



## تشخیص اولیه‌ی اختلال هویت جنسی: گزارش موردی

دکتر حمیدرضا عطار\*، دکتر مریم رسولیان\*\*

### چکیده

**هدف:** این گزارش با هدف معرفی موردی از تشخیص اولیه‌ی اختلال هویت جنسی و تغییر جنسیت نگاشته شده است.

**روش:** مورد، زنی ۴۰ ساله، مطلقه و دارای ۲ فرزند بوده و برای تغییر جنسیت تاکنون ۶ عمل جراحی را پشت‌سر گذاشته است. پس از یک ماه زندگی در نقش مرد، با هدف برگشت به وضعیت جنسی نخستین خود یعنی داشتن نقش جنسی زن به کمک اعمال جراحی و ازدواج دوباره با همسر پیشین و برعهده گرفتن سرپرستی فرزندان در نقش مادر به پزشک مراجعه نموده است. پزشکی قانونی به درخواست وی او را برای اظهارنظر به درمانگاه انستیتو روانپزشکی تهران ارجاع نموده است. او در این درمانگاه بارها مورد مصاحبه‌های روانپزشکی و ارزیابی‌های روانشناختی قرار گرفته و سپس اعلام شده است که انجام هرگونه اقدامی که وی را به وضعیت پیش از عمل جراحی برگرداند، پذیرفتنی است و از آن حمایت می‌شود.

**یافته‌ها:** ارزیابی‌ها ژنوتیپ مراجع را ۴۶XX، موافق با جنس زن نشان داد. آزمون‌های رورشاخ، MMPI و MCMI-II اختلالی را نشان نداد، اما گویای ویژگی‌های شخصیتی وابسته، نیاز وابستگی و جلب توجه، دودلی، شک و تردید نسبت به خود و رویکرد خودانتقادی بود.

**نتیجه:** اگر چه درمان جراحی در بیماران با تشخیص اولیه اختلال هویت جنسی مؤثرترین شیوه‌ی درمانی می‌باشد، برپایه‌ی بازنگری شرح حال این مراجع، پذیرش پیشنهاد تغییر جنسیت نیاز به بازبینی دقیق معیارهای تشخیصی دارد.

### کلیدواژه: اختلال هویت جنسی، جنسیت، تغییر جنسیت

E-mail: hamidrezaattar@yahoo.com

\* روانپزشک، ایلام، بیمارستان امام خمینی، بخش روانپزشکی (نویسنده مسئول).

\*\* روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران. خیابان طالقانی، بین بهار و شریعتی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.

## مقدمه

در آن به‌عنوان رئیس، فرمانده و پرخاشگر و مادر مهربان و وابسته توصیف می‌شود.

در سن دو سالگی به‌دنبال بگومگوهای پدر و مادر، مادر منزل را ترک و پدرش وی و برادر کوچکترش را در کنار یک مسجد رها کرده بود. فرزندش دوره گرد هر دو کودک را به خانواده‌ای که دچار مشکل نازایی بوده‌اند سپرد. این خانواده مراجع را به فرزندش پذیرفتند و برادر کوچکترش را به پرورشگاه سپردند. هنگامی که مادر اصلی از اقدام همسر و محل نگهداری فرزندانش آگاه شد، پس از کشمکش شدید با همسرش از وی طلاق گرفت. او پدرش را از پرورشگاه پس گرفت و نزد خود نگهداری کرد اما به‌دلیل مشکلات مالی نتوانست مراجع را نزد خود ببرد و وی هم‌چنان نزد پدر و مادرخوانده باقی ماند. بقیه‌ی فرزندان هم به پدر سپرده شدند. از آن هنگام به بعد والدین رضاعی با خانواده‌ی اصلی بیمار در ارتباط بوده و آنان را از وضعیت وی آگاه می‌کرده اما خود مراجع تا سن ۲۲ سالگی از این موضوع هیچ‌گونه آگاهی نداشته است تا این‌که در آن هنگام خانواده‌ی همسرش او را با خانواده‌ی اصلی خویش آشنا می‌کند.

مراجع به‌طور طبیعی در بیمارستان به‌دنیا آمده، فرزند ششم خانواده بوده و سه برادر و دو خواهر بزرگتر و یک برادر کوچکتر داشته است. پدر بی‌سواد و کشاورز بوده و به‌جز عصبانی‌بودن سابقه اختلال روانپزشکی نداشته است. مادر دارای سواد نهضتی و خانه‌دار بوده است. به‌طور کلی در خانواده و بستگان سابقه‌ای از اختلال روانپزشکی گزارش نشده است. تمام فرزندان خانواده ازدواج کرده و تشکیل خانواده

تبدل‌خواهی جنسی<sup>۱</sup> در سال ۱۹۵۲ با تغییر جنسیت «جورج یورگنسن»<sup>۲</sup> به «کریستین یورگنسن»<sup>۳</sup> در میان مردم شناخته شد. انجمن روانپزشکی آمریکا اختلال هویت جنسی (GID)<sup>۴</sup> را نخست در سومین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-III)<sup>۵</sup> و در طبقه‌بندی اختلال‌های روانی-جنسی در کنار نابهنجاری جنسی<sup>۶</sup> و اختلال‌های کارکرد جنسی مطرح نمود، سپس در DSM-III-R در بخش اختلال‌هایی که معمولاً در شیرخوارگی یا نوجوانی آشکار می‌شوند جای داد و در DSM-IV آن‌را با عنوانی مستقل معرفی نمود (گرین<sup>۷</sup> و بلانچارد<sup>۸</sup>، ۲۰۰۰).

در زمینه شیوع GID آمار دقیقی در دست نیست اما به نظر می‌رسد در میان مردان شایع‌تر است، به‌طوری‌که در مردان یک در سی هزار و در زنان یک در صد هزار گزارش شده است (کاپلان<sup>۹</sup> و سادوک<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۸).

## روش

این بررسی یک مطالعه تک‌موردی به روش کیفی است.

مراجع خانمی ۴۰ ساله، مطلقه، صاحب دو فرزند، مسلمان، بی‌کار، دیپلمه، اهل و ساکن تهران بود که در آذر ماه ۱۳۸۰ از سوی پزشکی قانونی و بنا به درخواست وی برای تغییر دوباره‌ی جنسیت و بازگشت به جنسیت نخستین خویش به انستیتو روانپزشکی تهران فرستاده شد.

وی از سال ۱۳۷۶ تا ۱۳۷۹ به‌منظور تغییر جنسیت از زن به مرد، شش بار عمل جراحی از جمله اوفوروهیستکتومی، ماستکتومی<sup>۱۱</sup> دو طرفه و گذاشتن فلاپ<sup>۱۲</sup> (فالوپلاستی<sup>۱۳</sup>) را پشت سر گذاشته بود. اما پس از یک ماه میل شدیدی برای بازگشت به جنسیت اولیه خود پیدا کرد. به همین دلیل به جراح مراجعه نمود و از طریق ایشان به پزشکی قانونی معرفی شد. مراجع چهل سال پیش در خانواده‌ای زاده شد که پدر

- 1- transsexualism
- 2- George Jorgensen
- 3- Christine Jorgensen
- 4- gender identity disorder
- 5- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3<sup>rd</sup> ed).
- 6- paraphilia
- 7-Green
- 8- Blanchard
- 9- Kaplan
- 10- Sadock
- 11- mastectomy
- 12- flap
- 13- phalloplasty

داده‌اند. خانواده در وضعیت اقتصادی- اجتماعی پایینی قرار داشته است.

در هنگام پذیرش مراجع به فرزند، پدر و مادر خوانده به ترتیب ۳۴ و ۲۹ سال سن داشته، از مشکل نازایی در رنج بوده و هیچ‌گاه صاحب فرزند نشده‌اند. پدرخوانده دارای مدرک پنجم ابتدایی، کارمند، مهربان و حمایت‌کننده و مادرخوانده بی‌سواد و خانه‌دار توصیف شده است. سابقه‌ای از اختلال روانپزشکی در آنان و بستگان نزدیکشان گزارش نشده است. آنها روابط خوبی با وی داشته، کوشش در برآورده ساختن بیشتر خواست‌های وی داشته و او را در رسیدن به آرزوهایش آزاد می‌گذاشته‌اند.

در دوران کودکی مشکل‌های رشدی و رفتاری خاصی گزارش نشد. به‌طور کلی فعال و با نشاط بوده و فعالیت‌ها و بازی‌هایش همانند سایر کودکان بوده است. از ۵-۴ سالگی متوجه رفتارهای دخترانه‌ی خود شده، بازی‌های متناسب با جنس خود داشته و دوستانش را از بین دختران و پسران هم‌سن خود انتخاب می‌کرده است. به عروسک‌بازی و دوچرخه‌سواری علاقه زیادی داشته است. از آنجا که دوست داشته بیشتر وقت‌ها با پدرش همراه شود (از جمله در شکار) و از سویی احساس می‌کرده که دختر بودنش وی را محدود ساخته، گاهی آرزو می‌کرده است که ای کاش پسر می‌بود.

به مدرسه و تحصیل علاقه داشته و تا سوم راهنمایی دانش‌آموز به‌نسبت موفق بوده و بدون تجدید و مردودی به پایه‌های بالاتر آمده است. مشکل‌های انضباطی و رفتاری نداشته است. در دوم راهنمایی عادت ماهیانه شده که نسبت به آن احساس خوبی داشته و آن‌را با مادرش در میان گذاشته است. از دوران دبیرستان به تقلید رفتارهای پسرانه روی آورده، لباس‌ها، رفتارها، بازی‌ها و سرگرمی‌هایش را طوری انتخاب می‌کرده است که به پسرها شباهت بیشتری داشته باشد و دلیل آن را برتری پسرها بر دخترها و نگرش تبعیض‌آمیز جامعه می‌داند. از ویژگی‌های بدنی

خویش راضی بوده اما میل شدیدی به داشتن موقعیت برتر همانند پسرها در میان مردم داشته است. گاهی موتورسواری می‌کرده است. در دوران دبیرستان تمایلش به تحصیل کمتر شده و در سال سوم دبیرستان یک سال مردود شده اما دوره‌ی دبیرستان را به پایان رسانیده است. به‌طور کلی معاشرتی و مردم‌دار بوده، فعالیت‌های گروهی را ترجیح می‌داده و روابط پایداری با دوستانش، که از هر دو جنس بوده‌اند داشته است. سابقه‌ای از روابط جنسی و خودارضایی پیش از ازدواج گزارش نکرد. در سال سوم دبیرستان با همسرش آشنا شد و بعد از سه سال به انتخاب خود با وی ازدواج نمود. همسرش دارای دیپلم، عینک‌ساز و بدون سابقه‌ی اختلال روانپزشکی، دلسوز، مهربان، وابسته و فرمانبردار توصیف شده است. در هنگام ازدواج، هر دو ۲۲ سال سن داشته‌اند. ویژگی‌های انفعالی همسر باعث افزایش تمایل‌ها و بروز خواسته‌های برتری‌طلبی وی می‌شده و خود را ساکن‌دار و رئیس خانواده می‌دانسته، به‌طوری‌که احساس می‌کرده است باید نقش یک مرد را بازی کند. در ۲۳ سالگی در مشاجره‌ی خانوادگی یکی از بستگان که در آن زن نقش منفعلی داشته وی را زیر چتر حمایت عاطفی خود درآورده و این اتفاق تمایلش را برای ایفای نقش یک مرد تقویت کرده است. هنگامی که دارای یک پسر سه ساله و یک پسر چند ماهه بود، به‌دنبال بگومگوهایی که به‌دلیل ورشکستگی مالی با همسرش پیدا کرد، از وی طلاق گرفت. پس از یک سال به‌دلیل مراجعه‌های همسر دوباره با وی ازدواج کرد. به هر حال میل شدید به برخورداری از امکاناتی که در جامعه برای مردان وجود دارد، سبب گردید از طریق یکی از بستگان با دختر مجردی آشنا شود و با وی طرح دوستی بریزد. آن دختر به او قول ازدواج داد و وی تصمیم به تغییر دادن جنسیت خود گرفت. پس از طلاق دوباره از همسر و گذراندن بررسی‌های اولیه پزشکی و روان‌شناختی، برای ارزیابی بیشتر در یک بیمارستان آموزشی روانپزشکی بستری شد. در خلاصه‌ی پرونده‌ی آن مرکز تشخیص GID به روشنی

مطرح نشده، اما بررسی‌های بیشتر و آموزش‌های روان‌شناختی برای وی پیشنهاد شده است. او طی سه سال شش بار تحت عمل جراحی قرار گرفت. خودش این تصمیم و اقدام را ابلهانه دانسته و می‌گوید از آنجا که در زندگی‌ام بیشتر به هر آن‌چه که می‌خواسته‌ام می‌رسیدم، دوست داشتم ثابت کنم که می‌توانم به یک مرد تبدیل شوم و موقعیت‌های ویژه‌ی یک مرد را به‌دست آورم.

همسر سابق، خانواده و فرزندانش بارها کوشیدند عقیده‌ی وی را در این زمینه تغییر دهند تا این که کم‌کم وی را رها کردند. دختری که به وی وعده‌ی ازدواج داده بود پس از پایان اعمال جراحی از تصمیم خود منصرف شد. پس از طلاق، دو فرزندش با وی زندگی می‌کردند اما بعد از پایان اعمال جراحی و پوشیدن لباس‌های مردانه، روابطشان با وی محدود شده و دوست نداشته‌اند او را در بیرون از منزل همراهی کنند. سپس او احساس کرده که از نظر عاطفی در یک خلاء خود ساخته گرفتار شده، آرزویی که به دنبالش بوده سرایی بیش نبوده و غم و تنهایی بر سراسر زندگیش سایه انداخته است.

بحران مهم دیگری که وی با آن روبه‌رو شده، احساس بی‌هویتی بوده است، یعنی برخوردار نبودن از گذشته‌ای با عنوان یک مرد. به‌طوری‌که می‌گوید "من گذشته‌ای نداشتم که بخواهم درباره آن سخن بگویم و این نکته مرا پریشان می‌کند".

فراموشی اجباری گذشته‌ی خود به‌عنوان یک زن و از دست دادن رابطه‌ی عاطفی با بستگان و فرزندان باعث شدند تا دوباره تصمیم به بازگشت به جنسیت اولیه‌ی خود بگیرد. او از سال گذشته دوباره با همسرش رابطه‌ی عاطفی برقرار و زندگی در نقش یک زن را آغاز نموده است.

## یافته‌ها

مراجع در انستیتو روانپزشکی تهران بارها مورد ارزیابی‌های روانپزشکی و روانشناسی قرار گرفت که نتایج آن در زیر آمده است:

۱. ژنوتیپ: 6XXX، موافق با جنس زن طبیعی.  
۲. آزمون رورشاخ، MMPI و MCMI-II: عدم وجود اختلال؛ ویژگی‌های شخصیت وابسته با عناصر وسواسی که ویژگی‌های رایج در افراد بهنجار به ویژه زنان است و نشان‌دهنده‌ی نیازهای وابستگی و جلب توجه<sup>۱</sup> است. تحلیل محتوایی آزمون رورشاخ، دودلی<sup>۲</sup>، شک و تردید نسبت به خود، وسواس و یک رویکرد خودانتقادی<sup>۳</sup> را نشان می‌دهد که ناشی از بی‌اعتمادی است.

در پایان کمیسیون پزشکی انستیتو روانپزشکی تهران با حضور دو روانپزشک و دو روانشناس بالینی نتیجه‌ی بررسی‌ها را به شرح زیر گزارش نمود:

«نام‌برده در این مرکز مورد ارزیابی‌های روانپزشکی و روانشناسی بالینی چندی قرار گرفت. با توجه به نتایج بررسی‌ها تمایل قبلی ایشان به تغییر جنسیت، یک تعارض بارز در زمینه‌ی ارتباط با همسر، نقش همسر در زندگی و تمایل به پذیرش نقش مردانه به‌عنوان یک توانایی بوده است و نه یک اختلال هویتی که بتوان بر اساس آن جراحی را پیشنهاد نمود. بدیهی است هرگونه اقدامی که به‌طور نسبی ایشان را به وضعیت پیش از عمل جراحی برگرداند در راستای سلامت روانی نام‌برده و بهبود ساختار خانواده وی می‌باشد».

در مراجعه به پزشکی قانونی فیلم مصاحبه‌ی اولیه‌ی بیمار دوباره دیده شد و مطرح ساختن تشخیص GID با آن مصاحبه مورد تردید قرار گرفت.

## بحث

برای مطرح ساختن تشخیص GID بر اساس DSM-IV باید هر دو ملاک زیر وجود داشته باشد:  
ملاک الف: همانندسازی قوی و پیوسته با جنس مخالف، یعنی تمایل به جنس مخالف بودن یا پافشاری بر این که از جنس مخالف است. این همانندسازی با جنس مخالف نباید تنها نوعی تمایل برای کسب برتری‌های فرهنگی آن جنس باشد.

- 1- attention seeking
- 2- ambivalence
- 3- self-critical

ملاک ب: فرد باید از جنسیت خود به طور مداوم ناراحت باشد یا آن نقش جنسی را برای خود نامناسب بداند.

در بررسی حاضر چنین گرایش‌هایی در مراجع دیده نمی‌شود، بلکه میل به تغییر جنسیت در دوران مختلف با شدت و ضعف متفاوتی بروز نموده و پیوسته در حال تغییر بوده است. از سوی دیگر برخی برتری‌های جنس مرد تمایل او را برای تغییر جنسیت تشدید نموده است، بنابراین به نظر می‌رسد که معیارهای تشخیصی DSM-IV در مورد او صدق نمی‌کرده است.

دخترانی که دچار GID هستند در برابر انتقادهای پدر و مادر یا تلاش آنها برای متقاعد کردنشان در پوشیدن لباس‌های دخترانه و انجام رفتارهای دخترانه واکنش منفی شدیدی نشان می‌دهند و حتی ممکن است از رفتن به مدرسه یا ظاهر شدن در گردهمایی‌هایی که در آنها ناگزیر به پوشیدن چنین لباس‌هایی هستند خودداری کنند. آنها اغلب لباس‌ها و آرایش پسرانه را ترجیح و بیشتر غریبه‌ها آنها را به اشتباه پسر تشخیص می‌دهند. آنها دوست دارند به اسم پسرانه خطاب شوند. قهرمانان خیالی آنها مردان قدرتمندی مانند سوپرمن هستند، دوستان خود را از بین پسرها برمی‌گزینند، به بازی‌های پسرانه و ورزش‌های خشن علاقه زیادی دارند و به عروسک‌بازی و خانه‌بازی و سایر بازی‌های دخترانه تمایلی نشان نمی‌دهند (مگر آنکه در آنها نقش پدر یا یک مرد را بازی کنند). در بزرگسالان دچار GID مشغولیت ذهنی با آرزوی از جنس مخالف بودن وجود دارد که ممکن است به صورت میل شدید برای پذیرفتن نقش اجتماعی جنس دیگر یا ایجاد تغییرات جسمانی به کمک هورمون یا جراحی برای کسب ظاهر جنس دیگر بروز کند و از اینکه دیگران یا اجتماع او را در نقش جنسی اصلی‌اش بپذیرند ناراحت می‌شوند، به درجه‌های مختلف پوشش و رفتار جنس دیگر را بر می‌گزینند، زمان زیادی را صرف تغییر لباس و ظاهر و تمرین رفتار جنس مقابل می‌نمایند و در مجامع عمومی تلاش می‌کنند به عنوان جنس دیگر ظاهر شوند. فعالیت

جنسی آنها با شریک جنسی طوری محدود می‌شود که ترجیح می‌دهند همسر آلت تناسلی‌شان را نبیند و لمس نکند. از نظر گرایش جنسی<sup>۱</sup> در مردان دچار GID هر چهار نوع گرایش داشتن رابطه جنسی با مرد، زن، هردو یا هیچ کدام دیده می‌شود اما در زن‌های مبتلا به GID این گرایش بیشتر به سمت زنان است (انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۲</sup>، ۱۹۹۴).

اختلال‌های شخصیت در مردان مبتلا به GID شایع‌تر از زنان دچار این اختلال است. گروهی دچار اختلال شخصیت خود شیفته<sup>۳</sup> یا مرزی<sup>۴</sup> هستند (گرین و بلانچارد، ۲۰۰۰). آزمون‌های روان‌شناختی ممکن است همانندسازی با رفتارهای جنس مخالف را نشان دهند. در مراجعان درمانگاهها شروع GID ممکن است از ۲ تا ۴ سالگی گزارش شود، اما شمار اندکی از آنها ملاک‌های GID را در نوجوانی و بلوغ خواهند داشت، در حالی که سیر GID در بزرگسالان بیشتر مزمن است (همان‌جا) و بیشتر بزرگسالانی که تشخیص GID برای آنها مطرح می‌شود در دوران کودکی ملاک‌های GID را داشته‌اند (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۸).

غلبه بر دودلی موجود پیرامون جنس<sup>۵</sup> فرد به دلیل عامل‌های انگیزشی و شناختی مؤثر بر آن ممکن است مشکل باشد. انگیزه‌ی تغییر جنسیت هنگامی آشکار می‌شود که فرد از سوگیری‌های جامعه نسبت به جنس مرد و زن آگاه شود. به بیان دیگر دودلی و تردید در این مورد در کشورهایی که در آنها زنان از موقعیت اقتصادی و اجتماعی بهتری برخوردارند کمتر به چشم می‌خورد (انگر<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱).

در درمان نوجوانان دچار GID نباید تا پیش از ۱۸ سالگی تغییر جنسیت انجام شود (مینبرگ<sup>۷</sup>، ۱۹۹۹). درمان هورمونی نخستین گام در این زمینه است. هرچند که به دلیل آسیب‌شناسی روانی این افراد، بهتر است

1- sex orientation

2- American Psychiatric Association

3- narcissistic personality disorder

4- borderline personality disorder

5- gender

6- Unger

7- Meyenburg

در نایب مقاله صمیمانه سپاسگزاری و قدردانی می‌گردد.

### منابع

- American Psychiatric Association(1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed.) Washington, DC: A.P.A.
- Green,R.,& Blanchard,R. (2000). Gender identity disorders. In B.J.Sadock, V.A.Sadock (Eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Kaplan,H.I.,& Sadock,B.J.(1998). *Synopsis of psychiatry*, Baltimore: Williams and Wilkins.
- Marks,I.,Green,R.,& Mataix Cois, D.(2000). Adult gender identity disorder can remit. *Comprehensive Psychiatry*, 4, 235-237.
- Meyenburg,B.(1999). Gender identity disorder in adolescence. *Adolescence*, 34 305-313.
- Smith, Y.L., Van Goozen, S.H., & Cohen-Kettenis, P. T.(2001). Adolescents with GID who were accepted or rejected for sex reassignment surgery. *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 40, 391.
- Unger,R.K.(2001). *Handbook of the psychology of women and gender*, New York: John Wiley & Sons, Inc.

این درمان به سادگی و شتاب‌زدگی انجام نشود (اسمیت<sup>۱</sup>، وان‌گزن<sup>۲</sup> و کوهن-کتنیس<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱). برخی بیماران از درمان هورمونی خشنودند و نیازی به درمان جراحی احساس نمی‌کنند (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۸).

گام دوم، درمان جراحی است. اما پیش از هرگونه اقدام جراحی بهتر است این افراد به مدت طولانی در نقش جنسی مقابل زندگی کرده باشند<sup>۴</sup> (مارکس<sup>۵</sup>، گرین و متاکس کیس<sup>۶</sup>، ۲۰۰۰). همه‌ی کلینیک‌های بزرگ GID در آمریکای شمالی و اروپای غربی از بیمارانشان می‌خواهند که پیش از جراحی تغییر جنسیت، نقش جنس مخالف را به صورت تمام وقت برای حدود ۱ تا ۲ سال بپذیرند. حتی در این نقش جدید شغل درآمدزایی برای خود پیدا کنند یا وارد صحنه‌های اجتماعی شوند (گرین و بلانچارد، ۲۰۰۰). گروهی از این بیماران ممکن است پس از قرار گرفتن در این محیط دریابند که داشتن رابطه با دوستان و بستگان در نقش جدید ناراحت‌کننده است و در نتیجه در تصمیم خود تجدیدنظر کنند (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۸). با رعایت این اصول، بیشتر مراجعان خواهان تغییر جنسیت، پس از جراحی از تصمیمی که گرفته‌اند راضی خواهند بود (گرین و بلانچارد، ۲۰۰۰).

بنابراین چنانچه نکته‌ها و معیارهای تشخیصی بیان شده در مورد مراجع با دقت بیشتری به کار برده می‌شد و از تصمیم‌گیری شتابزده در مورد جراحی تغییر جنسیت وی خودداری می‌گردید، چه بسا پس از مدتی نیاز به جراحی یادشده نداشت.

### سپاسگزاری

با سپاس از استاد ارجمند جناب آقای دکتر فریدون مهرابی که در نگارش مقاله راهنمایی‌های ارزنده‌ای ارائه نمودند. هم‌چنین از سرکار خانم بنفشه غرایبی، گروه محترم روانپزشکی و روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی ایران و کارکنان درمانگاه انسیتو روانپزشکی تهران به دلیل همکاری در اجرای پژوهش و سرکار خانم‌ها شهناز کریمی و مریم ماهرویی به‌خاطر همکاری