

Comparison of self-harm and defense mechanisms in individuals with Gender Identity Disorder before and after sex reassignment surgery

Khanipour, *H., Nemati, M., Mohammadi. A.

Abstract

Introduction: Individuals with gender identity disorder (GID) experience series of adjustment problems in society before and after sex reassignment surgery. The aim of this study was to compare self-harm and defense mechanisms before and after sex reassignment surgery in these persons.

Method: We used a case- control design, in quantitative stage 30 people with GID before surgery and 30 people with GID after surgery and normal people were investigated.

Results: Data analysis by a Multivariate analysis of variance were shown decreased trend of directly self-harm behaviors after surgery, whereas there were not any differences in indirect self-harm behaviors before and after surgery. No differences was found in neurotic and mature defense mechanisms between groups.

Conclusion: It seem that the sex reassignment surgery could effectively decrease the directly self-harm and immature defense mechanisms, while it has no effect in changing indirect self-harm, neurotic and mature defense mechanisms. It could be concluded that indirect self-harm sustains even after sex reassignment surgery that need to be targeted with psychological and social interventions. Changing in the immature defense mechanisms could be considered as a valid indicator of physical and psychological treatments.

Keywords: Gender identity disorder, Sex reassignment surgery, Self-harm, Defense mechanism.

*Correspondence E-mail:
Khanipur.hamid@gmail.com

مقایسه خود آسیب رسانی و مکانیسم‌های دفاعی در افراد با اختلال هویت جنسی قبل و بعد از عمل جراحی تغییر جنسیت

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۲/۱۶

تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۹/۲۹

حمید خانی‌پور*، مهسا نعمتی**، علی محمدی***

چکیده

مقدمه: افراد با اختلال هویت جنسی قبل و بعد از عمل مشکلات زیادی در زمینه سازگاری با محیط اجتماعی دارند. هدف این پژوهش مقایسه میزان رفتارهای خود آسیب‌رسانی و مکانیسم‌های دفاعی در دوره قبل و بعد از عمل تغییر جنسیت است. **روش:** با روش علی مقایسه ای ۳۰ فرد با اختلال هویت جنسی قبل از عمل، ۳۰ نفر بعد از عمل و ۳۰ نفر افراد عادی با هم مقایسه شدند **یافته‌ها:** نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد پس از عمل میزان خودآسیب‌رسانی مستقیم کاهش می‌یابد؛ اما تفاوتی در خودآسیب‌رسانی غیر مستقیم به وجود نمی‌آید. میزان استفاده از مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته در افراد عمل کرده به صورت معنی‌داری کمتر از گروه عمل نکرده است. تفاوتی به لحاظ مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته و روان رنجور بین افراد عمل کرده و عمل نکرده وجود ندارد.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد عمل تغییر جنسیت در کاهش رفتارهای خود آسیب رسانی مستقیم و کاهش میزان استفاده از مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته مؤثر است اما عمل تغییر جنسیت در کاهش رفتارهای خودآسیب رسانی غیرمستقیم و تغییر مکانیسم‌های دفاعی روان رنجور و رشد یافته مؤثر نیست. می‌توان نتیجه‌گیری کرد که رفتارهای خود آسیب‌رسانی غیر مستقیم پس از عمل باقی می‌ماند که غلبه بر آنها احتمالاً به مداخله‌های روانی و اجتماعی نیاز دارد و تغییر مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته می‌تواند شاخصی معتبر در سنجش اثر بخشی مداخلات زیستی و روانی به حساب آید.

واژه‌های کلیدی: اختلال هویت جنسی، عمل تغییر جنسیت، خودآسیب رسانی، مکانیسم‌های دفاعی.

Khanipur.hamid@gmail.com

Mahsa.nemati1992@gmail.com

a.mohamadi093@gmail.com

* نویسنده مسئول: استادیار، گروه مطالعات روانشناسی موسسه تحقیقات تربیتی روان شناختی و اجتماعی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

** کارشناس ارشد روان شناسی بالینی مرکز مداخله در بحران اداره بهزیستی قزوین، قزوین، ایران

*** گروه تحقیق و پژوهش اداره آموزش و پرورش قزوین، قزوین، ایران

مقدمه

اختلال هویت جنسیتی که با نام‌های دیگری مانند ملال جنسیتی^۱ و تراجنسی^۲ نیز شناخته می‌شود، حالتی است که فرد به دلیل نارضایتی از جنسیت زیستی، خود را با ویژگی‌های جنس دیگر تعریف می‌کند؛ نقش جنسیتی خود را در زندگی اجتماعی متناسب با ادراک خود از جنسیتش نمی‌داند و به دنبال تغییر جنسیت خود از روش‌های مختلفی مانند درمان‌های هورمونی و جراحی تغییر جنسیت است (۱). افرادی که با این اختلال درگیرند با مشکلات زیادی در حوزه‌های مختلف زندگی اعم از خانواده، شغل و تحصیل مواجه‌اند و همبودی اختلال‌های اضطرابی و خلقی در این افراد بیشتر از افراد عادی است (۲). علاوه بر این حتی سال‌ها پس از عمل تغییر جنسیت برخی از مشکلات مربوط به سلامتی این افراد باقی می‌ماند. در یک مطالعه طولی ده ساله مشخص شد که در بسیاری از شاخص‌های سلامت جسمانی، سلامت روانی و ادراک محدودیت‌های اجتماعی به صورت کلی رضایت افراد عمل کرده بدتر از افراد عادی است (۳). در کل شواهد درباره تأثیر عمل جراحی تغییر جنسیت متناقض است؛ برخی از افراد پس از عمل، سازگاری روان‌شناختی‌شان بیشتر می‌شود و کیفیت زندگی بهتری به دست می‌آورند؛ اما برخی دیگر از افراد دچار پسرفت شده و مشکلات روان‌شناختی‌شان فزون‌تر می‌شود (۴). رفتارهای خود آسیب‌رسانی و مکانیسم‌های دفاعی دو شاخص کلی مرتبط با سازگاری روان‌شناختی به حساب می‌آیند که می‌توانند نشان دهند افراد از چه روش‌هایی برای کنار آمدن با مشکلات و هیجان‌های منفی‌شان استفاده می‌کنند و به چه میزان آشفتگی هیجانی را تجربه می‌کنند. خود آسیب‌رسانی به دو دسته مستقیم و غیرمستقیم تقسیم بندی می‌شود. خود آسیب‌رسانی مستقیم به رفتارهایی اشاره دارد که فرد در آن به طور مستقیم به بافت‌های بدن خود آسیب می‌زند و انگیزه آگاهانه آسیب به خود دارد مانند خود آسیب‌رسانی بدون خودکشی^۳، اقدام خودکشی و سوزاندن بخش‌های مختلف بدن؛ در مقابل منظور از خود آسیب‌رسانی غیرمستقیم، رفتارهایی است که در آنها اثر صدمه و آسیب بعدها مشخص می‌شود و ممکن است که فرد به صورت آگاهانه انگیزه آسیب زدن به خود را نداشته باشند مانند خطرجویی، سوء مصرف مواد و رفتارهای

پرخطر جنسی (۵). این طبقه‌بندی خودآسیب‌رسانی در تحقیق‌های جدیدتر نیز مورد تأیید قرار گرفته است (۶). مطالعه‌ای بر روی ۱۵۵ نفر از افراد با اختلال هویت جنسی در کشور بلژیک نشان داد که در ۳۶٪ از این افراد سابقه رفتارهای خود آسیب‌رسانی مستقیم از نوع خودجراحی بدون خودکشی وجود دارد (۷). همچنین نتایج یک مطالعه مرور نظامند بر روی ۳۱ مقاله ای که در این حوزه چاپ شده بودند نیز نشان داده است که میزان نرخ رفتارهای خود جراحی بدون خودکشی و اقدام خودکشی در این گروه از افراد در تمام مراحل اختلال هم قبل و هم بعد از عمل تغییر جنسیت بیشتر از افراد عادی است (۸). با این که اطلاعات توصیفی در این باره زیاد است؛ اما در اغلب مطالعات تمایزی بین فراوانی این رفتارها در افراد عمل کرده و نکرده مشاهده نمی‌شود. خود آسیب‌رسانی به ویژه از نوع مستقیم در اختلال‌های مختلفی اعم از اختلال شخصیت مرزی، اختلال افسردگی اساسی، اختلال استرس پس آسیبی هم دیده (۹) و می‌تواند با انگیزه‌های مختلفی مانند تنظیم هیجانی و یا غلبه بر حالت‌های تجزیه‌ای رابطه داشته باشد (۱۰، ۱۱). بررسی تجربه خود آسیب‌رسانی در افراد با اختلال هویت جنسی می‌تواند اطلاعاتی را درباره ماهیت این رفتار در یک گروه دیگر از اختلالات روانی نشان دهد.

مفهوم‌سازی‌های مختلفی از مکانیسم‌های دفاعی در نظریه‌های روانکاوی و روابط موضوعی^۴ وجود دارد. با این حال تقریباً در اغلب نظام‌های تحلیلی فهرست مکانیسم‌های دفاعی یکسان در نظر گرفته شده است و آن‌ها را روش‌های نیمه‌هشیارانه‌ای در نظر گرفته‌اند که پایگاه روانی این‌گونه برای مقابله با تعارض‌های هیجانی یا روبرو شدن با عوامل استرس‌زای محیطی از آن استفاده می‌کند (۱۲). در یک تقسیم‌بندی کلی، ویلاننت، بوند و ویلاننت (۱۳) مکانیسم‌های دفاعی را به چهار سطح آسیب‌شناختی، رشدنیافته، روان‌رنجور و رشد یافته تقسیم‌بندی کرده است. با توجه به فراوانی بالای اختلال‌های شخصیت به ویژه از

1- gender dysphoria
2- transsexualism
3- nonsuicidal self-injury
4- object relation theory
5- ego

تحلیل واریانس چند متغیره و آزمون‌های تعقیبی استفاده شد.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری در این تحقیق شامل همه افراد دچار اختلال هویت جنسی و افراد عادی همتای آنها بود. تعداد اعضای نمونه در این پژوهش شامل ۹۰ نفر بودند که در ۳ گروه افراد با اختلال هویت جنسی قبل از عمل تطبیق جنسیت (شامل ۳۰ نفر، ۱۰ مرد و ۲۰ زن) و افراد با اختلال هویت جنسی بعد از عمل تطبیق جنسیت (شامل ۳۰ نفر، ۲۳ مرد و ۷ زن) و افراد سالم (شامل ۳۰ نفر، ۱۱ مرد و ۱۹ زن) دسته بندی شدند. اعضای نمونه شامل افرادی بودند که تأییدیه رسمی مبنی بر تراجنسیتی بودن از مراکز قانونی داشتند. روش نمونه گیری مورد استفاده به صورت گلوله برفی بود. به این صورت که از افراد و نمونه‌های در دسترس خواسته شد اگر افرادی را می‌شناسند که دچار اختلال هویت جنسی بوده و دارای تأییدیه رسمی از روانپزشک و روانشناس هستند و در مراحل قبل یا بعد عمل قرار دارند و همچنین حاضر به همکاری می‌باشند، معرفی نمایند.

ابزار

۱- پرسشنامه سبک‌های دفاعی: این پرسشنامه برای ارزیابی سبک‌های دفاعی به کار می‌رود. این پرسشنامه براساس الگوی سلسله مراتبی دفاع‌ها ساخته شده است. این آزمون شامل ۴۰ سوال بوده و ۲۰ مکانیزم دفاعی را در سه سطح رشد یافته، روان رنجور و رشد نیافته ارزیابی می‌کند و نمره گذاری آن به صورت لیکرت ده درجه ای از ۰ تا ۹ است (۱۶). در سطح رشد نیافته ۱۲ مکانیزم دفاعی از جمله دلیل تراشی، فرافکنی، انکار، همه‌کارخوانی، نازلنده‌سازی، گذار به عمل، بدنی سازی، خیال پردازی اوتیستیک، تجزیه، پرخاشگری منفعلانه، جابه‌جاسازی، مجزاسازی و در سطح رشد یافته ۴ مکانیزم دفاعی شامل فرونشانی، والایش، شوخ طبعی، پیش‌بینی و نیز در سطح روان آزاده ۴ مکانیزم دفاعی شامل دیگر دوستی کاذب، تشکل واکنشی، عقلانی سازی، ابطال را ارزیابی می‌کند. اعتبار^۱ و پایایی^۲ این پرسشنامه در نمونه ایرانی بر روی گروه‌های دانشجویان و دانش‌آموزان شهر تهران مورد بررسی قرار گرفته است و

نوع خودشیفته و اختلال شخصیت نمایشی در این افراد (۱۴) و با توجه به رابطه اختلال‌های شخصیت و مکانیسم‌های دفاعی، بررسی مکانیسم‌های دفاعی در این افراد می‌تواند بینش‌های جدیدی درباره روان‌پدیدی اختلال هویت جنسی و نقش این شاخص‌ها در غربالگری بیماری‌های روانی این افراد داشته باشد. یافته‌ها در این باره نشان داده است به صورت کلی در مردانی که خواستار تغییر جنسیت از مرد به زن هستند، میزان استفاده از سبک‌های دفاعی ناسازگارانه و رشد نیافته مانند فرافکنی، دوپاره سازی و خیال پردازی بیشتر از مردان بدون این اختلال است؛ اما در زنانی که خواستار تغییر جنسیت به مرد هستند، تفاوتی از لحاظ مکانیسم‌های دفاعی با زنان بدون این اختلال وجود ندارد (۱۵). همچنین بین مکانیسم‌های دفاعی و آمادگی ابتلا به آسیب‌های روانی رابطه وجود دارد و این رابطه در افرادی که خواستار تغییر جنسیت به زن هستند، بیشتر است (۱۵). با این حال هنوز معلوم نیست آیا نوع مکانیسم‌های دفاعی افراد مبتلا به این اختلال قبل و بعد از عمل متفاوت است یا خیر. به دلیل آن که بسیاری از افرادی که عمل تغییر جنسیت انجام می‌دهند، پس از عمل طرد می‌شوند و اطلاعات ما درباره تأثیر این عمل بر روی نشانه‌هایی مانند رفتارهای خود آسیب‌رسانی قبل و بعد از عمل محدود است، ضروری است از این جنبه از زندگی این دسته از افراد آگاهی کسب کنیم. علاوه بر این، یکی از سوالات مهیج درباره این نوع روش‌های جراحی این است که آیا همراه با جنسیت، شخصیت فرد هم تغییر می‌کند. اگر مکانیسم‌های دفاعی را شاخصی از پویایی شخصیت در نظر بگیریم، آن‌گاه با انجام این پژوهش به این سوال می‌توانیم بهتر پاسخ دهیم که عمل تغییر جنسیت می‌تواند پویایی شخصیتی را در این گروه از افراد تغییر دهد یا خیر. بر این اساس هدف این پژوهش مقایسه مکانیسم‌های دفاعی، فراوانی خود آسیب‌رسانی در افراد با اختلال هویت جنسی قبل و بعد از عمل است.

روش

طرح پژوهش: طرح این پژوهش از نوع طرح‌های علی مقایسه‌ای است. برای تجزیه و تحلیل داده‌های کمی از آزمون‌های خی دو، همبستگی توافقی، آزمون تجزیه و

1- validity
2- reliability

هویت جنسی داشته باشد؛ ۲- فرد در نوبت عمل قرار داشته باشد و یا دارای پرونده فعال در نهادهای مرتبط با تغییر جنسیت باشد؛ ۳- رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش. ملاک‌های انتخاب گروه سوم از این قرار بود: ۱) هویت جنسیتی با جنسیت زیستی، طبق گفته خود شرکت‌کننده همخوان باشد؛ ۲) رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش. نمونه‌ها اغلب از مراجعین کلینیک اختلالات جنسی انیستو روانپزشکی ایران بودند. با توجه به این که بررسی مسائل این افراد پیچیدگی‌های فرهنگی خاص خود را دارد، در این روش غیر از مراجعه‌کنندگان به کلینیک، از روش نمونه‌گیری گلوله برفی هم استفاده شد. هر یک از این افراد در شبکه‌های اجتماعی مجازی خاص نیز عضو بودند و از این مسیر هم برای نمونه‌گیری استفاده شد. اطلاعیه شرکت در پژوهش در این گروه‌ها هم قرار داده می‌شد و از افرادی که به صورت حضوری در پژوهش شرکت داشتند، خواسته می‌شد در صورت امکان، افراد دیگری را که وضعیتی مشابه خود داشتند، برای همکاری به پژوهش دعوت کنند. پس از شناسایی اعضای نمونه، هدف پژوهش با آنها در میان گذاشته شد و در صورت رضایت داشتن برای شرکت در پژوهش، پرسشنامه‌ها روی این افراد اجرا شد. شیوه جمع‌آوری داده‌ها از لحاظ زمانی به صورت مقطعی بود و در یک بازه زمانی چهار ماهه داده‌ها جمع‌آوری شدند. در نهایت، داده‌ها از ۹۰ نفر شامل سه گروه ۳۰ نفری جمع‌آوری شد. در تمام مراحل پژوهش سعی بر محرمانه نگه داشتن اطلاعات شرکت‌کنندگان بود و در مواقعی که افراد گروه اول و دوم نیاز به کمک‌های روانشناختی یا مددکاری اجتماعی داشتند، شرایط برای برقراری ارتباط با مراکز خدمات‌رسان در این حوزه‌ها برای این افراد فراهم می‌شد.

یافته‌ها

به لحاظ جمعیت شناختی، شرکت‌کنندگان پژوهش ۴۶ (۵۲٪) نفر مرد و ۴۴ (۴۸٪) نفر زن بودند. در گروه کنترل ۱۹ زن و ۱۱ مرد حضور داشتند. در گروه عمل‌نکرده ۱۰ مرد بودند که خواهان جنسیت زنانه بودند و ۲۰ نفر هم زنانی بودند که خواهان تغییر جنسیت به مرد بودند و در گروه عمل‌کرده نیز ۲۳ نفر تغییر جنسیت داده شده از زن به مرد و ۷ نفر از گروه زن به مرد بودند. از لحاظ سطح

پایایی آن به روش آلفای کرونباخ در دامنه ای از ۰/۷۸ تا ۰/۸۱ محاسبه شده است (۱۷). بررسی پایایی این آزمون با استفاده از روش همسانی درونی مقدار آلفای ۰/۶۵ را به دست داد و همین‌طور در مطالعه حاضر، ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های مکانیسم‌های دفاعی روان‌آزده ۰/۶۴، رشد نیافته ۰/۶۵ و برای خرده‌مقیاس مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته ۰/۶۹ به دست آمد.

۲- فهرست بررسی رفتارهای خود آسیب‌رسانی: این ابزار ۲۲ سوال تشکیل شده است، که رفتارهای خود آسیب‌رسانی مستقیم و غیر مستقیم را مورد بررسی قرار می‌دهد. این ابزار رفتارهای خود آسیب‌رسانی مستقیم را (یعنی بریدن، سوزاندن، اقدام به خودکشی و...) که توأم با آسیب فوری همراه هستند و رفتارهای خودآسیب‌رسانی غیر مستقیم (یعنی سوء مصرف داروهای غیر قانونی، راندگی پرخطر، رفتارهای جنسی پرخطر و...) را می‌سنجد. نمره بالا نشان‌دهنده شدت و فراوانی بیشتر رفتارهای خود آسیب‌رسانی است. نمره گذاری به صورت بلی/خیر است. مطالعات مختلف از اعتبار و پایایی این ابزار حمایت کرده‌اند (۵). در چندین پژوهش تاکنون از این ابزار برای اندازه‌گیری خود آسیب‌رسانی مستقیم و غیر مستقیم استفاده شده است و شواهد درباره ویژگی‌های روانسنجی آن قابل قبول بوده است (۱۹، ۱۸۶). اجرای آزمون آلفای کرونباخ روی نمره کلی شرکت‌کنندگان در این آزمون میزان ضریب پایایی همسانی درونی را ۰/۸۱ نشان داد.

روند اجرای پژوهش: برای انجام این پژوهش از یک طرح علی‌مقایسه‌ای استفاده شد و براساس ملاک‌های مشخص‌کننده این نوع طرح‌ها، سه گروه در نظر گرفته شد. گروه اول برای افراد با اختلال هویت جنسی بود که عمل تغییر جنسیت را انجام داده بودند، گروه دوم افراد با اختلال هویت جنسی بودند که هنوز عمل نکرده بودند و گروه سوم افرادی بودند که این وضعیت را نداشتند. ملاک‌های ورود برای گروه اول عبارت بودند از ۱- فرد حداقل ۲ سال پرونده پزشکی برای عمل داشته باشد؛ ۲- همه مراحل عمل پشت سرگذاشته شده باشد و جنسیت به صورت کامل تغییر کرده باشد؛ ۳- رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش. ملاک‌های انتخاب گروه دوم عبارت بودند: ۱- آن فرد از سوی روانپزشک، تشخیص اختلال

تحصیلات ۳۹ نفر دیپلم، ۱۶ نفر فوق دیپلم، ۲۹ نفر لیسانس و ۶ نفر تحصیلات فوق لیسانس داشتند. فراوانی رفتارهای مرتبط با خود آسیب‌رسانی مستقیم نشان می‌دهد در ۲۷ نفر از ۳۰ نفر گروه عمل‌نکرده یکی از این رفتارها وجود دارد، اما در گروه عمل‌کرده ۶ نفر از ۳۰ نفر سابقه خود آسیب‌رسانی مستقیم را بعد از عمل گزارش کردند. برای بررسی ارتباط فراوانی خود آسیب‌رسانی با عضویت در گروه‌های سه‌گانه از آزمون خی دو و جدول توافقی استفاده شد که این تفاوت معنی‌دار بود ($p < 0.01$ ، $\chi^2 = 0.591$ ، دو، $p < 0.01$) همچنین در حوزه رفتارهای خودآسیب‌رسانی غیر مستقیم فراوانی این رفتار در هر دو گروه عمل‌کرده و عمل‌نکرده به یک اندازه بود و ۲۸ نفر از ۳۰ نفر در هر دو گروه سابقه یکی از انواع رفتارهای خود آسیب‌رسانی را داشتند ($p > 0.05$ ، $\chi^2 = 0.395$ ، دو، $p > 0.05$).

برای مقایسه نوع مکانیسم‌های دفاعی از آزمون تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. ابتدا پیش فرض‌های این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف از نرمال‌بودن توزیع داده‌ها برای متغیرهای مرتبط با مکانیسم‌های دفاعی حمایت می‌کند. مقدار ضرایب کولموگروف-اسمیرنوف برای سبک‌های دفاعی روان‌آزرده، رشد یافته و رشد نیافته به ترتیب معادل

جدول ۱) آزمون چند متغیره لامبدای ویلکز

مقدار	F	df	معناداری	مجذور اتا
۰/۸۶	۲/۱۵	۶	۰/۰۴	۰/۰۷۱

براساس شاخص لامبدای ویلکز می‌توان گفت که تفاوت سه گروه براساس آزمون تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیره در مکانیسم‌های دفاعی بین سه گروه متفاوت است.

برای مقایسه نوع مکانیسم‌های دفاعی از آزمون تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. ابتدا پیش فرض‌های این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف از نرمال‌بودن توزیع داده‌ها برای متغیرهای مرتبط با مکانیسم‌های دفاعی حمایت می‌کند. مقدار ضرایب کولموگروف-اسمیرنوف برای سبک‌های دفاعی روان‌آزرده، رشد یافته و رشد نیافته به ترتیب معادل

جدول ۲) تحلیل واریانس چند متغیره برای مقایسه مکانیسم‌های دفاعی در سه گروه

منابع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر
گروه	آزرده	۲۷/۸۲۲	۲	۱۳/۹۱۱	۰/۱۶۸	۰/۸۴	۰/۰۰۴
	رشدیافته	۴۹۶/۶۸۹	۲	۲۴۸/۳۴۴	۲/۸۵۹	۰/۰۶۳	۰/۰۶۲
	رشدنا یافته	۳۲۲۱/۲۶۷	۲	۱۶۱۰/۶۳۳	۳/۶۱۸	۰/۰۳۱	۰/۰۷۷

مقایسه گروه‌ها در هر یک از انواع مکانیسم‌های دفاعی در گروه‌های سه‌گانه با آزمون تجزیه و تحلیل واریانس نشان داد که تفاوت سه گروه در مکانیسم دفاعی رشد نیافته، معنادار است. ($P = 0.031$ ، $F = 3.618$)، مقایسه دو به دوی گروه‌ها با آزمون توکی نشان داد مقدار استفاده مکانیسم‌های دفاعی رشدنا یافته در افراد عمل‌کرده کمتر از گروه عمل‌نکرده است ($14/2667$ - اختلاف میانگین‌ها، $0.02 = p$)، همچنین این میزان در افراد عمل‌کرده حتی از افراد

عادی هم کمتر است اما تفاوت معنی‌دار نیست ($4/23333 =$ اختلاف میانگین‌ها، $p = 0.718$)، در سایر مکانیسم‌های دفاعی نیز وضعیت از این قرار بود که در مکانیسم‌های دفاعی روان‌رنجور میانگین گروه کنترل اختلاف اندکی با گروه عمل‌نکرده داشت ($0.2 =$ اختلاف میانگین‌ها، $p = 0.996$)؛ اما در گروه عمل‌کرده میزان استفاده از این مکانیسم‌های روان‌رنجور هم از گروه افراد عادی ($1/2667 -$ اختلاف میانگین‌ها، $p = 0.996$) و هم افراد عمل‌نکرده

کمتر بود ($-1/0.667 =$ اختلاف میانگین ها، $p = 0/892$)، اما تفاوت‌ها به لحاظ آماری معنی‌دار نبود. از لحاظ مکانیسم دفاعی رشدیافته نیز میانگین گروه عادی بیشتر از گروه عمل کرده بود ($1/966 =$ اختلاف میانگین ها، $P = 0/69$) و میانگین گروه عمل کرده نیز بیشتر از عمل‌نکرده بود اما این تفاوت‌ها معنی‌دار نبود ($3/70 =$ اختلاف میانگین ها، $P = 0/279$).

بحث

هدف این پژوهش مقایسه شاخص‌های مرتبط با سلامت هیجانی (خودآسیب‌رسانی) و شخصیتی (مکانیسم‌های دفاعی) در افراد با اختلال هویت جنسی قبل و بعد از عمل جراحی جنسیت با افراد عادی بود. براساس یافته‌های این پژوهش میزان رفتارهای خودآسیب‌رسانی مستقیم مانند بریدن اندام‌های بدن، سوزاندن بدن، کوبیدن سر به دیوار و مواردی از این نوع در افراد با اختلال هویت جنسی در دوره پیش از عمل بیشتر از افرادی است که عمل کرده‌اند؛ اما این مساله درباره فراوانی رفتارهای خودآسیب‌رسانی غیر مستقیم صدق نمی‌کرد؛ این نوع رفتارها به یک میزان قبل و بعد از عمل وجود دارد. این یافته که میزان خودآسیب‌رسانی مستقیم پس از عمل کاهش می‌یابد همسو با پژوهش‌هایی است که بهبود کیفیت زندگی را در افراد پس از عمل گزارش کرده‌اند (۴). تغییر نکردن فراوانی رفتارهای خودآسیب‌رسانی غیر مستقیم در افراد پس از عمل از آن دسته از مطالعاتی که نشان داده‌اند شاخص‌های سلامت روانی افراد با اختلال هویت جنسی پس از عمل تغییر نمی‌کند همخوانی دارد (۳). توجه خودآسیب‌رسانی مستقیم قبل از عمل احتمالاً نارضایتی است که فرد از ناهمخوانی جنسیت فیزیکی و ادراک شده خود دارد که با عمل جراحی از فراوانی این رفتارها کاسته می‌شود. در زیربنای خودآسیب‌رسانی دو انگیزه درون‌فردی و بین‌فردی قرار دارد و مکانیسم‌تداوم خودآسیب‌رسانی براساس پژوهش‌های حوزه رفتاری تقویت منفی است (۹). به عبارت دیگر تنظیم هیجانی و اعتراض به محیط آزارسان که از دلایل اصلی خودآسیب‌رسانی شناسایی شده است، در این دسته از افراد نیز نقش دارد (۲۰). یعنی افرادی که خودآسیب‌رسانی انجام می‌دهند یا برای رهایی از هیجان‌های منفی از این روش استفاده می‌کنند، و یا هدفشان ابراز یک ناراحتی به اطرافیان‌شان از طریق انجام عملی

است که هزینه زیادی برای خودشان دارد، می‌باشد. این تبیین‌ها با وضعیت‌های عدم پذیرش و انگ‌شماری این افراد در جامعه همخوانی دارد و احتمالاً عمل جراحی تا حدودی با کم کردن از فشارهای درون روانی منجر به کاهش خودآسیب‌رسانی مستقیم می‌شود. اگر چه در طبقه‌بندی جدید راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی-ویراست پنجم^۱ خودآسیب‌رسانی جزو نشانگان خودجراحی بدون خودکشی تقسیم‌بندی شده است (۱)؛ اما در سایر تشخیص‌ها نیز این نشانه‌ها وجود دارد، چنان که یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد در افراد با اختلال هویت جنسی نیز این گونه رفتارها وجود دارد، با بررسی خودآسیب‌رسانی در اختلال‌های مختلف می‌توانیم به فرایندهای مشترک یا اختصاصی که در پدیدایی خودآسیب‌رسانی نقش دارند بیشتر پی ببریم. درباره علت و تداوم خودآسیب‌رسانی نیز در این گروه از افراد می‌توان بیان کرد خودآسیب‌رسانی هم پیامد تحول نیافتن مهارت‌های تنظیم هیجانی است و هم خودش راهی ناسازگارانه برای تنظیم هیجان‌ها است و درباره دلیل به‌کارگیری بیشتر این روش در افراد با اختلال هویت جنسی این نظریه وجود دارد که انتخاب روش‌های تنظیم هیجانی به میزان زیادی با تصویری که فرد از خویشتن دارد همخوانی دارد (۲۱) و در این گروه از افراد به دلیل آسیب دیدن تصور از خود و عدم پذیرش خود انتظار هم می‌رود از روش‌های ناسازگارانه‌تری مانند خودآسیب‌رسانی برای تنظیم هیجان‌ها استفاده شود. از طرفی باقی ماندن خودآسیب‌رسانی غیرمستقیم پس از عمل نشان می‌دهد فرایندهای دیگری در زیربنای مشکلات این گروه از افراد وجود دارد که نیاز به مداخلات تخصصی غیر از درمان‌های فیزیکی و جراحی است. رفتارهای خودآسیب‌رسانی غیر مستقیم، گروهی از رفتارها مانند رفتار پرخطر جنسی، مصرف مواد و الکل، عادت‌های ناسازگارانه خورد و خوراک و عدم مراقبت از سلامت فیزیکی خود است (۵). درباره این رفتارها چندین تبیین وجود دارد، تبیین اول این است که این نشانه‌ها را بخشی از نشانه‌های اختلالات شخصیت مانند اختلال شخصیت مرزی در نظر بگیریم که شیوع آن در افرادی که خودجراحی می‌کنند بیشتر از افراد عادی است (۱۰) و تبیین دوم این

1- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (5th) Ed. DSM-5

است که به دلیل تجربه طرد و انگ خوردن در اجتماع بسیاری از منابع استرس‌زاهای اجتماعی در زندگی این افراد باقی می‌ماند و در نتیجه توسل به این رفتارها راه‌هایی برای مقابله با این عوامل فشارزا به حساب می‌آید. پذیرش تبیین دوم به مراتب تأثیرات پیشگیرانه بهتری خواهند داشت و ضرورت مداخلات مرتبط با خدمات سلامت روان اجتماعی و مددکاری اجتماعی را بیشتر مورد تأکید قرار می‌دهد. به نظر می‌رسد، عمل تغییر جنسیت شرط لازم برای کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسانی مستقیم در افراد با این نوع مشکل است اما شرط کافی نیست زیرا یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد حتی بعد از عمل نیز برخی از افراد عمل کرده همچنان رفتارهای خودآسیب‌رسانی مستقیم باقی می‌ماند و عمل کردن تأثیری روی رفتارهای خودآسیب‌رسانی غیرمستقیم مانند مصرف مواد، رفتار پرخطر جنسی و رفتارهای ناسازگارانه خوردن ندارد. به نظر می‌رسد مشکلات هیجانی حل‌نشده احتمالی، پذیرفته نشدن در محیط، و نداشتن حمایت اجتماعی احتمالاً سبب‌ساز گرایش به خودآسیب‌رسانی میشوند. شواهد پژوهشی نیز از این تبیین‌ها حمایت میکند. برای مثال مشخص شده است مشکلات تنظیم هیجانی افراد با اختلال هویت جنسی بیشتر از افراد عادی است و افرادی که توانایی تعدیل هیجان‌های منفی را با روش‌های سازگارانه نداشته باشند به احتمال بیشتری رو به رفتارهایی مانند خودآسیب‌رسانی می‌آورند (۲۲). براین اساس برای ارتقای سلامت روانی و کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسانی در این گروه از افراد هم قبل و هم بعد از عمل به برنامه‌ریزی‌های چندسطحی در سطح اجتماعی (افزایش پذیرش اجتماعی این افراد در جامعه) و در سطح فردی (آموزش روش‌های بهتر تنظیم هیجانی و ارزشمند کردن باورهای دلایل زندگی) نیاز است تا بتوانند خنثی‌کننده یا تغییر دهنده علل پدید آورنده خودآسیب‌رسانی در این افراد باشد.

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که افرادی که اقدام به تغییر جنسیت می‌کنند به میزان کمتری از مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته نسبت به افرادی که عمل تغییر جنسیت نداده‌اند و حتی افراد عادی استفاده می‌کنند. در مکانیسم‌های دفاعی روان رنجور و رشد نیافته نیز نمره افراد گروه عمل کرده بسیار نزدیک به افراد عادی بود و از گروه عمل نکرده

بهتر بود اما تفاوت‌ها معنی دار نبود. به عبارت دیگر پس از عمل میزان استفاده از یک سری از مکانیسم‌های دفاعی کمتر می‌شود که عبارتند از: دلیل‌تراشی، فرافکنی، انکار، همه‌کارتوانی، نازرنده‌سازی، گذار به عمل، بدنی‌سازی، تجزیه، خیال‌پرداری اوتیستیک، پرخاشگری منفعلانه، جابه‌جا سازی و مجزا سازی. این یافته از نقش مؤثر عمل تغییر جنسیت در سازگاری روانی و بین فردی افراد حمایت می‌کند. این یافته همسو با برخی مطالعات است که گزارش می‌کنند نیمرخ مکانیسم‌های دفاعی افرادی که تغییر جنسیت می‌دهند به ویژه از زن به مرد شباهت بیشتری با افراد عادی دارد (۱۵). اما از سوی دیگر با مطالعه دیگری که بر روی یک گروه یکسان از افراد قبل و بعد از عمل تغییر جنسیت انجام شده است همخوانی ندارد (۲۳)؛ زیرا در آن مطالعه تفاوتی از لحاظ نوع مکانیسم‌های دفاعی در سطوح روان‌رنجور، رشد-نیافته و رشدیافته مشاهده نشد، اگر چه در سطح مکانیسم‌هایی رشد یافته مثل پیش‌بینی‌کردن و ایده‌آل‌سازی تفاوتی در جهت افزایش این مکانیسم‌ها پس از عمل مشاهده شده است (۲۳). تغییر مکانیسم‌های دفاعی از طریق درمان‌های دارویی و روان‌شناختی در مطالعاتی که روی سایر اختلال‌های روانی و اختلال‌های شخصیت انجام شده است تا حدودی تأیید شده است (۲۴، ۲۵). نتایج این پژوهش نشان می‌دهد عمل تغییر جنسیت می‌تواند استفاده از آن دسته از مکانیسم‌های دفاعی را که با بدکشوری روانی و آسیب‌های روانی رابطه دارند کاهش دهد. این یافته پژوهشی از مطالعاتی که تأثیر مثبت عمل تغییر جنسیت پس از عمل را گزارش کرده اند حمایت می‌کند (۴، ۲۶، ۲۷). از طرف دیگر یافته‌های این مطالعه از اولین یافته‌ها در ایران است که به بررسی وضعیت مکانیسم‌های دفاعی در افراد با اختلال هویت جنسی پرداخته است، در مطالعات پیشین، سازه‌های روان‌شناختی مشابهی مانند طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ریشه‌های والدینی‌شان در این گروه از افراد بررسی شده بود که نتایج نشان داده بود در مقایسه با افراد عادی طرحواره‌های ناسازگار اولیه این افراد شدیدتر و بیمارگون‌تر است (۲۸).

مکانیسم‌های دفاعی را می‌توان یکی از شاخص‌های ذهنی مرتبط با سلامت روانی در نظر گرفت. مکانیسم‌های دفاعی در علت‌شناسی اختلالاتی مانند اختلال افسردگی اساسی و

کرده میزان استفاده از مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته از اول کمتر باشد. محدودیت دوم این پژوهش تعداد کم اعضای نمونه است که ممکن است تعمیم یافته‌ها را با مشکل مواجه کند و آخرین محدودیت این پژوهش نامشخص بودن سایر تشخیص‌های همبود به ویژه تشخیص‌های مربوط به اختلالات شخصیت است که باعث می‌شود در روایی درونی یافته‌های پژوهش مشکل ایجاد کند. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده یک گروه از افراد متقاضی عمل تغییر جنسیت در دوره قبل، بعد از عمل و همین‌طور چند سال پس از عمل از لحاظ انواع رفتارهای خودآسیب‌رسانی و مکانیسم‌های دفاعی مورد ارزیابی‌های پیگیرانه قرار بگیرند. همچنین پیشنهاد می‌شود شیوه‌های کاهش داغ اجتماعی^۳ نسبت به وضعیت این گروه از افراد با انجام روش‌های پژوهش کیفی و با روش‌های دیگر جمع‌آوری اطلاعات مانند گروه‌های کانونی و مصاحبه‌های عمیق مورد بررسی قرار بگیرد. در سطح اجتماعی پیشنهاد ما به سیاست‌گذاران حوزه‌های سلامت این است که وضعیت زندگی هیجانی افرادی که عمل تغییر جنسیت انجام می‌دهند، پس از عمل نیز مورد توجه قرار داده شود و راه‌هایی برای کاستن از انواع رفتارهای خودآسیب‌رسانی قبل و بعد از عمل اندیشیده شود و همین‌طور دیگر پیشنهاد کاربردی این پژوهش این است که در ارزیابی شخصیت متقاضیان با اختلال هویت جنسیتی غیر از آزمون‌های متداول سنجش شخصیت، از آزمون شخصیت مکانیسم‌های دفاعی نیز استفاده شود و تغییرات افراد بعد از عمل نیز با این آزمون به عنوان شاخصی از سازگاری پس از عمل مورد بررسی قرار بگیرد.

منابع

- 1- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 2013; Washington, DC.
- 2- Bouman WP, Claes L, Brewin N, Crawford JR, Millet N, Fernandez-Aranda F, et al. Transgender and anxiety: A comparative study between transgender people and the general population. *International Journal of Transgenderism*. 2017; 18(1): 16-26.
- 3- Kuhn A, Bodmer C, Stadlmayr W, Kuhn P, Mueller MD, Birkhauser M. Quality of life 15 years

- 1- undoing
- 2- trait
- 3- stigma

اختلال وسواس فکری و عملی نقش دارند و ارتباط اختصاصی بین نوع مکانیسم‌های دفاعی با این نوع اختلال وجود دارد (۲۹). فرضیه روانکاوی درباره مکانیسم‌های دفاعی این است که این مکانیسم‌های دفاعی شیوه‌هایی برای مقابله با اضطراب‌های درونی هستند و تغییر دادن آنها به همین راحتی نیستند؛ زیرا تقریباً ریشه‌های ناهشیارانه دارند و افراد در زمان‌های مواجهه با استرس‌ها در زندگی روزمره دوباره به این نوع از مکانیسم‌های دفاعی بازگشت می‌کنند (۱۲). اما برخی از محققان روانکاوی اعتقاد به امکان تغییر مکانیسم‌های دفاعی دارند (۳۰)؛ در مطالعه ای درباره تأثیر درمان روانپوشی روی افسردگی مشخص شد پس از درمان و در دوره پی‌گیری مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته تغییر می‌کنند؛ اما تغییری در مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته و روان رنجور به وجود نمی‌آید (۳۰). از این جهت می‌توان گفت مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته مانند شوخی و والایش و همین‌طور مکانیسم‌های روان رنجور مانند عمل زدایی^۱ و واکنش وارونه بیشتر حالت صفت گونه^۲ دارند و امکان تغییر دادن آنها کمتر است و مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته همان فرایندهایی هستند که هر شیوه درمانی دارویی و غیردارویی مانند درمان تغییر جنسیت، آنها را تغییر می‌دهد و به دنبال آن نشانه‌های روانی برطرف می‌شود. یافته‌های پژوهش حاضر به صورت غیر مستقیم بار دیگر از این ادعا که مکانیسم‌های دفاعی می‌توانند شاخص مناسبی برای بررسی احتمال سازگاری بعد از عمل باشند حمایت می‌کند. در دو مطالعه پیشین نیز از این ادعا حمایت شده است (۱۵، ۳۱). مکانیسم‌های دفاعی فرایندهای اصلی شکل دهنده به شخصیت و متمایزکننده افراد از یکدیگر هستند و از این روی می‌توانند تخمین‌های دقیقی درباره ویژگی‌های شخصیتی متقاضیان عمل تغییر جنسیت بدهند و حتی پس از عمل آنچه که می‌تواند به سازگاری بهتر این گروه از افراد کمک کند مداخلاتی است که این افراد را نسبت به مکانیسم‌های دفاعی‌شان آگاه‌تر کند و یا با تفسیر دفاع‌ها به فرایند رشد شخصیت کمک کنند.

این پژوهش دارای یک سری محدودیت‌ها است که باید در تفسیر یافته‌ها به آن توجه داشت. دو گروه قبل و بعد از عمل دو گروه همگن نبودند و همین‌طور اطلاعاتی از ویژگی افراد قبل از عمل موجود نبود. ممکن است در کل در افراد عمل

- 17- Heidarinasab L, Mansour M, Azadfalsh P, Shoeiri M. Validity and reliability of defense style mechanisms in Iranian populations. *Daneshavere rafter*. 2008; 14(22): 1-16. [Persian].
- 18- Gilbert P, McEwan K, Irons C, Bhundia R, Christie R, Broomhead C, et al. Self-harm in a mixed clinical population: The roles of self-criticism, shame, and social rank. *British Journal of Clinical Psychology*. 2010; 49(4): 563-76
- 19- Khanipour H, Borjali A, Hashemi Azar J, HossainKhanzadeh A. Comparison of Emotion Regulation Skills and Suicide Probability in Adolescents with Self-Harm. *Practice in Clinical Psychology*. 2014; 2(1): 9-15 [Persian].
- 20- Gratz KL. Risk Factors for and Functions of Deliberate Self-Harm: An Empirical and Conceptual Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2003; 10(2): 192-205.
- 21- Nock MK, Banaji MR. Assessment of self-injurious thoughts using a behavioral test. *American Journal of Psychiatry*. 2007; 164(5): 820-823.
- 22- Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*. 2010; 30(2): 217-37.
- 23- Lobato MI, Koff WJ, Crestana T, Chaves C, Salvador J, Petry AR, et al. Using the Defensive Style Questionnaire to evaluate the impact of sex reassignment surgery on defensive mechanisms in transsexual patients. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2009; 31(4): 303-6.
- 24- Bond M, Perry JC. Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders. *Focus*. 2005; 161: 1665-71.
- 25- Kipper L, Blaya C, Teruchkin B, Heldt E, Isolan L, Mezzomo K, et al. Evaluation of defense mechanisms in adult patients with panic disorder: before and after treatment. *The Journal of nervous and mental disease*. 2005; 193(9): 619-24.
- 26- Besharat MA, Tavalaeayn F. Comparisons of interpersonal difficulties of individuals among gender identity disorder after and before sex reassignment surgery and control group. *J Health psychology*. 2014; 13(2): 1-14. [Persian].
- 27- Hejazi A, Edalati Shateri Z, Saadat Mostafavi S, Sadat Hosseini Z, Razaghian M, Mogaddam MA. preliminary analysis of the 12 transsexual patients with regards to their adaptation in means of role and gender identity after a sexual reassignment surgery. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2009; 13(4): 78-87. [Persian].
- 28- Anzabdasthi, S.I., Asgharnejadfarid, A.A, Rayisi Z. Comparison of Early Maladaptive Schemas and Parental Origins in Patients With Gender Identity Disorder and Normal Individuals. *Journal of Clinical Psychology*. 2015; 7(2): 49-60. [Persian].
- 29- Sarraj-Khorrami A, Karami J, Momeni KM. Comparing Thinking Rumination and Defense after sex reassignment surgery for transsexualism. *Fertil Steril*. 2009; 92(5): 1685-89.
- 4- Murad MH, Elamin MB, Garcia MZ, Mullan RJ, Murad A, Erwin PJ, et al. Hormonal therapy and sex reassignment: a systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2010; 72(2): 214-31.
- 5- Sansone RA, Wiederman MW, Sansone LA. The Self-Harm Inventory (SHI): development of a scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality disorder. *J Clin Psychol*. 1998; 54(7): 973-83.
- 6- Germain SA, Hooley JM. Direct and indirect forms of non-suicidal self-injury: evidence for a distinction. *Psychiatry research*. 2012; 197(1-2): 78-84.
- 7- Claes L, Bouman WP, Witcomb G, Thurston M, Fernandez-Aranda F, Arcelus J. Non-suicidal self-injury in trans people: associations with psychological symptoms, victimization, interpersonal functioning, and perceived social support. *J Sex Med*. 2015; 12(1): 168-79
- 8- Marshall E, Claes L, Bouman WP, Witcomb GL, Arcelus J. Non-suicidal self-injury and suicidality in trans people: A systematic review of the literature. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*. 2016; 28(1): 58-69.
- 9- Nock MK, Joiner TE, Jr., Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry research*. 2006; 144(1): 65-72.
- 10- Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical psychology review*. 2007; 27(2): 226-39.
- 11- Khanipour H, Borjali A, Falsafinejad MR. Non-suicidal Self-injury in delinquent adolescents and adolescents with history of childhood maltreatment: motivation and suicide probability. *Psychology of Exceptional Individuals*. 2016; 6(21): 59-79 [Persian].
- 12- Banifield D. Psychodynamic theory for therapist. (D Arab-ghahestani, F Vadaye-kheiri, S Aryan, Trans). Roshd publication. 2010. [Persian].
- 13- Vaillant GE, Bond M, Vaillant CO. An empirically validated hierarchy of defense mechanisms. *Archives of general psychiatry*. 1986; 43(8): 786-94.
- 14- Hepp U, Kraemer B, Schnyder U, Miller N, Delsignore A. Psychiatric comorbidity in gender identity disorder. *Journal of psychosomatic research*. 2005; 58(3): 259-61.
- 15- Prunas A, Vitelli R, Agnello F, Curti E, Fazzari P, Giannini F, et al. Defensive functioning in MtF and FtM transsexuals. *Comprehensive psychiatry*. 2014; 55(4): 966-71.
- 16- Andrews G, Singh M, Bond M. The Defense Style Questionnaire. *The Journal of nervous and mental disease*. 1993; 181(4): 246-56.

Mechanisms in Patients Suffering from Major Depression and Obsessive-Compulsive Disorders with Normal Individuals. *Journal of Clinical Psychology*. 2014; 6(2): 53-63. [Persian].

30- Akkerman K, Carr V, Lewin T. Changes in ego defenses with recovery from depression. *The Journal of nervous and mental disease*. 1992; 180(10): 634-8.

31- Prunas A, Preti E, Huemer J, Shaw RJ, Steiner H. Defensive functioning and psychopathology: a study with the REM-71. *Comprehensive psychiatry*. 2014; 55(7): 1696-702.