

اختلال ملال جنسیتی: تشخیص، نظریه و مداخله

**Gender Dysphoria Disorder: Diagnosis,
Theory and Intervention****Dr Firoozeh Ghazanfari**Associate Professor of
Psychology, Lorestan University**Siamak Khodarahimi***Department of Psychology,
Lorestan University
khodarahimi@gmail.com**Mehdi Pourkord**Department of Psychology,
Lorestan University**Amir Karami**Department of Psychology,
Lorestan University

دکتر فیروزه غضنفری

دانشیار گروه روان شناسی دانشگاه لرستان

سیامک خدارحیمی
(نویسنده مسئول)

گروه روان شناسی دانشگاه لرستان

مهدی پورکرد

گروه روان شناسی دانشگاه لرستان

امیر کرمی

گروه روانشناسی دانشگاه لرستان

Abstract

Gender dysphoria disorder has passed a long journey in the history of psychiatry and psychology. The symptomatology, diagnostic criteria and intervention methods of this disorder was related to the concept of gender identity and the advances of medicine. Each of biological, psychological and socio-cultural approaches was stressed on different variables on the emergence of gender dysphoria disorder. Literature showed that individuals with gender dysphoria disorder have other psychological problems such as anxiety, depression and familial maladjustments. Some individuals have personality disorders or

چکیده

اختلال ملال جنسیتی در تاریخ روان پزشکی و روان شناسی یک سیر طولانی را طی کرده است. این اختلال از لحاظ نشانه شناسی، ملاک های تشخیصی و روش های مداخله تحت تاثیر هنجارهای اجتماعی مربوط به مفهوم هویت جنسی و پیشرفت های پزشکی بوده است. هر کدام از رویکرد های زیستی، روانشناختی و اجتماع-فرهنگی درباره ملال جنسیتی و پدیدآیی آن بر عوامل متفاوتی تاکید کرده اند. شواهد نشان می دهد افراد مبتلا به اختلال ملال یا ناراضیاتی جنسیتی دارای انواع دیگری از مشکلات روانی همانند اضطراب و افسردگی و ناسازگاری های خانوادگی هستند. برخی نیز

maladaptive personality characteristics too. While gender variation is the only solution to helping people with gender dysphoria but social persuasion, inclination of individual and family for surgery, and adjustment with new gender identity during post-operation needs to application of various psychological interventions.

Key words: Gender Dysphoria Disorder; Gender Identity; Gender Variation; Psychological Services.

دریافت: آبان ۹۶ پذیرش: آذر ۹۶

دارای انواعی از اختلالات شخصیتی یا ویژگی های شخصیتی ناسازگار می باشند. با این که تغییر جنسیت راه حل نهایی کمک به افراد مبتلا به اختلال ملال جنسیتی است ولی متقاعد سازی اجتماعی، آماده سازی فرد و خانواده برای جراحی، و سازگاری با هویت جنسی جدید نیازمند کاربست خدمات مختلف روانشناختی است.

کلید واژه ها: اختلال ملال جنسیتی، هویت جنسی، تغییر جنسیت، خدمات روانشناختی.

مقدمه

اصطلاح ترانس سکسوالیسم یا تراجنسیتی^۱ پس از تغییر جنسیت فردی بنام جورج جانگنسن به کریستین جانگنسن در سال ۱۹۵۲ متداول شد. سپس اصطلاح تراجنسیتی با اختلال هویت جنسی^۲ جایگزین شد. هویت جنسی بخش عمده ای از هویت انسان را تشکیل می دهد و شامل تصویری است که هر فرد به عنوان مرد یا زن از خود دارد. فرد با آگاهی از هویت جنسی می آموزد که به شیوه خاصی بیندیشد، رفتار کند و احساس نماید (دادفر، ۱۳۸۸). افرادی به اختلال هویت جنسی مبتلا هستند که در شناخت هویت جنسی خود دچار اختلال شده اند. آنان در ذهن و روان خویش، خود را از جنسی دیگر می بینند و باور دارند به اشتباه در قالب مرد یا زن متولد شده اند چون شیفته هویت نهان خود هستند (جواهری، ۱۳۸۵). این اختلال موجب پریشانی یا اختلال اساسی در کارکرد اجتماعی، شغلی و سایر زمینه های مهم می شوند و می تواند زمینه ساز رفتارهای پرخطر جنسی باشند. طبق طبقه بندی DSM-IV، اختلال

¹ transsexualism

² gender identity disorder

هویت جنسی شامل گروهی ناهمگون از اختلالاتی است که علامت مشترک آنها ترجیح قوی و دائمی برای به دست آوردن نقش و وضعیت جنسی مقابل است. این اختلالات ممکن است به صورت کلامی در تاکید شخص برای تعلق به جنس مخالف و یادر قالب غیر کلامی و رفتار جنس مخالف تظاهر نماید. جزء خلقی اختلال هویت جنسی افسرده حالی جنسی^۱ نامیده می شود که ممکن است در اثر عدم هماهنگی جنس بیولوژیکی فرد از یک سو و آرزوی بودن در جنس مخالف از سوی دیگر به وجود آمده باشد (جواهری، ۱۳۸۵).

تعریف، تشخیص و سیر تاریخی مداخلات

طبقه‌ی تشخیصی اختلالات جنسی و هویت جنسی در DSM-IV-TR به سه طبقه‌ی تشخیصی اختلالات کنش جنسی^۲، ملال جنسی و نابهنجاری‌های جنسی^۳ در DSM-5 تقسیم شده است. در DSM 5 برای اختلال هویت جنسی از اصطلاح ملال یا ناراضایتی جنسی^۴ استفاده شده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). همچنین در DSM 5 ملال جنسی^۴ در سه شکل اختلال ملال جنسی درکودکان، اختلال ملال جنسی در نوجوانان و بزرگسالان و اختلال ملال جنسی مشخص دیگر طبقه بندی شده است. ملال جنسی همان گونه که از ترجمه لغوی آن پیداست، منظور اختلالی است که در آن فرد از جنسیت خود ناراضی و آشفته است و تمایل شدید به تغییر جنسیت خود دارد. در این اختلال وضعیت ظاهری جسمی و جنسی، ارگان های داخلی جنسی و سیستم هورمونی و کروموزومی کاملاً در سلامت به سر می برد، ولی فرد از نظر ذهنی و روحی منکر درستی نوع جنسیت خود می باشد. زیرا معتقد به وجود اشتباه در نوع جنسیت خود و عدم رضایت از آن است؛ به حدی که باعث آزار شدید روحی او می شود و در نهایت تصمیم قطعی به تغییر در جنسیت می گیرد. افراد

¹ gender dysthymia

² sexual function disorders

³ paraphilias

⁴ gender dysphoria

⁵ American Psychiatric Association

مبتلا به ملال جنسیتی خود را با روح و روان جنس مقابل تصور می‌کنند. این افراد ممکن است گاهی با ظاهر کاملاً مردانه یا کاملاً زنانه و با روحیات جنس مخالف ظاهر شوند و از لحاظ فیزیکی هیچ مشکلی ندارند. البته بدیهی است که نقش جنسیتی متناسب با فیزیک افراد می‌تواند در فرهنگ‌های مختلف متفاوت باشد. تفاوت این اختلال با اختلال دو جنسی^۱ این است که بیماران دو جنسی دارای اختلال ظاهری در اندام تناسلی و اندام‌های داخلی و سیستم هورمونی جنسی می‌باشند و معمولاً نمای ظاهری از اندام هر دو جنس را دارند. کوتاه این که ملال جنسیتی به معنای ناهماهنگی بارز بین جنسیت تجربه شده یا ابراز شده با جنسیت واگذار شده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). چون روند نقش‌های جنسی این افراد با هنجارهای جامعه هم‌رنگی ندارد. در حالی که بیماران دچار ملال جنسیتی از نظر جسمی کاملاً سالم ولی از نظر روحی با مشکل فراوان روبرو هستند. درمان قطعی این اختلال، جراحی تغییر جنسیت است که عملی بسیار پر هزینه و مشکل بوده و در عین حال چون امکان ایجاد اعضای جنسی داخلی و غدد جنسی وجود ندارد، صرفاً تغییر ظاهری اندام‌های تناسلی صورت می‌گیرد (جوهری، ۱۳۸۵). بیشتر برآوردهای شیوع این اختلال متکی بر تعداد افرادی است که داوطلب جراحی برای تغییر جنسیت هستند. اکنون شمار افراد مبتلا به این اختلال کمتر از تعداد مبتلایان به اختلالات روانی دیگر است. هرچند که از این تخمین‌ها بر می‌آید تعداد مبتلایان در جنس مذکر بیشتر است به طوری که از هر ۱۰۰۰۰ مرد یک نفر و از هر ۳۰۰۰۰ زن یک نفر مبتلا به اختلالات ملال جنسی است (مارکس، گرین و ماتاکس-کولس^۲، ۲۰۰۰). شیوع اختلال ملال جنسیتی، یک در ۳۰ هزار تا یک در ۱۰۰ هزار نفر تخمین زده می‌شود که در جوامع مختلف، این آمار متفاوت است (صابری، ۱۳۹۳). طبق گزارش رئیس هیأت‌مدیره انجمن حمایت از بیماران اختلال هویت جنسی در حدود ۲۵۰۰ فرد دارای اختلال ملال جنسیتی در

¹ bigender

² Marks, Green & Mataix-Cols

ایران وجود دارد. البته این آمار دقیق نیست چون این اختلال هنوز در ایران یک تابو است و به همین دلیل تعداد زیادی از این افراد به پزشک مراجعه نمی‌کنند، تعدادی از آنها مهاجرت می‌کنند و تعدادی هم در رنج و ناراحتی‌شان باقی می‌مانند (صابری، ۱۳۹۳). از دیدگاه سبب‌شناسی نیز عقیده بر این است که ترکیبی از عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی زمینه‌ساز پیدایش اختلال ملال جنسی در کودکان، نوجوانان و بزرگسالان است (لوپز، استیوارت و یاکوبسن-دیکنمن^۱، ۲۰۱۶).

از دیدگاه مداخله‌بالینی، نخستین تغییر جنسیت در کشور مصر در سال ۱۹۸۲ میلادی اتفاق افتاد که جوان نوزده ساله‌ای به نام عبدالله تغییر جنسیت داد و نام سالی را برای خود انتخاب کرد. اولین تغییر جنسیت در ایران در سال ۱۹۳۰ میلادی اتفاق افتاد که بر اساس آن پزشکی به نام خلعتبری پسر هجده ساله‌ای را با عمل جراحی به یک دختر تبدیل کرد. اولین تغییر جنسیت در انگلستان در فاصله سال‌های ۱۹۴۲-۱۹۴۸ میلادی اتفاق افتاد که دختری به نام لورا دیلون تغییر جنسیت داد و پسر شد و نام مایکل دیلون را برای خود انتخاب کرد. سابقه تغییر جنسیت به عنوان یک موضوع پزشکی در آمریکا به سال ۱۹۵۲ میلادی باز می‌گردد.

رویکرد زیستی در ملال جنسیتی

رویکرد زیستی برای ابتلا به اختلال ملال جنسیتی عقیده دارد هنگامی که جنین در رحم مادر است، اگر مادر دچار فشار و استرس شود ممکن است سیستم اعصاب و هورمون‌های جنین دچار اختلال شود و همین باعث گردد فرد دچار اختلال ملال جنسیتی بشود. چون علت اصلی بروز آن در فرد به عملکرد هورمون‌های بدن بر می‌گردد. تغییرات هورمونی در هفته ششم دوره جنینی آغاز شده و تا ماه سوم دوره جنینی پایان می‌گیرد، زیرا جنسیت نوزاد در بدو تولد کاملاً تحت تاثیر ترشح یا عدم ترشح «آندروژن‌ها» در دوره جنینی در قبل از تولد است و به تاثیر تستوسترون بر سلول‌های عصبی مغزی مسئول زنانه یا مردانه شدن مغز در نواحی مانند هیپوتالاموس

¹ Lopez, Stewart & Jacobson-Dickman

بستگی دارد (بنجامین^۱، ۱۹۶۶؛ زوکر، لارنس و کروکلس^۲، ۲۰۱۶؛ زوکر و همکاران، ۲۰۱۲). شواهد مبتنی بر رویکرد زیستی نشان می‌دهد عوامل هورمونی و عصب شناختی در پیدایش اختلال ملال جنسی در زنان و مردان تاثیر گذار است (زوکر، لارنس و کروکلس، ۲۰۱۶، هینس، کنستانتینسکو و اسپنسر^۳، ۲۰۱۵). از این دیدگاه، هرچند کودک از ۳ الی ۴ سالگی می‌تواند هویت جنسی خودش را تشخیص دهد ولی حالت‌های افراد مبتلا به ملال جنسیتی از دوران بلوغ به‌خوبی نمایان می‌شود و قابل تشخیص است چون تمایل به جنس مخالف در این دوره شروع می‌شود. طبق رویکرد زیستی فواید درمان بالینی برای افراد مبتلا به ملال جنسی همان افزایش محبوبیت اجتماعی از طریق عمل جراحی تغییر جنسیت می‌باشد (زوکر و همکاران، ۲۰۱۲). هرچند برخی از آنان نیز از طریق روان‌درمانی درمان شده‌اند ولی تعداد این موارد بسیار اندک است.

رویکرد اجتماعی در اختلال ملال جنسیتی

در کل کسب هویت زنانه یا مردانه در انسان بیشتر تابع عوامل پس از تولد است تا قبل از تولد. چون احساس متعلق بودن به جنس مرد یا زن بیشتر نتیجه تعاملات میان کودک و ارزش‌ها و نگرش‌های والدین است. براساس این رویکرد عوامل خانوادگی و اجتماعی عوامل خانوادگی و اجتماعی در قالب ایفای نقش، الگوسازی و نقش‌های وابسته به جنسیت موجب پیدایش اختلال ملال جنسی می‌شوند (هالدمن^۴، ۲۰۰۳، کسلرو مک کینا^۵، ۲۰۰۰، راس کوپست، نوردلند و کایزر^۶، ۲۰۱۳، یوست و اسمیت^۷، ۲۰۱۴). در مجموع، نظریه‌های فرهنگی و اجتماعی عقیده دارند ملال جنسی تحت

¹ Benjamin

² Zucker, Lawrence & Kreukels

³ Hines, Constantinescu, & Spencer

⁴ Haldeman

⁵ Kessler & McKenna

⁶ Rosqvist, Nordlund, & Kaiser

⁷ Yost & Smith

تأثیر ادراک نقش‌های جنسیتی، جامعه‌پذیری جنسی و وجود کلیشه‌های مربوط به ساختار اجتماعی قدرت در یک فرهنگ قرار می‌گیرد (اشمیت و همکاران^۱، ۲۰۱۶). همچنین افراد مبتلا به ملال جنسی از لحاظ سوگیری اجتماعی، تبعیض و پیشداوری در جامعه دچار مشکلاتی هستند و ممکن است به این دلایل به اختلالات روانی همبود^۲ دچار شوند (لیو^۳، ۲۰۱۳، ویتترز و کلاسیک^۴، ۲۰۰۹). در همین راستا، برلین (۲۰۱۶) نشان داده است که هر دو عامل محیط و وراثت در پیدایش احساسات مربوط به خود ابرازی^۵ و هویت جنسی در افراد مبتلا به ملال جنسی در خاورمیانه تأثیر گذار است.

رویکرد روانشناختی در اختلال ملال جنسیتی

از دیدگاه روانشناختی، نشانگرهای رویانی هویت جنسی ممکن است در ابتدای رشد پدیدار شوند (مارتین، روبل و اسکری بالو^۶، ۲۰۰۰). نظریه‌های روان‌شناسی اعتقاد دارند که فرزند پروری، سرزنش مادر، مداخله بیش از حد مادر و فاصله دار بودن پدر از جمله عواملی هستند که در پیدایش اختلال ملال جنسی در پسران تأثیر گذار هستند (استولر، ۱۹۶۶). زوکر و برادلی^۷ (۱۹۹۵) عقیده دارند که مهمترین صفت روانشناسی مادران پسران مبتلا به ملال جنسی آن است که نیاز دارند به مراقبت از یک کودک دختر پردازند. کوربت^۸ (۱۹۹۹) معتقد است که تأثیر والدینی و تقویت اجتماعی دو عامل اصلی در پیدایش ملال جنسی می‌باشند. رویکرد روان‌شناختی عقیده دارد سردرگمی در مورد هویت جنسی می‌تواند رشد جنسی کودک را مختل

¹ Schmitt et al.

² comorbid

³ Lev

⁴ Winters & Karasic

⁵ Self-expression

⁶ Martin, Ruble & Szkrybalo

⁷ Zucker & Bradley

⁸ Corbett

سازد (مک بی^۱، ۲۰۱۳). در مجموع، رویکرد روان شناختی معتقد است افراد مبتلا به ملال جنسی از لحاظ یکپارچگی من، قابلیت های شخصیتی، تعامل های اجتماعی و سبک های یادگیری دچار مشکل می باشند (راس کویست، نوردلند و کایزر، ۲۰۱۳). از دیدگاه رویکرد روانشناختی، عوامل روانی و اجتماعی نقش تسهیل کننده در پیدایش ملال جنسی دارند (زوک، لارنس و کروکلس، ۲۰۱۶). از این دیدگاه، یکی از علل اختلال هویت جنسی آن است که والدین یا سایر افراد مهم زندگی، کودک را تشویق به رفتارهای جنس مخالف می کنند، مثلاً لباس جنس مخالف را به او می پوشانند و او را تشویق به بازی های جنس مخالف می کنند (رضایی، ۱۳۸۶).

نظریات یادگیری اجتماعی به طور مشخص بر روی تقویت والدین در مورد رفتار جنسی کودک تمرکز دارند که این تقویت، شکل دهنده رفتارهای غیر طبیعی و نامناسب جنسی می باشد (جواهری، ۱۳۸۵). یادگیری تقلیدی و مشاهده ای مجموعه ای از نظریات یادگیری اجتماعی را در مورد نمونه بندی جنسی بوجود آورده است. در یادگیری تقلیدی رفتارهایی مورد پذیرش قرار می گیرند که الگوها یا اشخاص مهم زندگی تحریک کننده آنها باشند. در یادگیری مشاهده ای، تغییری در رفتار مشاهده گر (کودک) اتفاق می افتد، به نحوی که کودک بتواند رفتاری مشابه رفتار الگو را از خودش ارائه دهد؛ چرا که رفتار الگو مطلوب گزارش می شود. در نظریه رشد شناختی عقیده بر این است که ابتدا کودک خودش را به عنوان مرد یا زن قلمداد می کند و بعد رفتارهای مناسبی بر حسب آن انتخاب می کند (جواهری، ۱۳۸۵).

نظریات روانکاوی درباره اختلال ملال جنسیتی عقیده دارند دگر جنس باوری در مردها ناشی از حل نشدن و از بین رفتن اضطراب جدائی در طی فاز جدایی-تفرد کودک می باشد. چون کودک برای انطباق با این اضطراب، یک تخیل جبرانی در مورد یکی شدن با مادرش را تثبیت می کند. زیرا فرد دگر جنس باور تخیل ناخودآگاه خود را برون ریزی می کند و به طور نمادین مادر می شود. بر طبق این نظریه، مرد دگر

¹ McBee

جنس باور جهت‌گیری‌اش به گونه‌ای است که سبب حل اضطراب جدایی در خودش می‌شود (جواهری، ۱۳۸۵). عمده فرضیات روانکاوی در این حوزه بوسیله استولر^۱ شرح داده شده است. این فرضیات در باره شکل‌گیری دگر جنس باوری در یک پسر حاکی از وجود ساختار خانوادگی در پیدایش این اختلال است. بنابراین، پسر کوچولو پدرش را نمی‌بیند و از این رو می‌توان گفت پدری وجود ندارد که سبب از هم‌گسیختن یکپارچگی او و مادرش شود. همچنین برای این مرد یک مدل همانند سازی مردانه وجود ندارد. بنابراین، درغیاب کامل نمای مردانه و با توجه به تحقیقی که همسرش از او می‌کند، فرایند یکی شدن مادر و پسر دست نخورده باقی مانده و زنانگی تشویق شده و توسط مادری که این علائم را به وجود آورده است تشدید می‌یابد (دادفر، ۱۳۸۸). ولی درباره وضعیت ادیپال مردی که به طور اولیه دگر جنس باور است، این وضعیت او از پسر بچه‌های دیگر متفاوت است؛ چرا که تعارضات ادیپال در او وجود ندارد. به دلیل تعارض ادیپالی که در یک پسر بچه اتفاق می‌افتد، تمایل دارد مادرش را در اختیار بگیرد و سپس احساس کند که از این خواست او توسط پدرش ممانعت به عمل می‌آید. یعنی تعارضی بین تمایل وی و خطر پابرجا شدن آن جود داشته باشد. اما پسر مبتلا به دگر جنس باوری نمی‌خواهد که صاحب مادرش شود، بلکه او می‌خواهد مثل مادرش شود و بخش شهوانی در این رابطه وجود ندارد. پس اولین نکته مهم در مورد دگر جنس باورها این است که تعارض ادیپال در آنها وجود ندارد. دومین نکته تفاوت عظیمی است که مابین بدن و هویت فرد وجود دارد. در واقع، آنها روی هویت جنسی خود که بطور روانی احساس می‌کنند و بر خلاف آناتومی آنان است پافشاری می‌کنند. ولی دگر جنس باوریا ناشی از یکی شدگی مادر-فرزند است که بر روی نوزاد نشانه‌گذاری شده و با بزرگتر شدن او تشدید می‌یابد. در معاینه روانی فرد مبتلا به دگر جنس باوری فقدان علائم بالینی روان‌پریشی مشهود است. همچنین رشد روانی جنسی در مبتلایان به دگر جنس

¹ Stoller

باوری زودتر از گروه کنترل آغاز می گردد و احساسات آنها از همان زمان کودکی شروع می شود. دگر جنس باورهای مرد وارد مرحله همجنس گرایی می شوند که در پی آن مرحله دگر جامه پوشی وجود دارد و سپس مبتلا به دگر جنس باوری می شوند. همچنین مشخص شده که زنان مبتلا به دگر جنس باوری مراحل مشابهی را نمی گذرانند. استولر (۱۹۶۸) در این باره معتقد است زن دگر جنس باور حالت متفاوتی از مرد دگر جنس باور دارد. البته دو حالت از نظر بالینی قابل قیاس هستند چون زن دگر جنس باور نیز مثل مرد دگر جنس باور از نظر آناتومی طبیعی است و آرزوی داشتن بدن مردانه و زندگی دائمی به صورت یک مرد را دارد. همچنین این حالت او نیز از اوائل دوران کودکی شروع می شود و تا بزرگسالی تداوم دارد و او نیز مثل مرد دگر جنس باور خواستار تغییر جنسیت می باشد. در مطالعات استولر (۱۹۹۱) دینامیک خانوادگی یک زن دگر جنس باور به شرح زیر توصیف شده است: مادر ر ماه ها یا سال های اول زندگی دخترش ناتوان از انجام عملکرد خود به عنوان یک مادر است و این ناتوانی مادر ممکن است به دلیل افسردگی مادر، بیماری جسمی یا به علت نگرش های بدبینانه مادر درباره رابطه مادر-فرزندی از هم گسیخته شده باشد. این غیاب مادر از نقش مورد قبول او به عنوان مادر در حالی است که کودک می داند مادرش نمرده است و یا به جای دیگری نقل مکان نکرده است ولی به او رسیدگی نمی کند. این وضعیت متضاد با حالتی است که در مرد دگر جنس باور وجود دارد. آنچه در این مرحله اتفاق می افتد آن است که پدر برای ساده تر شدن دوری همسرش از دخترش برای پر نمودن خلاء همسرش استفاده می نماید. ولی آنچه در مورد زنان دگر جنس باور گزارش شده است ظاهر زشت و قوی آنها در دوره نوباوگی است. بنابراین، نوزاد دختر با همانند سازی با پدر سعی در جبران حالتی دارد که مادرش را به غیبت مجبور کرده است. پدر نیز یک ارتباط محکم و رضایت بخش با دخترش ایجاد می نماید؛ دخترش را در فعالیت های مورد علاقه خویش شرکت می دهد و رفتار مردانه را در دخترش ایجاد می نماید. بنابراین، دختر تمایل به فعالیت های خشن

و مردانه ای دارد که به تدریج در او پیشرفت می کند. در واقع مردانگی دختر زحمت بی پایان کودک برای رسیدن به مادری غیرقابل دسترس و برای جلب رضایت او می باشد. در اینجا حالت همانند سازی با پدر، آرزوها و علائق او ایجاد می شود. در واقع، وضعیت خانوادگی از این دختر یک شوهر کوچولو ایجاد می کند و تا سنین چهار و پنج سالگی او اغلب در آرزوی به دست آوردن و داشتن علامت و نشانه مردانه است. مردانگی زن دگر جنس باور زائیده درد و تعارض است و نه لذت و سعادت از جدایی زودرس از مادر یا یکی شدن با او. زن دگر جنس باور به طور دایمی در تلاش است که به مادری فراسوی خود برسد و این کار را در مردانگی خویش می بیند چون تلاش می کند با تغییر جنسیت مشابه پدر شود. اما او هرگز قادر به انجام آن نخواهد بود (استولر، ۱۹۹۱).

اختلال ملال جنسی، آسیب شناسی روانی و ویژگی های شخصیتی

مطالعات بسیاری به بررسی اختلالات شخصیت در افراد مبتلا به همجنس گرایی، تراجنسیتی و اختلال هویت جنسی پرداخته اند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰، بودلاند و آرمیلوس^۱، ۱۹۹۴، کارل و جوناس^۲، ۱۹۶۳). برخی مطالعات نیز نشان داده اند که افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی دست کم دچار یک اختلال شخصیت از قبیل اختلال مرزی، وسواسی و شخصیت اجتنابی می باشند (گرت، فلین، اودلاگ و اسکروبر^۳، ۲۰۱۲، داسین و همکاران^۴ (۲۰۱۴) نشان داده اند که افراد مبتلا به اختلال ملال جنسی دارای انواعی از اختلالات شخصیت می باشند که مهمترین آنها اختلال شخصیت پارانوئید و اجتنابی می باشد. ستینیری، مرلو، برونو و متو^۵ (۲۰۱۵) نشان داده اند اکثریت افراد مبتلا به اختلال ملال جنسی دارای اختلال شخصیتی پارانوئید می باشند. مطالعات جاری نشان می دهد حدود ۶۰ درصد از افراد مبتلا به ملال جنسی

¹ Bodlund & Armelius

² Carl & Jonas

³ Grant, Flynn, Odlag & Schreiber

⁴ Duišin et al.

⁵ Settineri, Merlo, Bruno & Mento

دارای اختلال شخصیت می باشند (زوکر، لارنس و کروکلس^۱، ۲۰۱۶). باریسیک و همکاران^۲ (۲۰۱۷) نشان داده اند افراد مبتلا به ملال جنسی دارای خصوصیات شخصیتی از قبیل روان نزدی و روان پریشی پایین و صفات شخصیتی برون گرایی و سازش پذیری بالا می باشند که البته این صفات را پس از عمل جراحی تغییر جنسیت تجربه می کنند.

هپ و همکاران^۳ (۲۰۰۵) در پژوهش های انجام شده در ارتباط با همبودی اختلال هویت جنسی با دیگر اختلالات روانی، بالاترین همبودی را با اختلالات اضطرابی و خلقی گزارش کرده است. کامپو، نیجمن، مرکل باخ و ایورس^۴ (۲۰۰۳) نیز در پژوهشی دیگر همراه بودن اختلال هویت جنسی را با اختلال شخصیت مرزی در ۰/۷۹ موارد و با اختلالات خلقی در ۰/۲۶ موارد گزارش کرده اند. نتایج پژوهش گرین و بلندچارد^۵ (۲۰۰۰) نشان داد که اختلال های شخصیت در مردان مبتلا به اختلال هویت جنسی شایع تر از زنان دچار این اختلال است و این بیماران به اختلال شخصیت خود شیفته یا مرزی مبتلا هستند. دیکسون و همکاران (۱۹۸۴) با مطالعه بر روی ۴۷۹ مرد داوطلب تغییر جنسیت، وجوه تمایلات خود کشی، بیماری های روانی، قطع عضو، اعتیاد، روسپیگری و سابقه جنایی را در این افراد نشان دادند. نتایج پژوهش گومز و همکاران^۶ (۲۰۰۹) نشان داد که دگرجنس خواهان (افراد دارای اختلال هویت جنسی) زن به مرد نمره بیشتری را در اختلالات افسردگی، هیستری، پسیکوپاتی و اسکیزوفرنی دارند. گومز-گیل و همکاران (۲۰۰۹) نشان دادند که فراوانی تشخیص های روان پزشکی (اختلال سازگاری و فویبای اجتماعی) در هر دو گروه دگر خواه جنسی مرد به زن و زن به مرد و مصرف الکل و اختلالات وابسته به مواد در گروه مرد

¹ Zucker, Lawrence & Kreukels

² Barisic et al.

³ Hepp, Kraemer, Schnyder, Miller & Delsignore

⁴ Campo, Nijman, Merckelbach & Evers

⁵ Green & Blanchard

⁶ Gomez-Gil et al.

به زن بیشتر است.

رضایی (۱۳۸۶) با بررسی کارکرد خانواده در بیماران دچار اختلال هویت جنسی نشان داد که وجود اختلال هویت جنسی موجب مشکلات عاطفی، احساسی و هیجانی بیشتری در خانواده این افراد می گردد و کمک گسترده به این افراد تنها از طریق مداخلات خانوادگی ممکن است. همچنین آگاهی دادن به خانواده ها در مورد نیازهای عاطفی و تربیتی فرزندان، احتمال بروز اختلال هویت جنسی را کاهش می دهد. دادفر و همکاران (۱۳۸۸) با بررسی الگوهای شخصیتی بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی در ۳۶ بیمار (۲۲ زن و ۱۴ مرد) به این نتیجه دست یافتند که فراوانی الگوهای شخصیتی در بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی بسیار بالا است و فراوان ترین الگوهای شخصیتی در این بیماران، اختلال شخصیت خودشیفته و وسواسی بود. نوریان، دولتشاهی و رضایی (۱۳۸۷) نیز با بررسی اختلالات شخصیت و ویژگی های شخصیتی در ۴۰ نفر مرد مبتلا به اختلال هویت جنسی نشان دادند بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی در ویژگی های شخصیت وابسته، نمایشی، ضد اجتماعی، منفعل-مهاجم، مرزی و پارانوئید نمرات معنادار بالاتری را نسبت به گروه گواه به دست آورده اند. نتایج پژوهش آنان نشان داد بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی بیش از افراد عادی دارای برخی از ویژگی ها و اختلالات شخصیتی می باشند. مطالعه رئیسی و ناصحی (۱۳۸۳) بر روی خصوصیات شخصیتی ۳۶ مرد دچار اختلال هویت جنسی با استفاده از پرسشنامه شخصیتی MMPI نتایج نشان داد که این افراد در مقیاس های پارانوئید و ضد اجتماعی بیماران نمرات معنادار بالاتری نسبت به گروه گواه داشتند. در پژوهشی که رنجبر (۱۳۷۷) با آزمون شخصیتی میلون و MMPI-2 بر روی ۱۵ بیمار دار اختلال هویت جنسی مذکر (۱۸ تا ۲۳ سال) انجام داد نتایج نشان داد این افراد در آزمون میلون در آزمون میلون در ۶ مقیاس (اسکیزوئید، اجتنابی، نمایشی، خود شیفته، منفعل- پرخاشگر و خود ناکام ساز) و در آزمون MMPI-2 در سه مقیاس (نمایشی، ضد اجتماعی و پارانوئید) تفاوت معنی داری با گروه گواه داشتند.

منتشلو، شعیری و حیدری نسب (۱۳۹۵) نشان داده اند افراد غیرمبتلا به اختلال ملال جنسیتی در مقایسه با افراد مبتلا میزان تلاش شناختی بیشتری در سازمان دهی به شرایط و محرک‌های محیطی از خود نشان می‌دهند که در نهایت منجر به عمل موفق-تر و کارآمدتر و در نهایت سازگاری بهتر آنان می‌شود.

حجازی و همکاران (۱۳۸۷) نیز با بررسی میزان تطابق نقش و هویت جنسی ۱۲ بیمار تراجنسی با جنسیت جدیدشان پس از عمل جراحی تغییر جنسیت نشان داده است که این بیماران بعد از عمل جراحی از نظر روانی-اجتماعی در وضعیت مناسبی قرار داشته‌اند. مصاحبه بالینی نیمه سازمان یافته در این مطالعه نشان داده است که تمامی افراد مورد مطالعه از تصمیم خود رضایت داشته و موردی از پشیمانی نیز مشاهده نشده است. بر اساس این مطالعه عوامل متعددی مانند وضعیت اقتصادی، رضایت از روابط بین فردی، وجود سیستم حمایت فعلی، شریک جنسی و رضایتمندی از زندگی جنسی، واکنش مناسب خانواده و امکان عمل‌های جراحی اضافه، نقش عمده‌ای در تطابق این بیماران با وضعیت جدید آنان داشته است. یک مطالعه جدید درباره ویژگی‌های شخصیتی افراد مبتلا به اختلال ملال جنسیتی توسط منتشلو، شعیری و حیدری نسب (۱۳۹۶) نشان داده است آن دسته از افرادی که تحت عمل جراحی تطبیق جنسیت قرار گرفته‌اند در مقایسه با گروهی که تطبیق جنسیت نداده‌اند، در برخورد با شرایط محیطی به‌صورت فعال‌تر و کارآمدتر عمل می‌نمایند، توانایی بیشتری در مدیریت هیجانات خود دارند و میزان دغدغه‌هایشان نسبت به جسم و جنس خود کاسته می‌شود. حال آن‌که افرادی که هنوز تطبیق جنسیت نداده‌اند از هیجانات و عواطف دردناکی رنج می‌برند و نشانه‌های اضطراب و افسردگی‌شان بیشتر است و بیشتر حالت دفاعی و عقب‌نشینی دارند.

مداخلات بالینی

درمان پزشکی اساسی برای افراد مبتلا به ملال جنسیتی تغییر جنسیت، هورمون درمانی و توان بخشی است. از دیدگاه روان‌درمانی، در مجموع می‌توان بر اساس

رویکرد های درمانی متفاوت به روان درمانی با افراد مبتلا به ملال جنسیتی پرداخت (فراسر^۱، ۲۰۰۵). رکن اصلی روان درمانی با افراد مبتلا به ملال جنسیتی ایجاد یک رابطه درمانی مطلوب با هدف حمایتی است که موجب اعتماد، کاهش برچسب اجتماعی، پذیرش همه جانبه و تخلیه هیجانی می شود. از این جهت، انتقال و انتقال متقابل از مشکلات رابطه درمانی با افراد مبتلا به ملال جنسیتی است که نیازمند مدیریت آگاهانه می باشد (کوئینگ^۲، ۲۰۰۴، میلرود^۳، ۲۰۰۰). آموزش مدیریت هویت جنسی، ماهیت هویت جنسی انعطاف پذیر، جزم اندیشی دوتایی در هویت جنسی، مرکزگرایی تناسلی، سردرگمی جنسیتی و توانایی ابراز نقش های جنسیتی در هیجانان و رفتار یکی دیگر از موضوعات مهم روان درمانی با افراد مبتلا به ملال جنسیتی است (هاکیم^۴، ۲۰۱۲، ۲۰۰۸، نوموتو و همکاران^۵، ۲۰۰۴، میر و همکاران^۶، ۲۰۰۱).

بحث و نتیجه گیری

اختلال ملال یا نارضایتی جنسیتی از لحاظ اصطلاح شناسی در تاریخ روان پزشکی و روان شناسی یک سیر طولانی را از همجنس گرایی، فراجنسیتی تا اختلال هویت جنسی طی کرده است. در واقع، این نامگذاری ها تحت تاثیر روح زمان حاکم بر علوم روان پزشکی و روان شناسی بوده است. به گونه ای که نشانه شناسی، ملاک های تشخیصی و روش های مداخله در این اختلال متأثر از هنجارهای اجتماعی جهان غرب درباره مفهوم هویت جنسی و نقش های مرتبط با این مقوله بوده است. دگرگونی اصطلاح شناسی این اختلال ماهیت فرهنگ وابسته آن را نشان می دهد. ماهیت رشدی این اختلال در قالب عوامل اجتماعی و فرهنگی نظیر روش های فرزند پروری،

¹ Fraser

² Koetting

³ Milrod

⁴ Hakeem

⁵ Nemoto

⁶ Meyer et al.

تعارضات نقش جنسی والدینی، مشکلات هویت جنسی والدین، نقش آموزی جنسیتی، تقلید، همانندسازی هویت جنسی، تاثیر رسانه ها، و سطح تحول هنجارهای جامعه به سوی فرامردن قرار می گیرد. این عوامل به اشکال متفاوت در نظریه های زیستی روانشناختی و اجتماع-فرهنگی مربوط به اختلال ملال جنسیتی و نامگذاری آن در هر برهه از زمان مورد توجه قرار گرفته اند. همچنین نامگذاری های این اختلال بیش از هر چیز به زمان و مکان نظریه پردازان بستگی داشته اند. چون سیر تغییر مفهوم هویت جنسی و نقش های وابسته به آن در جهان گویای این موضوع است. با این که در دنیای معاصر تغییر جنسیت راه حل نهایی کمک به افراد مبتلا به اختلال ملال جنسیتی است ولی متقاعد کردن افکار عمومی جامعه و سازمان های اجتماعی، آماده سازی فرد برای جراحی و جلب رضایت خانواده وی، و مشکلات پس از عمل تغییر جنسیت و انطباق با هویت جنسی جدید در سطوح فردی، خانوادگی و اجتماعی نیازمند کاربست خدمات مختلف روانشناختی است. این خدمات شامل ارزیابی و تشخیص، آماده سازی فرد و خانواده برای جراحی، تغییر نگرش های اجتماعی و سیاست گذاری های اجتماعی و بهداشتی-درمانی نسبت به این اختلال، روان درمانی فردی و خانوادگی، گروه درمانی و بازآموزی هویت جنسی نوین می باشند. مهمتر این که الگوی چنین خدماتی برای کودکان، نوجوانان و بزرگسالان دچار اختلال ملال جنسیتی متفاوت می باشد. بدیهی است با توجه به تفاوت های فرهنگی انجام مطالعات ملی درباره نشانه شناسی، تشخیص، همبودی این اختلال با سایر اختلالات روانی و شخصیتی و بیماری های جسمانی، و اثر بخشی انواع مداخله روان شناختی، حقوقی و اجتماعی در این افراد و خنواد های آنان یک ضرورت آشکار است.

منابع

- جواهری. فاطمه و حسین زاده. مرتضی. (۱۳۹۰). فاطمه پیامدهای اجتماعی اختلال هویت جنسی: بررسی سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی تغییرجنس خواهان در ایران. مجله مطالعات اجتماعی ایران، شماره ۳

جواهری. فاطمه و کوچکیان. زینب. (۱۳۸۵) اختلال هویت جنسی و ابعاد اجتماعی آن: بررسی پدیده نارضایتی جنسی در ایران. مجله رفاه اجتماعی، شماره ۲۱، ۲۶۵-۲۹۲. حجازی. آریا، عدالتی شاطری. زهره، مصطفوی. سعیده سادات، حسینی. زهرا سادات، رزاقیان. منیره و 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 دانشگاه علوم پزشکی کردستان، دوره ۱۳، شماره ۴، ۷۸-۸۷.

دادفر. محبوبه، یکه یزدان دوست. رخساره و دادفر. فرشته. (۱۳۸۸). بررسی الگوهای شخصیتی بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی. مجله علمی پزشکی قانونی، دوره ۱۵، شماره ۲، ۹۶-۹۹.

رنجبر شایان. حسین. (۱۳۷۷). بررسی و مقایسه ویژگی های شخصیتی افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی و افراد بهنجار، پایان نامه کارشناسی ارشد، انیستیتو روانپزشکی تهران.

رضایی. امید، صابری. سید مهدی، شاه مرادی. حسین و ملک خسروی. غفار. (۱۳۸۶). کارکرد خانواده در بیماران دچار اختلال هویت جنسی. توانبخشی، دوره ۸، شماره ۲۹، ۵۸-۶۳.

ریسی، فیروزه. و ناصحی، عباسعلی. (۱۳۸۳). اختلال هویت جنسی، تهران، انتشارات تهران صدا.

صابری، مهدی. (۱۳۹۳). ۲۵۰۰ ایرانی اختلال هویت جنسی دارند. بازبایی شده ۱۲ آبان ۱۳۹۶ از: <http://www.khabaronline.ir/detail/356001/society/health>

متشلو. سمیه، شعیری. محمدرضا و حیدری نسب. لیلا. (۱۳۹۵). مقایسه‌ی مؤلفه‌های شناختی- ادراکی و سازگاری در افراد مبتلا به اختلال ملال جنسیتی و افراد غیرمبتلا. مجله روان شناسی و روانپزشکی شناخت، ۳(۴)، ۶۰-۴۸.

متشلو. سمیه، شعیری. محمدرضا و حیدری نسب. لیلا. (۱۳۹۶). مقایسه ویژگی‌های شخصیتی افراد مبتلا به اختلال ملال جنسیتی تطبیق جنسیت داده و تطبیق جنسیت نداد. دو ماهنامه علمی - پژوهشی دانشور پزشکی، ۲۴ (۱۳۰)، ۵۵-۶۶.

نوربان. ناهید، دولتشاهی. بهروز و رضایی. امید. (۱۳۸۷). بررسی اختلالات شخصیت و ویژگی‌های شخصیتی مردان مبتلا به اختلال هویت جنسی. مجله توانبخشی. دوره نهم، شماره اول، ۳۳-۶۰.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed)*. Washington, DC: Author.
- Barisic, J., Duisin, D., Djordjevic, M., Vujovic, S., & Bizic, M. (2017). Influence of basic personality dimensions on adaptation processes and quality of life in patients with gender dysphoria in post transitory period. *2nd Contemporary Trans Health in Europe: Focus on Challenges and Improvements*, April 6-8, Belgrade, Serbia.
- Benjamin, H. (1966). *The Transsexual Phenomenon*. New York: Julian Press.
- Bodlund, O., Kullgren, G., Sundbom, E. and Höjerback, T. (1994). Personality traits and disorders among transsexuals. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88, 322–327. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1993.tb03467.x.
- Campo, J., Nijman, H., Merckelbach, H., & Evers, C. (2003). *Psychiatric comorbidity of gender identity disorders: A survey among Dutch psychiatrists*. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 1332—1336.
- Carl, M., & Jonas, M.C. (1963). An objective approach to the personality and environment in homosexuality. *Psychiatric Quarterly*, 626-641.
- Corbett, K. (1999). Homosexual boyhood: Notes on girlyboys. In M. Rottnek (Ed.), *Sissies and tomboys* (pp. 107-139). New York: New York University Press.
- Duišin, D., Batinić, B., Barišić, J., Djordjevic, M.L., Vujović, S., & Bizic, M. (2014). Personality disorders in persons with gender identity disorder. *The Scientific World Journal*, 2014 (809058), 1-7. DOI:10.1155/2014/809058.
- Fraser, L. (2005). Therapy with transgender people across the life-span. *American Psychological Association Division 44 Newsletter*, 21,14-16.
- Gomez-Gil, E., Trilla, A., Salamero, M., Godas, T., & Valdes, M. (2009). Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. *Archives of Sexual Behavior*, 38(3), 378-392.
- Grant, J.E., Flynn, M., Odlaug, B.L., & Schreiber, L.R.N. (2012). Personality disorders in gay, lesbian, bisexual and transgender chemically dependent patients. *American Journal of Addiction*, 20, 405–411.
- Green R. (2005). *Gender Identity Disorder*: B.J Sadock & V. A. Sadock comprehensive textbook of psychiatry.(8 th ed). Williams & Wilkins. Philadelphia; USA.
- Green, R. & Blanchard, R. (2000). *Gender identity disorders. Comprehensive textbook of psychiatry*, 7th ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 646-662.
- Hakeem, A. (2012). Psychotherapy for gender identity disorders. *Advances in psychiatric treatment* (2012), vol. 18, 17–24. DOI: 10.1192/apt.bp.111.009431.
- Hakeem, A. (2008). Changing sex or changing minds: specialist psychotherapy and transsexuality. *Group Analysis*, 41, 182–96.

- Haldeman, D. (2000). Gender atypical youth: Clinical and social issues. *The School Psychology Review*, 29, 216-222.
- Hepp, U., Kraemer, B., Schnyder, U., Miller, N., & Delsignore, A. (2005). Psychiatric comorbidity in gender identity disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 160(7), 1332-1336.
- Hines, M., Constantinescu, M., & Spencer, D. (2015). Early androgen exposure and human gender development. *Biology of Sex Differences*, 6, 3-10.
- Kessler, S.J., & McKenna, W. (2000). Gender Construction In Everyday Life: Transsexualism (Abridged). *Feminism & Psychology*, 10(1), 11-29. DOI: 0959-3535(200002)10:1;11-29;011573.
- Koetting, M. E. (2004). Beginning practice with preoperative male-to-female transgender clients. *Journal of Gay & Lesbian Social Services: Issues in Practice, Policy & Research*, 16,99-104.
- Lev, A. I. (2013). Gender dysphoria: Two steps forward, one step back. *Clinical Social Work Journal*, 41, 288-296. DOI: 10.1007/s10615-013-0447-0.
- Lopez, X., Stewart, S., & Jacobson-Dickman, E. (2016). Approach to children and adolescents with gender dysphoria. *Pediatric Review*, 37(3), 89-96. DOI: 10.1542/pir.2015-0032.
- Marks, I., Green, R., & Mataix-Cols, D. (2000). Adult gender identity disorder can remit. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 273-275.
- Martin, C.L., Ruble, D.N., & Szkrybalo, J. (2002). Cognitive theories of early gender development. *Psychological Bulletin*, 128, 903-933.
- McBee, C. (2013). Towards a more affirming perspective: Contemporary psychodynamic practice with trans and gender nonconforming individuals. *Advocates' Forum*, 37-51.
- Meyer, W. J., III, Bockting, W. O., Chen-Kettenis, P. T., Coleman, E., DiCeglie, D., Devor, H., Gooren, L., Hage, J. J., Kirk, S., Kuiper, B., Laub, D., Lawrence, A., Menard, Y., Monstrey, S., Patton, J., Schaefer, L., Webb, A., & Wheeler, C. C. (2001). The standards of care for Gender Identity Disorders (6thed.). Minneapolis, MN: Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association.
- Milrod, C. (2000). Issues of countertransference in therapy with transgender clients. Los Angeles, CA: Southern California Transgender Counseling.
- Nemoto, T., Operario, D., Keatley, J., Nguyen, H., & Sugano, E. (2005). Promoting health for transgender women: Transgender Resources and Neighborhood Space (TRANS) program in San Francisco. *American Journal of Public Health*, 95, 382-384.
- Rosqvist, H.B., Nordlund, L., & Kaiser, N. (2013). Developing an authentic sex: Deconstructing developmental-psychological discourses of transgenderism in a clinical setting. *Feminism & Psychology*, 24(1) 20-36. DOI: 10.1177/0959353513510653

- Schmitt, D.P., Long, A.E., McPhearson, A., O'Brien, K., Remmert, B., & Shah, S.H. (2016). Personality and gender differences in global perspective. *International Journal of Psychology*. DOI: 10.1002/ijop.12265.
- Settineri, S., Merlo, E.M., Bruno, A., & Mento, C. (2016). Personality assessment in gender dysphoria: Clinical observation in psychopathological evidence. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 4(3), 1-15.
- Stoller, R.J. (1991). *Pain & Passion. A Psychoanalyst Explores the World of S & M*, Plenum Press, New York.
- Stoller, R. J. (1968). *Sex and Gender: the Transsexual Experiment*. Hogarth Press.
- Stoller, R. J. (1966). The mother's contribution to infantile transvestic behavior. *International Journal of Psychoanalysis*, 47, 384-395.
- Winters, K., & Karasic, D. (2009). Gender madness in American psychiatry: Essays from the struggle for dignity. Booksurge:LLc.
- Yost, M.R., & Smith, T.V. (2014). Transfeminist psychology. *Feminism & Psychology*, 24(2), 145-156. DOI: 10.1177/0959353514529392.
- Zucker, K. J., & Bradley, S. J. (1995). *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Zucker, K. J., Lawrence, A., & Kreukels, B. P. C. (2016). Gender dysphoria in adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 20.1-20.3.
- Zucker, K. J., Wood, H., Singh, D., & Bradley, S. J. (2012). A developmental, biopsychosocial model for the treatment of children with gender identity disorder. *Journal of Homosexuality*, 59, 369-397. <http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2012.653309>