

# مقایسه ویژگی‌های شخصیتی افراد مبتلا به اختلال ملال جنسیتی تطبیق جنسیت داده و تطبیق جنسیت نداده

نویسندگان: سمیه منتشلو<sup>۱\*</sup>، محمدرضا شعیری<sup>۲</sup>، لیلا حیدری نسب<sup>۳</sup>

۱. کارشناس ارشد، روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

۲. دانشیار، روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

۳. استادیار، روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

E-mail: mantashloo.s@gmail.com

\* نویسنده مسئول: سمیه منتشلو

## چکیده

مقدمه و هدف: هدف از پژوهش حاضر، مقایسه ویژگی‌های شخصیتی افراد مبتلا به اختلال ملال جنسیتی که اقدام به عمل جراحی در جهت تطبیق جنسیت کرده‌اند و افراد مبتلایی که تحت درمان قرار نگرفته‌اند با استفاده از آزمون رورشاخ بوده است.

مواد و روش‌ها: به این منظور، سی نفر از هر دو گروه به‌روش نمونه‌گیری در دسترس و تا حد ممکن با توجه به هم‌تاسازی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی انتخاب شدند. آزمودنی‌ها با استفاده از آزمون رورشاخ، منطبق با نظام جامع اکسندر، به‌شکل انفرادی مورد ارزیابی قرار گرفتند.

نتایج: نتایج نشان داد در مقیاس‌های مختلف بین دو گروه تفاوت‌های معناداری وجود دارد از جمله گستره (کل تصویر، جزئیات غیرمعمول) [W, Dd, ] محتوا (خون، آناتومی، چشم‌انداز، طبیعت) [Bl, An, ] تعیین‌کننده‌های (پاسخ‌های حرکتی فعال، پاسخ‌های حرکتی منفعل، رنگ بی‌فام، سایه‌روشن شکل) [Ls, Na active, passive, C, YF].

نتیجه‌گیری: می‌توان گفت آن دسته از افراد مبتلایی که تحت عمل جراحی تطبیق جنسیت قرار گرفته‌اند، نسبت به گروهی که تطبیق جنسیت نداده‌اند، در برخورد با شرایط محیطی به‌صورت فعال‌تر و کارآمدتر عمل می‌نمایند و توانایی بیشتری در مدیریت هیجانات خود دارند و از میزان دغدغه‌هایشان نسبت به جسم و جنس خود کاسته می‌شود. از سویی، افرادی که هنوز تطبیق جنسیت نداده‌اند از هیجانات و عواطف دردناکی رنج می‌برند و نشانه‌های اضطراب و افسردگی‌شان بیشتر است و در برخورد با شرایط محیطی نسبت به افرادی که تحت درمان قرار گرفته‌اند، بیشتر حالت دفاعی و عقب‌نشینی دارند.

واژگان کلیدی: اختلال ملال جنسیتی، عمل جراحی، رورشاخ، نظام جامع اکسندر.

# دانشور

## پژوهشی

دوماهنامه علمی-پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال بیست و چهارم - شماره ۱۳۰

شهریور ۱۳۹۶

دریافت: ۱۳۹۶/۰۴/۱۸

آخرین اصلاح‌ها: ۱۳۹۶/۰۵/۲۴

پذیرش: ۱۳۹۶/۰۵/۳۱

## مقدمه

باقی بماند و چه به تغییر جنس کامل منجر شود، دربردارنده پیامدهای قابل توجهی است، به طوری که مسیر زندگی این افراد را دگرگون می‌سازد و این وضعیت دوگانه‌ای که این افراد با آن دست‌وپنجه نرم می‌کنند به طور معناداری موجب اختلال روانی و تضعیف عملکرد آن‌ها می‌شود (۵). مطالعه‌ای که بر روی ۴۷۹ نفر داوطلب مرد متقاضی جراحی صورت گرفت، نشان داد از این مجموعه تنها ۲۲ درصد آن‌ها مبتلایان واقعی به اختلال ملال جنسیتی بودند؛ لذا گرچه عمل جراحی مؤثرترین شیوه درمانی برای بیماران با تشخیص اولیه اختلال ملال جنسیتی است؛ اما پذیرش درخواست تطبیق جنسیت باید برپایه بازنگری شرح حال این مراجعین و دقت نظر در خصوص معیارهای تشخیصی باشد (۶). از سوی دیگر، گروهی از روان‌شناسان، روان‌پزشکان و دیگر متخصصین انجمن بین‌المللی ملال جنسی، هری بنجامین، برای جراحی تطبیق جنسیت، استانداردهایی قرار دادند که در انتخاب افرادی که بهترین و مناسب‌ترین کاندیدها برای عمل جراحی تطبیق جنسیت هستند، بسیار سودمند است (۷).

در مرجع جامع روان‌پزشکی، میزان رضایت بعد از عمل جراحی در مردان مبتلا ۸۷ درصد و در زنان مبتلا ۹۷ درصد ذکر شده است. در مبتلایان مرد به زن، کفایت اجتماعی و زیبایی بعد از عمل نقش عمده‌ای در احساس کفایت فردی و تصویر از خویشان دارد (۸). در مطالعه‌ای بر روی ۱۶۳ بیمار مبتلا به اختلال ملال جنسیتی که به طور متوسط ۲/۵ سال از عمل جراحی‌شان گذشته بود، احساس عدم تناسب بین جنس و جنسیت از بین رفته و از نظر خلقی تا ۶۴ درصد افراد، بسیار راضی ارزیابی شدند. شکایت عمده اکثر آنان مربوط به برخوردهای اجتماعی بود (۹). در مطالعه‌ای که توسط اسمیز و همکاران (۲۰۱۲) روی سه گروه از بیماران عمل‌شده و عمل‌نشده و در انتظار جراحی صورت گرفت، مشخص شد گروه عمل‌شده دیگر از ملال

هویت جنسیتی<sup>۱</sup> که بخش مهمی از هویت هر انسان را تشکیل می‌دهد، بازتاب تصویری است که هر فرد به عنوان یک زن یا مرد از خود دارد. فرد می‌آموزد با توجه به اینکه مرد یا زن آفریده شده است، باید به شیوه خاصی بیندیشد، رفتار و احساس خاصی داشته باشد (۱). هویت جنسیتی انسان تحت تأثیر دو مؤلفه اکتسابی و غیراکتسابی سامان می‌گیرد. جنس<sup>۲</sup> به عنوان یک عامل غیراکتسابی شامل ویژگی‌های زیستی، کالبدی، جسمانی و کروموزومی است که مرد و زن را از یکدیگر متمایز می‌سازد؛ اما جنسیت<sup>۳</sup> به عنوان یک عامل غیراکتسابی، زن و مرد را به لحاظ اجتماعی فرهنگی از یکدیگر جدا می‌کند و بر اساس ویژگی‌هایی که غالباً خصوصیات ویژه دو جنس محسوب می‌شود، شکل می‌گیرد. به طور معمول، مختصات جنسی و جنسیتی مردم با یکدیگر هماهنگ است؛ اما گاهی این مختصات با یکدیگر ناسازگارند (۲). هنگامی که این ناسازگاری دارای ویژگی‌های خاصی می‌شود، متخصصان علوم رفتاری از نوعی اختلال صحبت می‌کنند که تحت نام اختلال هویت جنسیتی تعریف می‌شود. در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (۳) از عنوان اختلال ملال جنسیتی<sup>۴</sup> به جای اختلال هویت جنسیتی<sup>۵</sup> استفاده شده که به صورت زیر تعریف شده است: داشتن احساس پریشانی نسبت به جنس زیستی خود که با آن جنسی که فرد تجربه و ابراز می‌کند هماهنگی ندارد. این عدم هماهنگی و احساس تعلق به جنس مخالف، شامل جنبه‌های مختلفی می‌شود از جمله جنبه‌های مربوط به ادراک خویشان، تصویر بدنی، روابط بین فردی، به کارگیری مکانیزم‌های دفاعی و سازگاری اجتماعی (۴). اختلال ملال جنسیتی چه در حد ذهنی

1. Gender Identity

3. Sex

4. Sexuality

5. Gender Dysphoria

6. Gender Identity Disorder

ابزارهای محدودی که در اختیار روان‌شناسان است، از حساسیت بالایی برخوردار است. چرا که این افراد با مطالعه و بالابردن آگاهی در خصوص ابزارهای ارزیابی عینی که اغلب به کار برده می‌شود، می‌توانند جهت ارزیابی را به سمت دلخواه، سوق دهند که این یکی از مشکلات عدیده‌ای است که از سویی تشخیص را با خطا مواجه می‌کند و از سوی دیگر، به دلیل قابلیت‌های محدود ابزارهای عینی در موارد بررسی کارکردهای روان‌شناختی، دیده‌شده که مبتلایان به اختلال ملال جنسیتی در مصاحبه‌های بالینی و تست‌های عینی، فاقد نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی به نظر می‌رسند؛ اما بررسی نتایج تست‌های فرافکن در مورد این افراد، نشانگر وجود آسیب‌شناسی‌های روانی مختلف است (۱۶). اما همان‌طور که از ادبیات پژوهشی مشخص است، بیشتر پژوهش‌های صورت‌گرفته با استفاده از ابزارهای عینی و در یک حوزه محدود بوده است، درحالی‌که نتایج تحقیقات مختلف به اهمیت و سودمندی آزمون‌های فرافکن در امر تشخیص و درمان اختلالات روانی اشاره دارد. چرا که این آزمون‌ها نه تنها معایب آزمون‌های عینی مثل سوگیری را ندارند بلکه مطالعات نشان داده بخش عمده اطلاعات بیمار هشیار نبوده و با استفاده از آزمون‌های فرافکن می‌تواند قابل‌دسترسی باشد (۱۷). شیوه‌های فرافکن متعددی برای برجسته‌کردن ویژگی‌های شخصیتی و اختلال‌های روانی مورد استفاده قرار می‌گیرد؛ اما آزمون رورشاخ از میان آزمون‌های مختلف، بیشترین اهمیت را برای ارزیابی‌های بالینی دارد، به‌ویژه با استفاده از سیستم نمره‌گذاری اکسندر (۱۸). پژوهش‌های متعددی نیز کارایی آزمون رورشاخ در نمایان‌ساختن ناهنجاری‌های شناختی در اختلال‌های روانی مختلف را آشکار کرده‌اند (۱۹). همچنین، توانمندی آزمون رورشاخ در تشخیص و تشخیص افتراقی اختلال‌های مختلف به اثبات رسیده است (۲۰). در سراسر جهان نیز با اهداف مختلف پژوهشی از رورشاخ برای بررسی افراد مبتلا به اختلال ملال جنسیتی استفاده کرده‌اند که کارایی و جامع بودن این تست در

جنسیتی رنج‌نبرده و از اقدام به عمل جراحی راضی بودند. در گروه‌های دیگر، ویژگی‌های ناکارآمد به‌طور یکسانی بارز بودند (۱۰). نتایج پژوهش وریس<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۱) نیز حاکی از آن بود که میزان بهبودی پس از جراحی در دوسوم موارد است و عوارض شامل درخواست برای برگشت به وضعیت قبل از جراحی، دوره‌ای روان‌پریشی، بستری‌شدن در بیمارستان و خودکشی است که ۷ درصد محاسبه شده است (۱۱). زوکر<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۲) نیز مطالعه‌ای بر روی عده‌ای از مبتلایان مرد به زن پس از عمل جراحی انجام دادند و در این مطالعه مشخص شد که تأسّف و اندوه پس از جراحی با کاهش درآمد در نقش زنانه و شکست در به‌دست‌آوردن بدنی با جذابیت کافی ارتباط دارد (۱۲). در تحقیق مولو<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۳) نیز بر نتایج قبلی تأکید شد و بهبود قابل‌توجهی در وضعیت روان‌شناختی این گروه دیده شد (۱۳). در ایران نیز حجازی و همکاران (۱۳۸۷) به بررسی میزان تطابق نقش و هویت جنسیتی دوازده بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی، بعد از عمل جراحی پرداختند که شواهد گویای تطابق و رضایت ایشان از وضعیت جراحی و بهبود وضعیت روانی‌اجتماعی این گروه از مبتلایان بود (۱۴). نتایج پژوهش بشارت و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد عمل جراحی تطبیق جنسیت موجب کاهش مشکلات بین فردی مبتلایان به اختلال ملال جنسیتی می‌شود (۱۵). با توجه به نکات مورد اشاره این مسئله مطرح می‌شود که ارزیابی‌های روان‌پزشکی و سنجش کارکردهای روان‌شناختی افراد مبتلا به اختلال ملال جنسیتی و بررسی دقیق تغییرات کارکردی این افراد قبل و بعد از عمل جراحی از چه طریقی و به چه شکلی صورت بگیرد تا امکان دریافت دقیق‌تری از زوایای مختلف مسائل ایشان وجود داشته باشد؟

سنجش و ارزیابی بعد روان‌شناختی این افراد به‌دلیل

1. Verise, N.

2. Zucker, S.

3. Molo

حجم نمونه: با توجه به اینکه تعداد نمونه در مقالات خارجی که بر روی این گروه از بیماران با استفاده از رورشاخ صورت گرفته از حداقل دوازده تا حداکثر چهل نفر بود (۱۶،۴-۲۰) ما در این پژوهش سی نفر (در هر گروه پانزده نفر) را به‌عنوان نمونه مورد مطالعه قرار دادیم.

#### ملاک‌های شمول و عدم‌شمول آزمودنی‌ها

##### ملاک‌های شمول

۱. قرارگرفتن در بازه سنی هجده تا چهل سال؛
۲. دریافت تشخیص اختلال ملال جنسیتی بر اساس مصاحبه ساخت‌یافته مبتنی بر راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روان‌پزشکی پنجم، برای گروه بالینی؛
۳. عدم‌دریافت تشخیص اختلال ملال جنسیتی بر اساس مصاحبه ساخت‌یافته مبتنی بر راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روان‌پزشکی پنجم، برای گروه غیربالینی؛
۴. دارابودن تحصیلات حداقل دیپلم و بالاتر برای هر دو گروه بالینی و غیربالینی.

##### ملاک‌های عدم‌شمول

۱. داشتن اختلال مبدل پوشی، بدشکل انگاری بدن، سایکوزها یا اسکیزوفرنی (وارسی بر اساس مصاحبه مبتنی بر اساس DSM-5) برای هر دو گروه بالینی و غیربالینی؛
۲. داشتن سابقه بستری در شش ماه گذشته به‌دلیل مشکلات روان‌شناختی و روان‌پزشکی (وارسی بر اساس پرسش مستقیم در مصاحبه با افراد) برای هر دو گروه بالینی و غیربالینی؛
۳. قراردادن در بازه سنی پایین‌تر از هجده سال یا بالاتر از چهل سال؛
۴. دارابودن تحصیلات پایین‌تر از دیپلم در هر دو گروه بالینی و غیربالینی؛
۵. شرکت افراد شرکت‌کننده در برنامه‌های روان‌درمانی و مشاوره‌ای دیگر، در ارتباط با دیگر

ارزیابی ابعاد مختلف روان‌شناختی و روان‌پزشکی مربوط به این گروه از بیماران را به اثبات رسانده‌اند (۱۶،۴-۲۰). ولی استفاده بالینی از رورشاخ در جهت تشخیص و درمان، با توجه به اهمیتی که این تست در این حوزه دارد، محدود به چند نمونه مختصر است. گرچه تحقیقات نشانگر رضایت از عمل جراحی و بهبود وضعیت روان‌شناختی مبتلایان می‌باشد؛ اما در اینجا، آنچه مشهود است جای خالی پژوهشی است که با دید جامع‌تر و با استفاده از فنون فرافکن به‌ویژه رورشاخ به بررسی و ارزیابی مبتنی بر فرهنگ روان‌شناختی و روان‌پزشکی این افراد پردازد. این پژوهش در پی بررسی مقایسه‌ای ویژگی‌های شخصیتی و روانی بیماران مبتلا به اختلال ملال جنسیتی قبل و بعد از عمل جراحی تطبیق جنسیت می‌باشد.

#### روش بررسی

پژوهش حاضر پیرو طرحی از نوع تحقیقات علی مقایسه‌ای است و جامعه آماری تحقیق حاضر دربرگیرنده تمام افرادی است که با شکایت در مورد پذیرش جنس خویش به مراکز مختلف درمانی در شهر تهران رجوع کرده‌اند؛ مراکزی چون پزشکی قانونی، واحد حمایت از بیماران مبتلا به اختلال ملال جنسیتی سازمان بهزیستی و کلینیک‌های تخصصی روان‌شناسی و روان‌پزشکی و پزشکان متخصص جراحی عمومی که در این حوزه به فعالیت مشغول هستند.

#### نمونه پژوهش و روش نمونه‌گیری

شیوه نمونه‌گیری: افرادی که توسط سازمان پزشکی قانونی، تشخیص قطعی اختلال ملال جنسیتی دریافت نموده و به مراکز و کلینیک‌های پزشکی جهت اقدامات لازم در راستای عمل جراحی تطبیق جنسیت مراجعه نموده‌اند، مبنای نمونه‌گیری این تحقیق قراردارند. از این میان عده‌ای در انتظار عمل جراحی و طی کردن اقدامات پیش از عمل جراحی می‌باشند و عده‌ای نیز تحت عمل جراحی قرارگرفته‌اند که به‌صورت در دسترس، گزینش شده و موردسنجش قرار می‌گیرند.

هنجارهایی تنظیم گردیده است که از سنین کودکی تا بزرگسالی را دربر می‌گیرد. آزمون رورشاخ از زاویه ویژگی‌های روان‌سنجی مناسب و فقدان اعتبار در تشخیص، مورد انتقاد قرار گرفته است؛ اما پژوهش‌هایی که به منظور واری و ویژگی‌های روان‌سنجی رورشاخ در جمعیت بهنجار و نابهنجار صورت پذیرفته‌اند، اعتبار آن را مورد تأیید قرار داده‌اند (۱۲). پژوهش‌های متعددی از جمله پژوهش پری، مک دوگال و ویگلون (۱۹۹۵) ثبات نتایج رورشاخ را در طی پنج سال نشان داده‌اند. بررسی‌های میر و همکاران (۲۰۰۲) نیز نشان داده است که قابلیت اعتماد بین آزمون‌گرها در نمره‌گذاری سیستم جامع اکسندر، بسیار بالا است و میانگین همبستگی‌های درون طبقه‌ای در هشت پژوهش از ۰/۸۲ تا ۰/۹۲ گزارش شده است. حداقل قابلیت اعتماد بین نمره‌گذاران رورشاخ ۰/۸۵ و آزمون مجدد برای متغیرهای واحد، پس از یک سال از ۰/۲۶ تا ۰/۸۶ و برای نسبت و داده‌ها درصدی از ۰/۶۴ تا ۰/۹۱ بوده است (۱۲). همچنین، تحقیقات مختلف داخلی و خارجی اعتبار و پایایی این آزمون را مورد سنجش قرار داده و تأیید نموده‌اند. از جمله پژوهش پارکر (۱۹۸۳) پایایی و اعتبار آزمون رورشاخ را بررسی و تأیید نمود. در ایران نیز پژوهش پیغمبری و همکاران (۱۳۹۲) نیز پایایی مناسب آزمون رورشاخ را بر اساس همبستگی‌های مناسب و معنادار بین آزمون و آزمون مجدد تأیید نمود، به این صورت که بعد از اجرای آزمون رورشاخ در نوبت اول، یک هفته بعد نیز آزمون رورشاخ اجرا گردید. سپس رابطه بین اجرای اول و دوم آزمون رورشاخ با استفاده از همبستگی پیرسون محاسبه شد. همبستگی‌های به‌دست آمده از دو بار اجرا در مقایسه با مقادیر بحرانی ضریب همبستگی، در مورد اکثر متغیرها (به جز هفت متغیر) معنادار بود. نتایج این مطالعه بیانگر وجود پایایی مناسب آزمون رورشاخ بوده است. از نظر مقیاس‌های مختلف بالینی و غیربالینی این آزمون نیز بارها مورد سنجش و بررسی قرار گرفته و نتایج گواه از اعتبار و پایایی مناسب این مقیاس‌ها بوده‌اند. از جمله رحمانی

مشکلات روان‌شناختی (بر اساس پرسش مستقیم در مصاحبه با افراد) در هر دو گروه بالینی و غیربالینی.

#### ابزار

آزمون رورشاخ ابزار اصلی مورد استفاده در این پژوهش (رورشاخ، ۱۹۲۱) بوده است که در ادامه به معرفی آن پرداخته می‌شود. آزمون لکه جوهر رورشاخ یک آزمون فرافکن متشکل از ده لکه جوهر به اشکال متقارن در ابعاد ۵ × ۹ اینچ است. پنج لوح سیاه و سفید (I, IV, V, VI, VII)، دو لوح سیاه و سفید با قسمت‌های قرمز رنگ (II, III)، دو لوح با ترکیبی از رنگ‌های صورتی، سبز و نارنجی (VIII, IX)، و لوح دیگر (X) ترکیبی از رنگ‌های آبی، زرد، سبز و صورتی است. لوح‌ها به ترتیب و در جهت معینی به‌دست آزمودنی داده می‌شوند. سپس آزماینده از او می‌پرسد: «این چه ممکن است باشد؟». پاسخ‌ها باید درست کلمه به کلمه یادداشت شوند. سپس در مرحله واری، محل و گاه محتوای ناشناخته و ویژگی‌های خاص لکه‌ها که برانگیزاننده پاسخ‌های آزمودنی بوده است، مشخص می‌شود. پس از آنکه پاسخ‌ها ارائه و ثبت شدند و واری نیز انجام شد، برحسب سه مقوله کلی نمره‌گذاری می‌شود: ۱. «محل ادراک»، محل ادراک به فضایی از لکه جوهر گفته می‌شود که برای تداعی پاسخ، مورد استفاده قرار گرفته است. محل ادراک ممکن است از تمامی لکه تا استفاده از جزء کوچک را شامل شود؛ ۲. «محتوا»، نمره‌گذاری محتوا به نوع و مقدار اشیاء خاصی که آزمودنی‌ها در پاسخ‌هایشان ادراک می‌کنند، مبتنی است، مانند انسان، حیوان، گیاه، هنر، خون، طبیعت و...؛ ۳. «تعیین‌کننده»، به سبک یا مشخصه‌ای از لکه گفته می‌شود که باعث برانگیختن پاسخ آزمودنی می‌شود، مانند شکل، رنگ، بافت، سایه‌داری و... (گراث مارنات، ۱۳۸۴، ۲۰۰۳، منصور، ۱۳۸۷). با توجه به اینکه نظام‌های متعددی در مورد آزمون رورشاخ مطرح بوده است، در این تحقیق مبنای اجرا و نمره‌گذاری پاسخ‌های آزمودنی‌ها، نظام جامع اکسندر (۱۹۹۵، ۲۰۰۳) می‌باشد. در این نظام بر اساس متغیرهای آزمون رورشاخ

قبیل بخش (GRS) کلینیک دی میرداماد، مطب جراح عمومی و مراکز از این قبیل، مراجعه شد و افراد به صورت در دسترس انتخاب شدند. بعد از انجام هماهنگی‌های لازم جهت ارزیابی، با افرادی که مایل به همکاری بودند، نمونه اولیه بر اساس تشخیص متخصصین این مراکز انتخاب شد و با نمونه یادشده مصاحبه بالینی به صورت انفرادی صورت گرفت و در نهایت آزمون رورشاخ نیز به صورت انفرادی اجرا شد. سپس نمونه غیربالینی به صورت مبتنی بر هدف و در دسترس و همسازی شده با نمونه بالینی انتخاب شد و آزمون رورشاخ در مورد نمونه یادشده نیز به صورت انفرادی اجرا شد. بعد از اجرای آزمون در هر دو گروه بالینی و غیربالینی، پاسخ‌های آزمودنی‌ها در آزمون رورشاخ بر اساس نظام جامع اکسرنمره‌گذاری شد و در نهایت داده‌ها به برنامه SPSS، برحسب متغیرهای پژوهش، وارد شد و بر اساس شیوه متناسب، تحلیل داده‌ها صورت گرفت.

#### یافته‌ها

#### نتایج مربوط به ویژگی‌های توصیفی جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

میانگین سنی آزمودنی‌ها در گروه تطبیق جنسیت داده ۲۴.۶۱ با انحراف معیار ۴.۷۵ و در گروه تطبیق جنسیت نداده برابر ۲۱/۲۷ با انحراف معیار ۲/۸۹ می‌باشد. تمام آزمودنی‌های هر دو گروه مجرد بوده و ۸۴ درصد مبتلایان که تطبیق جنسیت داده بودند، دارای تحصیلات دیپلم و فوق‌دیپلم بوده و ۱۶ درصد دارای تحصیلات بالاتر و نیز ۷۶ درصد مبتلایانی که تطبیق جنسیت نداده بودند، دارای تحصیلات دیپلم و فوق‌دیپلم بودند و ۲۴ درصد دارای تحصیلات بالاتر.

مقایسه میانگین نمرات در دو گروه بر اساس آزمون t در جدول زیر ارائه شده است.

(۱۳۸۳) به بررسی اعتبار شاخص‌های افسردگی و مقابله نارسا در زنان افسرده و غیرافسرده‌های ایرانی پرداخت که نتایج نشان داد شاخص افسردگی رورشاخ می‌تواند در تشخیص افسردگی و اختلال‌های عاطفی به کاربرده شود؛ اما تفاوت معناداری در شاخص مقابله نارسا بین دو گروه مشاهده نشد. بدین ترتیب، عدم سودمندی این شاخص در تشخیص افسردگی و احتمال استقلال بین دو شاخص مشخص و تأثیر احتمالی بازداری‌ها در نتایج گروه افسرده و اهمیت وضعیت عاطفی و ابعاد مهم شخصیت بر سازماندهی ادراکی، توانایی ارزیابی منطقی محرک‌ها و شیوه خاص توجه به آن‌ها مطرح شد (۱۰).

مصاحبه بالینی: مصاحبه بالینی ساخت‌یافته بر مبنای معیارهای تشخیصی اختلال ملال جنسیتی در DSM-5 و جنبه‌های افتراقی آن (مبدل پوشی، بدریخت‌انگاری بدن و وجود هذیان‌ها) (۴) تنظیم گردید. این مصاحبه دربرگیرنده معیارهای A (وجود شش معیار از هشت معیار) و B بوده و در مورد گروه بالینی انجام شده است. همچنین اختلال مبدل‌پوشی و نیز وجود هذیان‌ها، برای تشخیص افتراقی مورد بررسی قرار گرفتند. در این مصاحبه در آغاز سؤالات مرتبط با با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و نیز سؤالات مرتبط با شرایط فرد در شش ماه گذشته، در مورد وضعیت سلامت وی و بستری بودن یا نبودن او تنظیم شده بود.

#### مواد و روش‌ها

مراحل زیر برای انجام پژوهش حاضر طی شده است: بعد از آماده‌سازی ابزارهای پژوهش و تنظیم مصاحبه بالینی تحت نظر اساتید، فرم‌ها و الگوهای مربوط به اجرای رورشاخ و کسب مجوز اخلاقی از کمیته اخلاقی دانشگاه، ابتدا در مورد دو نمونه عادی اجرای آزمایشی رورشاخ صورت گرفت و اشکالات احتمالی رفع شد. سپس به مراکز و کلینیک‌های روان‌شناختی و پزشکی که پذیرای مراجعین مبتلا به اختلال ملال جنسیتی بودند؛ از

جدول ۱. نتایج مربوط به مقایسه میانگین‌های افراد تطبیق جنسیت داده و نداده در متغیرهای رورشاخ

سطح معناداری	T مشاهده شده	تطبیق جنسیت نداده (n=15)		تطبیق جنسیت داده (n=15)		نمونه	
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	متغیر	
۰.۱۲	-۱.۵۵	۸.۶۹	۱۸.۱۲	۲.۵۳	۱۷.۰۵	R	تعداد پاسخ
۰.۱۱	-۱.۵۹	۴.۲۱	۹.۸۱	۴.۵۶	۸.۱۰	D	
*۰.۰۴	۲.۹۸	۰.۳۹	۰.۱۱	۰.۸۲	۰.۴۷	Dd	
*۰/۰۵	۲.۵۸	۰.۵۱	۰.۶۱	۰.۰۲	۰.۳۲	W	
۰.۲۸	-۱.۰۷	۱.۵۸	۰.۳۱	۱.۳۳	۰.۱۰	S	
۰/۸۲	۰.۲۲	۰.۴۳	۰.۱۸	۰.۵۶	۰.۲۲	M	تعیین کننده
۰/۷۸	۰.۲۷	۱.۲۷	۰.۸۲	۰.۵۲	۰.۹۶	FM	
۰/۴۴	۰.۷۷	۰.۷۳	۰.۴۷	۰.۷۸	۰.۶۵	m	
۰/۷۹	-۰.۲۵	۰.۰۸	۰.۶۱	۰.۸۸	۰.۵۴	FC	
۰.۵۶	-۰.۵۸	۰.۱۶	۰.۰۶	۰.۰۳	۰.۸۶	CF	
۰/۱۴	۱.۴۸	۰.۷۳	۰.۴۰	۰.۲۷	۰.۸۲	C	
۰.۳۲	۱.۰۰	<sup>a</sup> ۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۸۸	۰.۲۵	Cn	
۰.۲۹	-۱.۰۶	۰.۵۹	۰.۴۳	۰.۴۵	۰.۲۵	FC'	
۰.۱۶	-۱.۳۹	۰.۴۹	۰.۱۸	۰.۲۱	۰.۰۹	C'F	
*۰.۰۳	-۲.۱۲	<sup>a</sup> ۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۲۵	۰.۰۴	C'	
-	-	<sup>a</sup> ۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰	FT	
۰.۳۲	-۱.۰۰	۰.۰۸	۰.۰۳	۰.۰۰	۰.۰۰	TF	
۰.۵۶	-۰.۵۸	۰.۱۶	۰.۰۶	۰.۰۳	۰.۸۶	T	
۰.۱۷	-۱.۰۹	۰.۲۵	۰.۰۹	۰.۰۸	۰.۰۲	FY	
*۰.۰۰۱	۴.۰۶	۰.۶۹	۰.۳۲	۱.۲۵	۰.۲۰	YF	
-	-	<sup>a</sup> ۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰	Y	
۰.۲۳	۱.۲۱	<sup>a</sup> ۰.۰۰	۰.۰۰	۱.۶۴	۰.۵۰	Fr	
-	-	<sup>a</sup> ۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰	rF	
۰.۱۹	-۱.۳۲	۰.۸۵	۱.۳۵	۰.۵۷	۰.۷۵	FD	
۰.۳۱	۱.۰۴	۲.۸۷	۳.۳۵	۱.۹۶	۲.۲۵	F	
۰.۵۶	-۰.۵۸	۰.۱۶	۰.۰۶	۰.۰۳	۰.۸۶	FV	
-	-	<sup>a</sup> ۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰	VF	
*۰.۰۴	۲.۶۸	۰.۵۳	۲.۰۲	۱.۵۲	۱.۸۹	Active	
*۰.۰۵	۲.۱۲	۱.۶۴	۱.۳۹	۰.۳۳	۲.۱۴	pasive	
۰.۶۳	۰.۴۸	۳.۹۹	۴.۶۰	۲.۷۷	۵.۱۷	(2)	
۰/۰۸	-۱.۷۸	۲.۳۵	۲.۹۲	۱.۰۲	۱.۶۰	Blends	
۰.۱۰	-۱.۶۵	۲.۰۱	۳.۵۰	۰.۴۸	۲.۷۱	Populer	پاسخ رایج
۰.۱۹	۱.۳۰	۱.۴۸	۰.۷۵	۰.۷۵	۱.۵۰	H	محتوا
۰.۱۳	۱.۵۰	۰.۸۴	۰.۷۲	۰.۱۷	۰.۲۵	(H)	
۰.۵۹	-۰.۵۳	۱.۰۹	۰.۴۲	۰.۲۷	۰.۱۷	Hd	
۰.۵۶	-۰.۵۸	۰.۱۶	۰.۰۶	۰.۱۸	۰.۰۳	(Hd)	
۰.۳۹	-۰.۸۶	۰.۴۶	۱.۵۷	۰.۳۱	۰.۳۵	Hx	
۰.۰۷	-۱.۸۴	۴.۰۸	۸.۲۵	۲.۰۶	۳.۱۷	A	
۰.۵۷	-۰.۵۶	۰.۷۲	۰.۲۵	۰.۴۸	۰.۱۵	(A)	
۰.۰۹	-۱.۷۱	۰.۶۸	۰.۴۲	۰.۴۱	۰.۶۱	Ad	
۰.۱۵	-۱.۴۴	۰.۱۶	۰.۰۶	۰.۰۰	۰.۰۰	(Ad)	
*۰.۰۰۱	۳.۴۳	۰.۴۳	۰.۵۳	۰.۷۳	۰.۶۸	An	

۰.۳۹	-۰.۸۶	۰.۴۶	۱.۵۷	۰.۳۱	۰.۳۵	Art	
۱.۰۰	۰.۰۰	۰.۱۶	۰.۰۶	۰.۱۶	۰.۰۵	Ay	
*۰.۰۲	۲.۱۸	۰.۲۱	۰.۱۰	۰.۳۱	۰.۲۱	Bl	
۰.۱۳	۱.۵۰	۰.۸۴	۰.۷۲	۰.۱۷	۰.۲۵	Bt	
۰.۰۸	-۱.۷	۰.۹۸	۰.۶۴	۰.۱۰	۰.۶۹	Cg	
۰.۳۲	-۰.۹۸	۰.۶۰	۰.۱۵	۰.۲۱	۰.۱۰	Cl	
۰.۱۳	۱.۵۳	۰.۲۵	۰.۰۴	۰.۶۸	۰.۰۲	Ex	
۰.۲۸	۱.۰۸	۰.۲۱	۰.۱۰	۰.۲۱	۰.۰۷	Fi	
۰.۳۲	-۰.۹۸	۰.۶۰	۰.۱۵	۰.۲۱	۰.۱۰	Fd	
۰.۳۴	۰.۹۶	۰.۲۱	۰.۱۰	۰.۳۹	۰.۰۱	Ge	
۰.۱۳	۱.۵۰	۰.۸۴	۰.۷۲	۰.۱۷	۰.۲۵	Hh	
*۰.۰۵	-۲.۱۷	۰.۰۱	۰.۰۷	۰.۶۴	۰.۳۲	Ls	
*۰.۰۰۱	۴.۹۶	۰.۳۱	۰.۰۱	۰.۸۱	۰.۰۷	Na	
۰.۵۹	-۰.۵۳	۱.۰۹	۰.۴۲	۰.۲۷	۰.۱۷	Sc	
۰.۰۹	-۱.۷۱	۰.۶۸	۰.۰۳	۰.۴۱	۰.۰۷	Sx	
۰.۵۶	۰.۵۸	۰.۰۸	۰.۰۲	۰.۱۶	۰.۰۶	Xy	
-	-	<sup>a</sup> ۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰	Id	
۰.۶۸	۰.۴۰	۳.۱۸	۱۴.۸۱	۲.۰۰	۱۹.۰۰	DQo	کیفیت شکل
۰.۳۹	۰.۸۶	۱.۱۲	۱.۶۷	۲.۷۸	۲.۲۵	DQv	
۱.۰۰	۰.۰۰	۰.۶۵	۰.۱۸	۰.۶۱	۰.۲۸	DQv+	
۰.۲۰	-۱.۲۸	۱.۹۹	۱.۷۶	۱.۵۰	۱.۸۵	DQ+	
۰.۳۱	۰.۹۱	۳.۴۷	۵.۱۰	۳.۲۷	۵.۹۲	FQ-	کیفیت تحولی
۰.۳۰	-۱.۶۷	۲.۶۳	۷.۹۶	۲.۵۷	۵.۲۸	FQo	
۰.۶۲	-۱.۰۱	۳.۹۴	۷.۷۸	۳.۴۶	۸.۷۸	FQu	
۰.۳۲	-۱.۰۰	۱.۳۲	۰.۲۵	۰.۰۰	۰.۰۰	FQ+	
۰.۲۱	-۲.۰۳	۳.۸۲	۴.۸۷	۱.۲۰	۳.۶۰	Zf	سازماندهی
۰.۵۴	-۳.۵۸	۲.۸۱	۱۸.۸۶	۳.۷۱	۱۷.۰۵	Zsum	
۰.۶۹	-۰.۴۰	۳.۶۲	۶.۷۱	۲.۰۶	۶.۲۸	Zest	

در متغیرهای مربوط به محتوا، متغیرهای خون، آناتومی، چشم‌انداز و طبیعت (Bl, An, Ls, Na) تفاوت معنادار داشته‌اند، به این صورت که در همه متغیرها افراد درمان‌نشده نمره بالاتری گرفتند. نمره بالای Bl در افراد مبتلایی که تحت درمان و عمل تطبیق جنسیت قرار نگرفته‌اند، می‌تواند بیانگر اضطراب و پریشانی درونی بیشتر این افراد و همچنین، کم‌بودن ظرفیت در مهار و کنترل هیجانات به‌ویژه پرخاشگری باشد. به نظر می‌رسد واکنش‌های افراطی هیجانی به‌ویژه در شرایط اضطراب و خشم در این افراد بیشتر دیده شود. متغیرهای Na و Ls از جمله متغیرهای مربوط به شاخص افسردگی هستند که بیانگر انزوا و کناره‌گیری و احساس بیگانگی این افراد

نتایج مستخرج از جدول شماره ۱ حاکی از این است که افراد مبتلا به اختلال ملال جنسیتی که تطبیق جنسیت داده‌اند و افرادی مبتلایی که در راستای تطبیق جنسیت اقدام ننموده‌اند، در بخش مربوط به گستره و کیفیت تحولی، در متغیرهای مربوط به پاسخ کل و جزئیات غیرمعمول (Dd و w) دارای تفاوت معنادار بودند. به‌گونه‌ای که افراد تطبیق نداده در مقیاس Dd و افراد تطبیق داده در مقیاس W، نمرات بالاتری کسب کردند که حاکی از توانایی تعامل فعال‌تر و کارآمدتر این گروه با محیط در مقایسه با افراد مبتلایی که هنوز تحت درمان قرار نگرفته‌اند و در گستره Dd نمره بالاتری کسب نموده‌اند می‌باشد.



محرك‌های محیطی این گروه می‌باشد؛ اما نمره بالای پاسخ‌های مربوط به سایه‌روشن پراکنده YF در افراد تحت درمان تطبیق جنسیت قرار نگرفته می‌تواند بیانگر بروز بیشتر دردهای روانی، احساس درماندگی، کناره‌گیری از رویدادهای زندگی و کوشش برای ایجاد فاصله بین خود و محیط، همراه با اضطراب و بیان نامناسب و بازداری شده هیجان‌ها، در این افراد باشد که ارتباط مستقیمی با تجربه افسردگی واضطراب دارد. همچنین، نمره بالا در متغیر C حاکی از هیجان‌ات و عواطف دردناک و درونی‌شده و حالت دفاعی بیشتر افراد مبتلایی است که تطبیق جنسیت نداده‌اند. خلاصه نتایج فوق با تأکید بر متغیرهایی که بین دو گروه تفاوت معنادار نشان دادند در جدول زیر ارائه می‌گردد.

جدول ۲. متغیرهای دارای تفاوت معنادار بین دو گروه و تفسیر مستخرج از نظام جامع اکسندر

متغیر	افراد تطبیق جنسیت نداده	افراد تطبیق جنسیت داده	معنا
W		*	توانایی تعامل فعال و کارآمد با محیط
Dd	*		عقب‌نشینی فرد از محیط
Bl	*		اضطراب و هیجان‌ات مهارنشده
An	*		نگرانی در مورد ظاهر و خیال‌پردازی
Ls	*		در خودفرورفتگی و کناره‌گیری
Na	*		احساس بیگانگی و انزوا
active		*	برخورد فعال با شرایط
passive	*		پرخاشگری پنهان
C'	*		هیجان‌ات و عواطف دردناک و درونی‌شده و حالت دفاعی
YF	*		اضطراب و کناره‌گیری از محیط

\* نمره بالاتر در متغیر مربوطه

### بحث و نتیجه‌گیری

آنچه که در مجموع از نتایج به دست آمده قابل برداشت است، به شرح زیر می‌باشد: به نظر می‌رسد در افراد مبتلایی که مراحل درمانی خود در جهت تطبیق جنسیت را طی نکرده‌اند در مقایسه با افراد مبتلایی که تحت درمان قرار گرفته‌اند، نشانه‌های افسردگی و اضطراب بیشتر قابل مشاهده باشد. این گروه هیجان‌مدارتر بوده و بیشتر در جهت زندگی خیالی خود پیش می‌روند. از سوی دیگر، روابط بین فردی این افراد با مسائل و

مشکلاتی همراه است که می‌تواند متأثر از حساسیت مفرط ارتباطی و تجارب عاطفی هیجانی دردناک و نیز عدم مهارت کافی در کنترل و ابراز هیجان‌اتشان باشد که در نهایت می‌تواند منجر به سرکوب هیجان و احساس بیگانگی و کناره‌گیری از محیط شود. همانطور که انتظار می‌رود، افراد تطبیق جنسیت نداده دل مشغولی‌های فراوانی با ظاهر فیزیکی و جسمانی خود دارند که بیشتر در جهت تضادهای قابل مشاهده بین جنس و جنسیتشان

نگرفته‌اند، احساس کفایت فردی بیشتری و ایفای نقش سازنده‌تری دارند (۸). در مطالعه‌ای بر روی ۱۶۳ بیمار مبتلا به اختلال ملال جنسیتی که به‌طور متوسط ۲/۵ سال از عمل جراحی‌شان گذشته بود، احساس عدم تناسب بین جنس و جنسیت از بین رفته و از نظر خلقی تا ۶۴ درصد افراد، بسیار راضی ارزیابی شدند. شکایت عمده اکثر آنان مربوط به برخوردهای اجتماعی بود، نتایج پژوهش حاضر نیز نشان داد میزان دغدغه‌های فکری نسبت به جسم و ظاهر فیزیکی افرادی که تطبیق جنسیت داده‌اند نسبت به گروهی که هنوز تحت درمان قرار نگرفته‌اند کمتر می‌باشد (۹). در مطالعه‌ای که توسط اسمیز و همکاران (۲۰۱۲) روی سه گروه از بیماران عمل‌شده، عمل‌نشده و در انتظار جراحی صورت گرفت، مشخص شد گروه عمل‌شده دیگر از ملال جنسیتی رنج نبرده و از اقدام به عمل جراحی راضی بودند. در گروه‌های دیگر، ویژگی‌های ناکارآمد به‌طور یکسانی بارز بودند و یافته‌های پژوهش حاضر نیز همسو با این پژوهش حاکی از وضعیت خلقی و عاطفی مساعدتر افراد تطبیق جنسیت داده در قیاس با افراد تطبیق جنسیت نداده می‌باشد (۱۰). در تحقیق سوهن<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۳) نیز نتایج قبلی تأکید شد و بهبود قابل‌توجهی در وضعیت روان‌شناختی این گروه دیده شد که در تحقیق حاضر نیز همان‌طور که مورد اشاره قرار گرفت، بهبود قابل‌ملاحظه‌ای در ابعاد مختلف روان‌شناختی افراد مبتلایی که تحت درمان قرار گرفته‌اند قابل‌مشاهد می‌باشد (۱۳).

به‌طور کلی نتایج تحقیق ما نیز همسان با با نتایج سایر تحقیقات تا حدود زیادی اثربخشی این شیوه را نشان می‌دهد؛ اما آنچه مسلم است، این است که در جامعه ما با وجود نگرش‌های منفی در باب افراد مبتلا به اختلالات جنسی، خصوصاً افراد مبتلا به اختلال ملال جنسیتی و عدم وجود بسترسازی مناسب فرهنگی اجتماعی، اغلب این بیماران دارای وضعیت

است. همچنین شاهد مسائلی در کارکرد ایگو می‌باشیم که بیانگر مشکلاتی در مهار و کنترل تکانه‌ها و استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای ناکارآمد است. افراد مبتلایی که تطبیق جنسیت نداده در مقایسه با افراد مبتلایی که تحت درمان قرار گرفته‌اند، کناره‌گیری بیشتری از محیط و انزوا و درخودفرورفتگی را تجربه می‌کنند و این مسئله گاه به عنوان مکانیزم دفاعی، در قالب عقب‌نشینی و سرکوب در برخورد با مشکلات محیطی متجلی می‌شود. به‌نظر می‌رسد این مسائل تا حدودی می‌تواند متأثر از تضاد میان ایفای نقش دلخواه و نقش موردانتظار جامعه از ایشان باشد. چرا که این تضاد، مسائلی را در جهت کسب مهارت‌های لازم ارتباطی و اجتماعی و... ایجاد می‌کند، به گونه‌ای که نه تنها به دلیل بی‌علاقگی، مهارت‌های لازم جهت ایفای نقش موردانتظار جامعه را به‌درستی فرامی‌گیرند بلکه از سوی دیگر به دلیل محدودیت‌های محیطی و هنجارهای اجتماعی، شرایط کسب مهارت‌های موردعلاقه و متناسب با هویت جنسیتی خود نیز برایشان فراهم نمی‌باشد. در نتیجه دچار ناپختگی‌هایی در شیوه‌های برخورد با محیط و مدیریت استرس و شرایط می‌شوند. همچنین شیوع فراوان بازخورد نامناسب افراد جامعه، به دلیل آگاهی اندک نسبت به این اختلال، به افراد مبتلایی که تحت درمان قرار نگرفته‌اند نیز دلیلی برای انزوا و عقب‌نشینی این افراد از محیط و سرکوب عواطف و هیجان‌اتشان می‌باشد.

بعد از انجام اولین عمل جراحی در دنیا تحقیقات زیادی در باب بررسی اثربخشی این شیوه صورت گرفت. در مرجع جامع روان‌پزشکی میزان رضایت بعد از عمل جراحی در مردان مبتلا ۸۷ درصد و در زنان مبتلا ۹۷ درصد ذکر شده است. در مبتلایان مرد به زن کفایت اجتماعی و زیبایی بعد از عمل نقش عمده‌ای در احساس کفایت فردی و تصویر از خویشتن دارد که نتایج پژوهش حاضر نیز گواه از این بود که افراد تطبیق جنسیت داده در قیاس با گروهی که تحت درمان قرار

<sup>۱</sup>. Zucker,S.

مشکل مواجه می‌کند؛ اما از اهمیت مطالعات موردی و سری نمی‌کاهد. همچنین شرایط به نسبت مساعد آزمودنی‌ها پس از عمل خود، یکی از عوامل مهم همکاری آن‌ها بوده است که در سوگیری نتایج مؤثر خواهد بود. بسیاری از افراد تطبیق جنسیت داده که شرایط نامساعد اقتصادی، اجتماعی یا جسمی و روانی داشتند، حاضر به همکاری با ما نبودند.

تمامی نتایج به دست آمده از این پژوهش، هم قابل اتکا است و هم غیرقابل اتکا. اگر به آن‌ها به عنوان یک پژوهش محدود با ویژگی‌های خاص خود نگاه کنیم، می‌تواند بخشی از سبد پژوهش‌ها در این باره، در ایران باشد و زمینه پژوهش‌های آینده و قابل توجه. اما اگر به آن‌ها به عنوان نتایج یقینی نگاه کنیم، نگاهی غیرعلمی و غیرمنطقی و غیرقابل اتکا خواهد بود. بنابراین، پژوهش حاضر تنها با وجود محدودیت‌های خود، امید به آینده و روی به سوی آینده نشسته است. پژوهش‌های فردا می‌تواند تأیید یا رد یافته‌ها را عینی‌تر و عریان‌تر سازند.

#### تشکر و قدرانی

بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان و همکاری‌کنندگان در گردآوری داده‌های پژوهش سپاسگزاری به عمل می‌آید.

#### منابع

1. Wylie, K., Barrett, J., Besser, M., Bouman, W. P., Bridgman, M., Clayton, A., ... & Rathbone, M. Good practice guidelines for the assessment and treatment of adults with gender dysphoria. *Sexual and Relationship Therapy*, 2014; 29(2), 154-214.
2. Hartmann, E., Sunde, T., Kristensen, W., & Martinussen, M. Psychological measures as predictors of military training performance. *Journal of Personality Assessment*, 2003; 80(1), 87-98.
3. American Psychiatry Association Diagnostic and Statistical Manual Disorders. 5th ed (DSM-5). Washington DC: American Psychiatry Association 2013.
4. Affatati, V., & Grattagliano, I. The Contribution of Forensic Psychodiagnostic in Legal Medical Evaluations Regarding the Amendment of Sex Assignment: The Rorschach Test. *Journal of Forensic Research*. 2015; 6(2), 123-131
5. Schrock, D. P., Boyd, E. M., & Leaf, M. Emotion work in the public performances of male-to-female transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*. 2009; 38(5), 702-712.
6. Gómez-Gil, E., Vidal-Hagemeyer, A., & Salamero, M. MMPI-2 Characteristics of Transsexuals Requesting Sex Reassignment: Comparison of Patients in Prehormonal and Presurgical Phases. *Journal of Personality Assessment*. 2008; 90(4), 368-374.
7. Di Ceglie, D. Gender identity disorder in young people. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2000; 6(6), 458-466.
8. Di Ceglie, D. Clinical Management of Gender Dysphoria in Adolescents. In *Management of Gender Dysphoria*. 2015; (pp. 61-72).
9. de Vries, A. L., Kreukels, B. P., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A., & Cohen-Kettenis, P. T. Comparing adult and adolescent transsexuals: an MMPI-2 and MMPI-A study. *Psychiatry Research*, 2011; 186(2), 414-418
10. Smith, Y. L., Cohen, L., & Cohen-Kettenis, P. T. Postoperative psychological functioning of adolescent transsexuals: A Rorschach study. *Archives of Sexual Behavior*, 2002; 31(3), 255-261.

11. de Vries, A. L., Kreukels, B. P., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A., & Cohen-Kettenis, P. T. Comparing adult and adolescent transsexuals: an MMPI-2 and MMPI-A study. *Psychiatry Research*, 2011;186(2), 414-418.
12. Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., Wood, H., Singh, D., & Choi, K. Demographics, behavior problems, and psychosexual characteristics of adolescents with gender identity disorder or transvestic fetishism. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2012; 38(2), 151-189.
13. Molo, M., Gentile, M., Crespi, C., Cappai, E. Rorschach characteristics in Gender Identity Disorders subjects. Ce.R.Ne-(research center in neuroscience) Turin-Italy, 2013
14. Hejazi A Shateri Z, Mostafavi S. Sadat Hosseini Z, Razaqyan M., & Moghadam M. Evaluation match their new gender roles and gender identity 12 patients transsexual after sex reassignment surgery. *Center for Women's Studies Journal*, 2008:123-137
15. Basharat, MA, and Tavlayyan F. "The dimensions of interpersonal problems in people with gender identity disorder transgender, transsexuals not ordinary people." *Journal of Health Psychology* 2014: 4-17.
16. Barišić, J., Milosavljević, M., Duišin, D., Batinić, B., Vujović, S., & Milovanović, S. Assessment of Self-Perception of Transsexual Persons: Pilot Study of 15 Patients. *The Scientific World Journal*, 2014;13 (3), 201-212
17. Mormont, C., Michel, A., & Wauthy, J. Transsexualism and connection with reality: Rorschach data. *Rorschachiana*, 1995: 20(1), 172
18. Haraldsen, I. R., & Dahl, A. A. Symptom profiles of gender dysphoric patients of transsexual type compared to patients with personality disorders and healthy adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2000: 102(4), 276-281.
19. Cohen-Kettenis, P. T., & Klink, D. Adolescents with gender dysphoria. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2015: 29(2), 154-214 .
20. Tuber, S., & Coates, S. Indices of psychopathology in the Rorschachs of boys with severe gender identity disorder: A comparison with normal control subjects. *Journal of Personality Assessment*, 1989: 53(1), 100-112.

Daneshvar  
Medicine

*Scientific-Research  
Journal of Shahed  
University  
24th Year, No.130  
August- September  
2017*

Received: 09/07/2017

Last revised: 15/08/2017

Accepted: 22/08/2017

## Comparison of the personality traits of people with gender dysphoria disorder who were treated and those patients not treated

Somaye Mantashloo\*, MohammadReza Shairi, Leyla Heydarinasab

Department of Clinical Psychology, Shahed University, Tehran, Iran.

\* Corresponding author e-mail: mantashloo.s@gmail.com

### Abstract

**Objective:** This study aimed to compare the personality traits of people with gender dysphoria disorder who were treated and those patients that have not been treated using the Rorschach test.

**Materials and Methods:** For this purpose, 30-list the available sampling procedure, according to demographic characteristics, matched as much as possible, were selected. Subjects were evaluated using the Rorschach test, in accordance with the comprehensive system Exner, individually,.

**Results:** Findings revealed a significant difference in W, Dd, Bl, An, Ls, Na, active, passive, C', and YF.

**Conclusion:** Individuals approved for sex reassignment surgery deal active with the environmental conditions and are more able to manage their emotions and the extent of their concern with the body and sex is reduced. On the other hand, those who have not still implemented gender, suffer more than other groups from painful emotions and symptoms of anxiety and depression. They deal with the environmental conditions more defensive and retreat.

**Keywords:** Gender dysphoria, Rorschach comprehensive system, Exner, Reassignment