردانه داشتند. بین همه کودکانی که از لحاظ جنسی آنرمال بودند توارث تقریباً ۲۰/۰ در پسرها و ۷۴/۰ در دخترها نقش اصلی را ایفا می کرد ( نفو، ایرولولین و پلومین<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵).

نارضایتی جنسی یا دیسفوریا پیامدهای قابل توجهی را در بر دارد، بطوری که مسیر زندگی این افراد را دگرگون می سازد و وضعیت دو گانه ای که این افراد با آن دست و پنجه نرم می کنند به طور معناداری موجب اختلال روانی و تضعیف عملکرد آنها می شود (اشروک، بوید و لیف<sup>۶</sup>، ۲۰۰۹). در پژوهشی که بر روی ۱۶۳ آزمودنی دچار دیسفوریا که حدود دو سال و نیم از عمل جراحی شان گذشته بود، احساس عدم تناسب بین جنس و جنسیت از بین رفته و از نظر خلقی تا ۶۴ درصد افراد، بسیار راضی ارزیابی شدند. مشکل اکثر آنها مربوط به برخوردهای اجتماعی بود (دوریس، کروکلس، استینسما، دورلیجیرز و کوهن-کیتینس<sup>۷</sup>، ۲۰۱۱). نتایج پژوهش دوریس و همکاران (۲۰۱۱) نشان می دهد که میزان بهبودی پس از جراحی در دو سوم موارد است و عوارضی از قبیل برگشت به وضعیت قبل از جراحی، روانپزشکی دوره ای، بستری شدن در بیمارستان و خودکشی در ۷ درصد موارد اتفاق می افتد. برخی مطالعات، نشان می دهند که تأسف و اندوه پس از جراحی با کاهش درآمد در نقش زنانه و شکست در به دست آوردن بدنی با جذابیت کافی ارتباط دارد، در عین حال در وضعیت روانشناختی آنها بهبود قابل توجهی مشاهده می شود (زوک، برادلی، اوئن-آندرسون، کیبل وایت، وود، و همکاران، ۲۰۱۲). مولو، ژانتی، کرسی، کاپای، ۲۰۱۳). مطالعه حجازی، عدالتی شاطری، مصطفوی، سادات حسینی، رضاکیان و همکاران (۱۳۸۷) نشان داد که بعد از عمل جراحی میزان تطابق نقش و هویت جنسیتی دوازده بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی، بعد از عمل جراحی گویای تطابق و

1 Lipka & Hershberger

2 Bailey, Dunner & Martin

3 Ven Beijsterveldt, Hudziak & Boomsma

4 Cross-gender behavior

5 Knafo, Iervolino & Plomin

6 Schrock, Boyd & Leaf

7 deVries, Kreukels, Steensma, Doreleijers & Chen-Kettenis

رضایت ایشان از وضعیت جراحی و بهبود وضعیت روانی اجتماعی این گروه از مبتلایان بود. کرسٹینگ<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۳) بیان می کنند، شواهدی وجود دارد که تبدیل خواهان جنسی بیشتر مستعد تجربه ی ضربه ی دوران کودکی هستند تا افرادی که دارای تشخیص های روانپزشکی هستند. مطالعات هارالدسن و داهل<sup>۲</sup> (۲۰۰۰) و مک هاگ<sup>۳</sup> (۲۰۰۴) اظهار می دارند، این افراد نسبت به بزرگسالان سالم بیشتر مستعد اختلالات روانپزشکی هستند. میشل<sup>۴</sup> (۲۰۰۱) در مطالعه اش به این نتیجه رسید که کمتر از یک درصد تبدیل خواهان جنسی بعد از عمل جراحی پشیمان می شوند و کمی بیشتر از یک درصد از آنها دست به خودکشی می زنند. ریسر، شیلتون، مککوردی، اتکینسون، پیگت، آزچی، توماس و ویلیامز<sup>۵</sup> (۲۰۰۵) در مطالعه ای میزان بالای ابتلا به ایدز، شیوع زیاد رفتارهای پرخطر، خشونت در روابط جنسی، و افکار خودکشی در افراد تبدیل خواه جنسی از مرد به زن را گزارش کردند. نتایج پژوهش گومز-گیل، ویدال، هاج، میجر و سالمر<sup>۶</sup> (۲۰۰۸) نشان داد که تبدیل خواهان جنسی زن به مرد نمره بیشتری را در اختلالات افسردگی، هیستری، سیکوپاتی، و اسکیزوفرنی دارند. سیرز و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه اش نشان دادند که تبدیل خواهان جنسی تصویر بدنی و رضایت زندگی پایین تری را نسبت به افراد عادی دارند. در مطالعه سیرز، پیووارچیک، چرنی کیویچ، دولکو و کوکوبیکا<sup>۷</sup> (۲۰۰۸) نشان داده شده است که تبدیل خواهان جنسی تصویر بدنی و رضایت زندگی پایین تری را نسبت به افراد عادی دارند. در مطالعه دیگری گومز-گیل، تریلا، سالامیرو، گوداس، و والدیس<sup>۸</sup> (۲۰۰۸) نشان دادند که فراوانی تشخیص های روانپزشکی بویژه سازگاری و فوبیای اجتماعی در هر دو گروه تبدیل خواه جنسی مرد به زن و زن به مرد و مصرف الکل و اختلالات وابسته به مواد در گروه مرد به زن بیشتر است. نتایج مطالعه دلیر و رسانه (۱۳۹۷) نشان می دهد که افراد دچار ملال جنسیتی باورشان این است که دنیا عادلانه نیست زیرا بدنی مطابق با تصورشان به آنها داده نشده است. هدف از این پژوهش بررسی اختلالات شخصیت در افراد دیسفوریا است. مهمترین سؤال این است که آیا افراد دیسفوریا دارای اختلال شخصیت هستند؟ کدام اختلال ها برجستگی بیشتری دارند؟

### روش پژوهش

در این پژوهش آزمودنی یک خانم ۴۹ ساله مطلقه، دارای تحصیلات کارشناسی ارشد بود. پدر و مادرش بیسواد بودند. او فرزند آخر و دارای سه خواهر و دو برادر است که یکی از برادران اش ناتنی است. پدرش پنج مرتبه ازدواج کرده اما دو تا از همسران اش صاحب فرزند شده اند، مادرش چهار دختر و یک پسر دارد. آزمودنی با رضایت، آگاهانه و داوطلبانه در این پژوهش شرکت کرده است. به منظور ارزیابی و بررسی ویژگی های شخصیتی، روانی و عاطفی از آزمون های بندرگشتالت، رورشاخ، MMPI-2 فرم ۵۶۷ سؤالی و MCM-III فرم ۱۷۵ سؤالی بکار رفته است. همچنین از ملاک های تشخیصی DSM-5، فنون مشاهده و مصاحبه نیز استفاده شده است.

**آزمون MMPI-II:** این آزمون از زمان تدوین آن تا کنون یکی از پرمصرف ترین پرسشنامه های شخصیتی بالینی بوده است. این آزمون بارها مورد تجدید نظر قرار گرفته است و ماده های آن تغییر یافته است، سرانجام در سال ۱۹۸۹ تعداد ماده ها به ۵۶۷ ماده رسید. آزمون MMPI-II دارای ۱۰ مقیاس اصلی بالینی و سه مقیاس روانی است. اعتبار مقیاس های آزمون اصلی با روش دو نیمه کردن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۰ است که بعضی از این ضرایب برابر ۰/۹۶ می باشد اما برخی دیگر کمتر از آن است. میانه ضرایب همبستگی مقیاس ها از راه بازآزمایی بین ۰/۵۰ تا ۰/۹۰ است (فتیحی آشتیانی و داستانی، ۱۳۹۲).

**آزمون بندرگشتالت:** آزمون دیداری- حرکتی بندر یا آزمون بندر گشتالت در ابتدا به عنوان ابزار غربال کردن برای بررسی آسیب احتمالی مغز بکار می رفت، اما پژوهش های مربوط و کاربردهای بالینی آن بسیار فراتر از آن است. این آزمون به عنوان یک آزمون فراقکن برای سنجش کارکردهای مختلف شخصیت مفید شناخته شده است و شامل ۹ طرح است که یکی بعد از دیگری به آزمودنی ارائه می شود و از آنها خواسته می شود که روی یک برگ کاغذ سفید آچار آنها را بکشد. طرح هایی که کشیده می شوند بر اساس میزان دقت،

1. Kersting

2 Haraldsen & Dahl

3 Mc Hugh

4 Michel

5 Risser, Shelton, McCurdy, Atkinson, Padgett, Useche, Thomas, Williams

6 Gomez-Gil, Vidal-Hagemeyer & Salamero

7 Cysarz, Piwowarczyk, Czernikiewicz, Dulko, Kokoszka

8 Gomez-Gil, Trilla, Salamero, Godas & Valdes

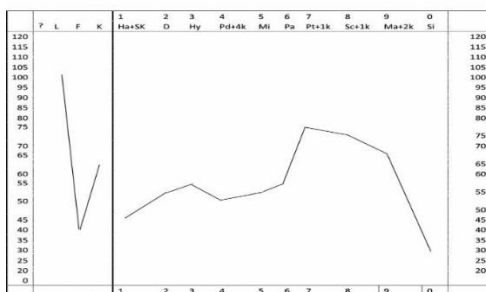
صحت، و یکپارچگی مورد ارزشیابی قرار می گیرند. نمره گذاری آزمون بندر بصورت کیفی و کمی صورت می گیرد. روایی این آزمون در مطالعات مختلف بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۵ گزارش شده است (مارنات، ۱۳۹۳).

**آزمون MCMII-III:** پرسشنامه چند محوری میلون (MCMII) دامنه گسترده ای از اطلاعات مربوط به شخصیت، سازگاری هیجانی و نگرش را می سنجد. این پرسشنامه برای بزرگسالان ۱۸ سال و بالاتر که توانایی خواندن آنها حداقل در سطح کلاس هشتم است طراحی شده است. در این آزمون براختلال های شخصیت و نشانه هایی که اغلب با این اختلال ها همراه هستند تأکید می کند (آشتیانی و داستانی، ۱۳۹۲).

### یافته های

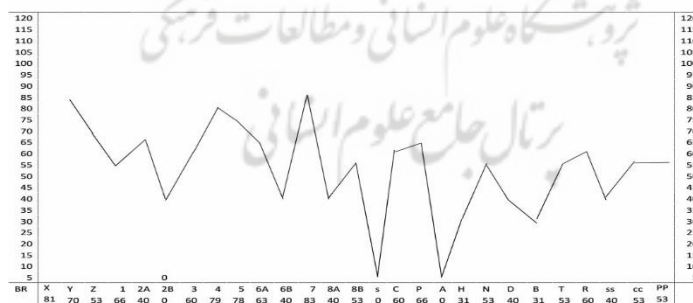
نتایج حاصل از این پژوهش با استفاده از آزمون بندرگشتالت، پرسشنامه MMPI-2، آزمون MCMII، و به دست آمده است. نتایج حاصل از آزمون بندر-گشتالت نشان داد که آزمودنی هنگام ترسیم کارت ها، به جزئیات توجه کرده و نظم و ترتیب را رعایت می کرد. نقطه ها، دایره ها و سایر خطوط را پر رنگ می کرد. این مشاهدات نشان دهنده وسواس است. همچنین آزمودنی هر شکل را در یک صفحه آچار ترسیم می کرد، که نشان دهنده خودخواهی، گرایش به شیدایی یا رفتار سایکوتیک است.

آزمودنی فرم بلند پرسشنامه MMPI-2 را در مدت ۷۰ دقیقه پاسخ داد. همانطور که نمودار ۱ نشان می دهد، آزمودنی نمره بالایی در مقیاس L گرفته است. نمره T از ۵۵ بالاتر است که بیانگر این است که آزمودنی سعی دارد برداشت مطلوبی از خود در دیگران ایجاد کند، حالات دفاعی، سرگشتگی، عدم بصیرت نسبت انگیزه ها، عدم اطلاع از پیامدهای رفتاری اش در دیگران، کمال گرایی، تمایل به همرنگی، سنت گرایی، انعطاف ناپذیری، عدم خلاقیت و عدم تحمل در برابر استرس و فشار وجود دارد. نمره F آزمودنی ۴۱ T= است، که نشان دهنده بهنجاری، همنوایی اجتماعی، البته ممکن است آزمودنی اقدام به وانمودسازی خصوصیات خوب کرده باشد. نمره K او ۶۳ T= بود، که نشان دهنده حالت دفاعی در پاسخگویی، نشان دادن لیاقت و خویشتنداری ظاهری، کمرویی، تردید در برقراری ارتباط عاطفی، و عدم توانایی در پذیرش نگرش دیگران وجود دارد. آزمودنی در مقیاس HS (خودبیمارپنداری) نمره ۴۷ گرفته است، که نشان دهنده فقدان شکوه های بدنی است. همچنین در مقیاس D (افسردگی) نمره ۵۳ T= را کسب نمود، که این برافراشتگی متوسط را نشان می دهد. این امر بیان کننده آن است که شخص ممکن است با صفاتی مثل غیر معاشرتی، خجالتی، کناره گیر، ترسو و بازداری شده توصیف شود. در مقیاس Hy (هیستری) نمره ۵۶ T= را کسب نموده است که نمره متوسطی است، و نشان دهنده آن است که آزمودنی چندان در باره برخی از کارکردهای جسمانی خود شکایت نمی کند. در مقیاس Ma (شیدایی) نمره ۶۶ T= به دست آمده است که بالاتر از متوسط است و نشان دهنده این است که فرد به امور ناهمسان علاقمند است و ممکن است در زمینه تحصیلی، کاری و خانوادگی با مشکلاتی روبرو باشد. نمره آزمودنی در مقیاس Sc (اسکیزوفرنی) برابر با ۷۱ T= است که برافراشتگی بالایی را نشان می دهد، که بیان می کند فرد احساس بیگانگی دارد و احساس می کند اطرافیان او را درک نمی کنند. در مقیاس Pt (خستگی روانی) نمره ۷۲ T= کسب شده است که برآشفتنگی بالا را نشان می دهد. افزایش برافراشتگی نشان دهنده این است که افراد کمرو هستند، مشکلات اجتماعی دارند و اغلب در باره میزان پذیرش و محبوبیت اجتماعی شان نگران اند. آزمودنی در مقیاس Pa (سوءظن و بدبینی) نمره ۵۲ T= را بدست آورده که نمره متوسطی است و نشان دهنده حساسیت در روابط بین فردی است. در مقیاس Pd (انحراف روانی-اجتماعی) نمره ۵۵ T= کسب شده که نمره متوسط به بالا است و نشان دهنده این است که تا حدی روابط اجتماعی اش سطحی است و ممکن است با اجتماع و افراد اطراف خود تضاد داشته باشد.



شکل ۱ نیمرخ روانی آزمودنی در آزمون MMPI

آزمودنی پرسشنامه چند محوری بالینی میلون ۳ (MCMI-3) را در مدت ۳۰ دقیقه پاسخ داد. همانطور که نمودار ۲ نشان می دهد، نمره حاصل از مقیاس روانی (V) برابر با صفر است که نشان دهنده معتبر بودن آزمون است. نمره خام افشاگری (X) برابر با ۸۱ به دست آمد، نمره مذکور در دامنه ۳۴ تا ۱۷۸ قرار گرفته و معتبر است. مقدار BR در مقیاس جامعه پسندی (Y) برابر با ۷۰ است که نشان دهنده تلاش آزمودنی برای ارائه تصویری مطلوب از خود است. شکل ۲ نشان دهنده برافراشتگی نمودار در مقیاس های ۷، ۴ و ۵ است، که نشان دهنده واجد شرایط بودن آزمودنی در اختلال های اجباری، نمایشی و خودشیفتگی است. آزمودنی در مقیاس ۷ (اجباری) نمره ۸۳ = BR کسب کرده است. این امر نشان دهنده احساس کنترل از طریق توجه زیاد به مقررات و جزئیات پیش پا افتاده است، کمال گرایی و معیارهای عالی بر خود تحمیل می کند و از این امر احساس ناراحتی می کند. در مقیاس ۴ (نمایشی) نمره ۷۹ = BR را به دست آورده است که بیانگر تهییج پذیری و توجه خواهی افراطی است. گرایش به جلب توجه دارد و اگر کانون توجه نباشد ناراحت می شود و احساس می کند از او تقدیر نشده است. در مقیاس ۵ (خودشیفته) نمره ۷۸ = BR اتخاذ نموده است که نشان دهنده نیاز به تحسین است و عین حال فاقد همدلی است. آزمودنی توانایی های خودش را زیاد برآورد می کند، موفقیت های خودش را بزرگ جلوه می دهد و اغلب لاف زن و متظاهر است. نمره آزمودنی در مقیاس ۱ (اسکیزوتیک) بالاتر از متوسط است و BR = ۶۶ به دست آمده است، که نشان می دهد آزمودنی نسبت به برقراری روابط صمیمانه بی تفاوت است. از اینکه عضوی از خانواده یا گروه اجتماعی باشد لذت نمی برد. در مقیاس P (پارانویید) نمره ۶۶ = BR کسب کرده است. این نمره بالاتر از متوسط است و نشان دهنده بی اعتمادی و سوءظن فراگیر به دیگران است. آزمودنی مذکور دارای برافراشتگی بالاتر از متوسط در مقیاس ۶A (ضد اجتماعی) است و نمره ۶۳ = BR کسب کرده است. که نشان دهنده انجام اعمالی است که باعث آزار دیگران می شود، یا برای کسب منافع یا لذت شخصی فریبکاری کرده و بطور مکرر دروغ می گوید. عدم وظیفه شناسی و غیر مسئولی از ویژگی های بارز نمره بالاتر از متوسط در این مقیاس است. در مقیاس ۳ (وابسته) نمره ۶۰ = BR را کسب کرده که نمره ای بالاتر از متوسط است. نشان دهنده نیاز به مراقبت است و خودپنداره ناتوان در عمل کردن مناسب و بدون کمک به دیگران است. در مقیاس C (مرزی) نمره ۶۰ = BR را اتخاذ نموده است. این نمره برافراشتگی بالاتر از متوسط دارد و نشان دهنده الگوی فراگیر بی ثباتی روابط بین فردی، خوانگاره، عواطف و تکانشگری محسوب می شود. برافراشتگی بالاتر از متوسط در مقیاس R (استرس پس از سانحه) است، نمره ۶۰ = BR کسب شده است. نمره بالاتر از متوسط ممکن است به رفتار بی پروا یا خودنابودکننده مثل رانندگی خطرناک، یا رفتار خودکشی گرا یا جرح خویشتن منجر شود. همچنین آزمودنی در مقیاس های N (دوقطبی: مانیک)، AB (خودناکام ساز)، T (وابستگی به مواد)، CC افسردگی اساسی، PP (اختلال هذیانی)، نمره متوسط به دست آورده است. بطور کلی در مشکلات شخصیت الگوی با دوام تجربه درونی و رفتار که به طور محسوس از انتظارات فرهنگ فرد منحرف می شود و حداقل در شناخت، حالت عاطفی، عملکرد میان فردی و کنترل تکانه دارای مشکل است.



شکل ۲. نیمرخ روانی آزمودنی در آزمون MCMI-3

**مصاحبه:** آزمودنی بیان می کند: "تا آنجا که یادم می آید هیچگاه با عروسک بازی نمی کردم، همیشه اسباب بازی های پسرانه مثل ماشین، تفنگ، توپ، دوچرخه و غیره می خریدم. حدود ۴، ۵ سالگی، اگر مرا با اسم دخترانه صدا می زدند، گریه وزاری می کردم و می گفتم مرا "مسعود" صدا بزیند. مادرم می رفت لباس های بلند دخترانه برایم می خرید و فکر می کرد بعد از مدتی بهتر می شوم، اما من نه تنها بهتر نمی شدم بلکه هر چه سن ام بالا می رفت بدتر هم می شدم. در دوره نوجوانی سعی می کردم سینه هایم را بپوشانم مقوای کاغذی را بصورت مستطیل قیچی می کردم و در زیر بلوز روی سینه هایم قرار می دادم، و خودم را به جلو خم می کردم تا برجستگی سینه هایم مشخص نشود. همیشه وقتی که دختر یا زنی زیبا به خانه مان می آمد، دوست داشتم ساعت ها بشینم و فقط نگاهش کنم از

این کار خیلی لذت می بردم، اما در مورد مردها اینجوری نبودم. در دوره کودکی آنچه آزارم می داد این بود که پدرم فوت کرده بود و احساس می کردم نیاز به مردی دارم که رفتارش را مشاهده کنم و مثل او رفتار کنم، هر چه بزرگتر می شدم بیشتر به پسر ها و مردها نزدیک می شدم. همیشه خواب می دیدم که آلت تناسلی ام تغییر کرده و مرد شده ام. هر روز که از خواب بیدار می شدم، نگران بودم که چطور به مادرم بگویم که مرد شده ام تا اینکه می رفتم دستشویی و خودم را نگاه می کردم تازه متوجه می شدم که هنوز مرد نشده ام. به همین خاطر همین حس لعنتی به مردهای فامیل مخصوصاً شوهر خواهرم خیلی نزدیک می شدم، او را می بوسیدم، در آغوش می گرفتم، فکر می کردم من هم مرد هستم و شوهر خواهرم مثل پدرم است، تا اینکه آن اتفاق وحشتناک برایم افتاد. در این لحظه آزمودنی شروع می کند به گریه کردن. خودم به تنهایی همه خون را پاک کردم. می ترسیدم کسی متوجه شود چه اتفاقی برایم افتاده است. شوهر خواهرم به من تجاوز کرد. من اصلاً نمی فهمیدم چه اتفاقی افتاده است، آخه هنوز ۱۲ سالم بود. نمی دانم چرا با من این کار را کرد، من فکر می کردم، پسر هستم به همین خاطر می بوسیدم اش، او از رفتار من سوء استفاد کرد. وقتی در دبیرستان بودم، همه دخترهای همکلاسی ام، رفتاری دخترانه داشتند، اما من اصلاً دوست نداشتم مثل آنها رفتار کنم، یعنی اصلاً بلد نبودم و رفتارم خیلی زمت بود. در دوره دبیرستان با برخی از همکلاسی هایم خیلی دوست بودم و رابطه نزدیک داشتم. بعد از دبیرستان و هنگامی که در تربیت معلم قبول شدم وضعیت روحی ام بهتر شد، چون شبانه روز در محیطی پر از دختر بودم و از این بابت خیلی خوشحال بودم. با یکی از آنها که همشهری ام بود و چند سالی از من کوچکتر بود رابطه نزدیکی برقرار کردم. اما یکی از بچه های خوابگاه متوجه شد و به رئیس خوابگاه گزارش داد، به همین خاطر بعد از فارغ التحصیلی مدت دو سال ما را اخراج کردند، البته بعداً شکایت کردیم و ما را عودت به کار دادند. ما بعد از آن هم به مدت ۶ سال با هم رابطه نزدیک داشتیم، ما در یک مدرسه تدریس می کردیم، بعد از مدرسه، یا من به منزل آنها می رفتم یا او به منزل ما می آمد. هنگام تعطیلات با هم به مسافرت می رفتیم. این وضعیت ادامه داشت تا اینکه دوست برادرم به خواستگاری ام آمد، البته من خواستگار خیلی داشتم که به همه جواب رد می دادم، اما در مورد خواستگار آخری که دوست برادرم بود، از طرف خانواده و بویژه برادرم مجبور شدم با او عقد کنم و پس از شش ماه، جشن کوچکی برای عروسی مان گرفتند. همان شب اول عروسی، پیروید (عادت ماهیانه) شدم بنابراین هیچگونه ارتباط جنسی با شوهرم نداشتم، روز هفتم عروسی براساس سنت، به منزل پدری ام رفتم و دیگر به منزل شوهرم نبرنگشتم، هرچه هم اصرار می کردند بی فایده بود، سرانجام طلاق توافقی گرفتیم و همه مهریه و جهیزیه ام به او بخشیدم، فقط می خواستم دست از سرم بردارد. چون ما در روستا زندگی می کردیم، این شیوه ازدواج و طلاق برای خانواده ام بسیار سخت و دشوار بود. بعد از طلاق دوباره با دوست و همکارم ارتباط نزدیک داشتم و این رابطه ۲۷ سال دوام داشت تا اینکه یک روز برحسب اتفاق گوشی اش را چک کردم و متوجه شدم که با یک مرد ارتباط مجازی دارد، بسیار ناراحت شدم و احساس می کردم دنیا دور سرم می چرخد، به مدت یکسال آنقدر عذاب کشیدم که دچار سرطان شدم. خوشبختانه سرطان ام خوش خیم است. بعد از آن با یک زن مطلقه که یک فرزند داشت رابطه نزدیک داشتم و این خانم پس مدتی ازدواج کرد. بعد از آن با برخی دانش آموزان راهنمایی و دبیرستان ارتباط داشته ام، برخی از دانش آموزان راهنمایی که با من ارتباط داشته اند، هنگامی که می خواهم رابطه ام را با آنها کمتر کنم مرا "پیرزن پر حاشیه" می نامند. احساس می کنم اگر جراحی می کردم و به مرد تغییر جنسیت می دادم موفق تر بودم. بخاطر اینکه فشارهای اجتماعی کمتر می شد و راحت تر و آزاد تر زندگی می کردم حداقل مانتو و مقنعه و چادر نمی پوشدم. دیدگاه افراد اجتماع در مورد افرادی مثل من متفاوت است. مثلاً چند شب پیش حدود ساعت ۱۱ شب یکی از مردان اقوام تماس گرفت و گفت: شنیدم می خواهید جراحی کنید، حالا که اندام زنانگی ات را دور می اندازید اجازه بده دو سه باری من از آن استفاده کنم قبل از اینکه آن را دور بندازید. اینگونه حرف ها و دیدگاه های اجتماعی مرا عذاب می دهد، آنها درک نمی کنند که من دوست نداریم در هنگام سکس کسی روی من قرار بگیرد".

**مشاهده:** آزمودنی هر وقت زن زیبایی را می بیند تحریک می شود و سعی می کند باب گفتگو را با او باز کند، الفاظ بسیار محبت آمیز برایش استفاده می کند و مهارت خاصی در جلب کردن توجه دیگران دارد. با کودکان و نوجوانان به راحتی ارتباط برقرار می کند و توجه و اعتمادشان را به دست می آورد. در هنگام رانندگی بسیار ریسک پذیر رانندگی می کند. زیاد حرف می زند، آواز می خواند، می رقصد و بطور مداوم در حال جنب و جوش است. شب ها به ندرت یک یا دو ساعت می خوابد و بیشتر مواقع بیدار است. روزها همواره خواب آلود است و در صورت شرایط مناسب ساعت ها در طول روز می خوابد. هنگامی که با زنی یا دختری رابطه دوستانه برقرار می کند به بهانه های مختلف مثل رفع خستگی و غیره شروع می کند از زانو تا کف پایشان را نوازش می دهد، سرانجام هیجانی می شود و دست و پایشان را می بوسد. در این هنگام اگر به او اجازه ندهند شروع می کند دست خودش را از آرنج تا بازو بطور مرتب می بوسد. وقتی مطمئن شد که رابطه دوستانه اش شکل گرفته است بطور مرتب تهدید به قطع رابطه می کند. در رفتارش قهر و آشتی فراوان وجود دارد

(یک رفت و برگشت مداوم در رفتار قابل مشاهده است). هنگامی که احساس کند در یک زمینه ای می تواند مفید باشد، تدارک دعوا می بیند و با قهر و دعوا محیط را ترک می کند (گاهی اوقات ساعت ۱۲ یا ۲ نیمه شب اقدام به ترک محیط می کند). همیشه یکی دو چاقو دسته بلند با چند وسیله دفاعی سرد همراه اش است تا در صورتی که بین راه دعوایی پیش آمد از خودش محافظت کند. در بیشتر مواقع فراموشی دارد، گاهی اوقات ساعت ها دنبال یک وسیله مثل ساعت یا سویچ ماشین می گردد. هنگامی که شروع به تلفن می کند ساعت ها پشت سر هم تماس می گیرد، با اتمام یک مکالمه، مکالمه بعدی را شروع می کند، وقتی که لیست افراد مورد نظر برای مکالمه به اتمام رسید مجدداً از ابتدای لیست شروع می کند و دوباره و چند باره با آنها تماس می گیرد. در موقعیت های حساس هیچ چیزی را درک نمی کند. مثلاً زمانی که همراهان اش با مشکل مواجه می شوند بجای کمک کردن شروع به سرزنش کردن و لجبازی می کند بطوری که رفتار غیر قابل تحمل می شود.

### بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از اجرای آزمون MMPI-2 نشان داد که آزمودنی در مقیاس های اسکیزوفرنی، و ضعف روانی (این اصطلاح امروزه متداول نیست اما اختلال وسواس- اجباری به آن نزدیکتر است) نمره های بالایی اتخاذ کرده و در سایر مقیاس ها نمره ای متوسط و یا بالاتر از متوسط کسب نموده است. نتایج مقیاس های بالینی بیانگر آن است که آزمودنی دارای افکار غیر قابل کنترل، تردید در باره توانایی های خود، نارضایتی، شکایت های جسمانی و اشکال در تمرکز است. به عبارتی از لحاظ روانی احساس ناراحتی و آشفتگی می کند. از آنجایی که نمره اسکیزوفرنیا پائین تر از ۷۵ است ( $T=71$ ) بنابراین ارتباط اش را با محیط و واقعیت قطع نشده است اما دارای احساس خشم، تنفر و پرخاشگری است. مشاهده بالینی نیز نشان می دهد که گاهی اوقات دارای توهم، هذیان، دوگانگی عاطفی، و افکار عجیب و غریب است. همچنین با توجه به نمره بالا در مقیاس  $L (T=100)$ ، آزمودنی تلاش می کند تا برداشت مطلوبی از خود در دیگران ایجاد کند. گم گشته و ناخشنود به نظر می رسد و از مکانیزم های دفاعی استفاده می کند (مشاهدات بالینی این امر را تأیید می کند). نتایج حاصل از آزمون MCMI-3 نشان دهنده برافراشتگی در شاخص های روانی  $X$  و  $Y$  است، در عین حال در مقیاس های  $7$  (اجباری)،  $4$  (نمایشی) و  $5$  (خودشیفته) برافراشتگی وجود دارد. این نتایج بیانگر آن است که آزمودنی دارای رفتار کمال گرایانه، مطیع مآبانه، سرکوب عواطف، خشکی و تعصب است. آزمودنی در اتکا به دیگران مثل افراد وابسته است اما فعالانه برای به دست آوردن احترام و محبت از طرف دیگران مهارت اجتماعی خوبی از خود نشان می دهد (مشاهدات بالینی این امر را تأیید می کند). همچنین بیش از حد به خودش ارزش می دهد، از خود راضی است و بصورت خودمحورانه ای رفتار می کند. آزمودنی در شاخص های روانی  $X$  و  $Y$  به ترتیب نمره های  $81$  و  $70$  را کسب کرده است، که نشان دهنده این است آزمودنی بی پروا دست به خودافشاگری می زند. در عین حال تلاش دارد که خود را از نظر اخلاقی با فضیلت و از نظر عاطفی با ثبات نشان دهد (مشاهدات بالینی این امر را تأیید می کند). نتایج پژوهش حاضر نشان می دهد که افراد دیسفوریا در برخی زمینه ها مستعد اختلالات و مشکلات روانی هستند. اما روشن نیست که این اختلالات به علت دیسفوریا ایجاد شده اند یا عوامل اجتماعی، خانوادگی، کاری و تحصیلی باعث ایجاد این مشکلات شده است. شواهدی وجود دارد که افراد دیسفوریا بیشتر مستعد تجربه ضربه دوران کودکی هستند تا افرادی که دارای تشخیص های روانپزشکی هستند (کرسینگ و همکاران، ۲۰۰۳). در پژوهش هارلدسن و داهل (۲۰۰۰) و مک هاگ (۲۰۰۴) اظهار می دارند، افراد دیسفوریا نسبت به بزرگسالان سالم بیشتر مستعد اختلالات روانپزشکی هستند. میشل (۲۰۰۱) در مطالعه اش به این نتیجه رسید که کمتر از یک درصد افراد دیسفوریا بعد از عمل جراحی پشیمان می شوند و کمی بیشتر از یک درصد از آنها دست به خودکشی می زنند. ریسر و همکاران (۲۰۰۵) در مطالعه ای که انجام دادند، ابتلا به ایدز، شیوع رفتارهای پر خطر، خشونت در روابط جنسی و افکار خودکشی در افراد دیسفوریا را گزارش نمودند. در مطالعه سیرز و همکاران (۲۰۰۸) نشان داده شد که افراد دیسفوریا تصور بدنی و رضایت پائینی از زندگی نسبت به افراد عادی دارند. در پژوهش گومز-گیل و همکاران (۲۰۰۸) نشان داده شد که فراوانی تشخیص های روانپزشکی، مشکل ارتباط اجتماعی و مصرف مواد در افراد دیسفوریا بیشتر از افراد عادی است. در پژوهش محمدی، زمانی، واعظی و حدادی کوهسار (۱۳۸۹) نشان داده شد که افراد دیسفوریا دارای اختلالات سازگاری، اسکیزوفرنی، ضعف روانی، افسردگی، خودبیمارانگاری، هیستری و اضطراب هستند. با توجه به نتایج به دست آمده شیوع اختلال های شخصیت در افراد دیسفوریا امر نادری نیست. هر چند که یافته های حاصل از این مطالعه نشان دهنده اختلال شخصیت در دیسفوریا مورد مطالعه است اما نمی توان دقیقاً بیان کرد که افراد دیسفوریا افرادی سایکوتیک یا حتی نوروتیک می باشند و حتی در صورت تأیید نیز نمی توان بیان کرد که این اختلالات باعث بروز دیسفوریا شده اند و یا همه افراد دیسفوریا دچار اختلالات سایکوتیک یا نوروتیک می

باشند. بلکه این مسأله نیاز به بررسی عمیق تر دارد. آنچه از نتیجه این مطالعه قابل برداشت است این است که به نظر می رسد افراد دیسفوریا هیجان مدار هستند و بیشتر در جهت زندگی خیالی خود پیش می روند. از سوی دیگر روابط بین فردی شان با مشکلاتی همراه است که می تواند ناشی از حساسیت مفرط ارتباطی و تجارب عاطفی هیجانی دردناک و عدم مهارت در کنترل و ابراز هیجانات شان باشد که سرانجام منجر به سرکوبی هیجان و احساس بیگانگی و کناره گیری از محیط می شود. این دسته از افراد دلمشغولی های فراوانی در باره ظاهر فیزیکی و جسمانی خود دارند که بیشتر در جهت تضادهای قابل مشاهده بین جنس و جنسیت شان است. به نظر می رسد این مسائل در اثر تضاد میان ایفای نقش دلخواه و نقش مورد انتظار جامعه به عنوان زن یا مرد است. این تضاد مشکلاتی را در جهت کسب مهارت های ارتباط اجتماعی بوجود می آورد، و این می تواند دلیل مهمی در ناپختگی رفتاری در شیوه برخورد با محیط و مدیریت استرس و شرایط باشد. از طرف دیگر افراد جامعه به دلیل عدم آگاهی بازخورد نامناسب نشان می دهند و این باعث سرکوب عواطف و هیجاناتشان می شود. بطور خلاصه می توان گفت این مطالعه از این لحاظ بی همتا است که وضعیت آزمودنی بصورت عمیق و با استفاده از مشاهده، مصاحبه و آزمون های مختلف بررسی شده است. بنا بر اظهارات فرد مورد مطالعه از دوران کودکی هیجان زیاد و بیش فعالی داشته است، در عین حال هیچوقت از جنسیت زیستی خود رضایت نداشته است. در دوره کودکی فکر می کرده با بزرگتر شدن اندام جنسی اش تغییر می کند اما در دوره نوجوانی وقتی برای اولین بار پرپود می شود احساس درماندگی و تنفر از جنسیت زیستی اش می کند.

## منابع

- انجمن روانپزشکی آمریکا. (۲۰۱۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: نشر روان (۱۳۹۳).
- حجازی، آریا، عدالتی شاطری، زهره، مصطفوی، سعیده سادات، حسینی، زهرا سادات، رزاقیان، منیره، مقدم، مرضیه (۱۳۸۷) بررسی میزان تطابق نقش و هویت جنسی ۱۲ بیمار ترنس سکسوال با جنسیت جدیدشان پس از عمل جراحی تغییر جنسیت. مجله علمی پزشکی کردستان، دوره ۱۳، شماره ۶.
- دلیر، مجتبی؛ ر سانه، فرزانه (۱۳۹۷). باور به جهان عادل در مبتلایان به اختلال هویت جنسیتی؛ نقش جراحی تغییر جنسیت. رویش روان شنا سی، سال هفتم، شماره ۱۴، شماره پیاپی ۲۲.
- سادوک، بی. جی؛ سادوک، و.آ؛ روئیز، پ. (۲۰۱۵). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری/روان پزشکی بالینی ترجمه فرزین رضاعی. تهران: انتشارات ارجمند (۱۳۹۵).
- غضنفری، فیروزه؛ خداحیمی، سیامک؛ پورکرد، مهدی؛ کرمی، امیر (۱۳۹۶). اختلال ملال جنسیتی: تشخیص، نظریه و مداخله. رویش روان شناسی، سال ششم، شماره ۴، شماره پیاپی ۲۱.
- فتحی آشتیانی، علی، داستانی، محبوبه (۱۳۹۲). آزمون های روانشناختی: ارزشیابی شخصیت و سلامت روان. تهران: انتشارات بعثت.
- گنجی، مهدی. (۱۳۹۳). آسیب شناسی روانی DSM-5. تهران: انتشارات ساوالان.
- مارنات، گ.گ (۱۳۹۳). راهنمای سنجش روانی برای روان شناسان بالینی، مشاوران و روان پز شکان (ترجمه حسن پاشا شریفی و محمدرضا نیکخو). تهران: انتشارات سخن. (تاریخ به زبان اصلی ۱۹۹۷)
- محمدی، خسرو، زمانی، رضا، واعظی، سیداحمد، و حدادی کوهسار، علی اکبر (۱۳۸۹) بررسی ویژگی های شخصیتی تبدیل خواهان جنسی. فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز، سال پنجم، شماره ۱۷.

- Bailey, J. M., Dunne, M. P., & Martin, N. G. (2000). Genetic and environmental influences on sexual orientation and its correlates in an Australian twin sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 524-536.
- Cysarz, D., Piwarczyk, A., Czernikiewicz, W., Dulko, S., & Kokoszka, A. (2008). Changes in body image satisfaction, sense of coherence and life satisfaction during the therapy of women with transsexualism, a preliminary report. *Journal of Psychiatr Pol*, 42(1), 115-123.
- de Vries, A. L., Kreukels, B. P., Steensma, T. D., Doreleijers, T., A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Comparing adult and adolescent transsexuals: an MMPI-2 and MMPI-A study. *Journal of Psychiatry Research*, 186(2), 414-418.
- Gomez-Gil, E., Trilla, A., Salamero, M., Godas, T., & Valdes, M. (2008). Sociodemographic, clinical and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain, *Arch Sex Behav*.
- Gomez-Gil, E., Vidal-Hagemeijer, A., & Salamero, M. (2008). MMPI-2 characteristics of transsexuals requesting sex reassignment: Comparison of patients in pre-hormonal and presurgical phases. *Journal of Personality Assessment*, 90(4), 368-374.
- Haraldsen, I. R., & Dahl, A. A. (2000). Symptom profile of gender dysphoric of transsexual type compared to patients with personality disorders and healthy adults. *Journal of Acta Psychiatrica*, 102, 279-281.



- Kersting, A., Reutemann, M., Gast, U., Ohrmann, P., Suslow, T., Michael, N., & etal. (2003). Dissociative disorders and traumatic childhood experiences in transsexuals. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 182-189.
- Knafo, A., Iervolino, A. C., & Plomin, R. (2005). Masculine girls and feminine boys: Genetic and environmental contributions to atypical gender development in early childhood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 400-412.
- Kreukels, B.P.C.; Steensma, T.D; Devries, A. L.C. (2014). Gender dysphoria and disorders of sex development: Progresses in care and knowledge. New York: Springer.
- Lippa, R., & Hershberger, S., . (1999). Genetic and environmental influences on individual differences in masculinity, femininity, and gender diagnosticity: Analyzing data from a classic twin study. *Journal of Personality*, 67, 127-155.
- Loehlin, J. C., Jonsson, E. G., Gustavsson, J. P., Stallings, M. C., Gillespie, N. A., Wright, M. J., & al., e. (2005). Psychological masculinity-femininity via the gender diagnosticity approach: Heritability and consistency across ages and populations. *Journal of Personality*, 73, 1295-1319.
- Mc Hugh, P. (2004). Surgical sex. *Journal of First Things*, 147, 34-38.
- Michel, A. (2001). The transsexual: What a future? . *Journal of Anmed Psychol*, 159, 347-358.
- Molo, M., Gentile, M., Crespi, C., & Cappai, E. (2013). Rorschach characteristics in gender identity disorders subject. Ce. R. Ne- (research center in neuroscience) Turin-Italy.
- Risser, M. H., Shelton, A., Mccurdy, S., Atkinson, J., Padgett, P., Useche, B., Williams, M. (2005). Sex, Drugs, Violence, and HIV status among male to female transgender persons in Houston, Texas. *International Journal of Trans Genderism*, 8(1).
- Schrock, D. P., Boyd, E. M., & Leaf, M. (2009). Emotion work in the public performances of male to female transsexuals. *Journal of Archives of Sexual Behavior*, 38(5), 702-712.
- Van Beijsterveldt, C. E. M., Hudziak, J. J., & Boomsma, D. I. (2006). Genetic and environmental influences on cross-gender behavior and relation to behavior problems: A study of Dutch twins at ages 7 and 10 years. *Journal of Archives of Sexual Behavior*, 35, 647-658.
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., Wood, H., Singh, D., & Choi, K. (2012). Demographics, behavior problems and psychosexual characteristics problems and psychosexual characteristics of adolescents with gender identity disorder or transvestic fetishism. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 38(2), 151-189.



شپوشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی