



## بررسی برخی از ویژگیهای "تبدل خواهی جنسی" در بیماران ایرانی

دکتر فریدون مهربانی<sup>‡</sup>

### چکیده

در یک بررسی گذشته نگر<sup>(۱)</sup> با هدف دسترسی به مشخصات بیماران مبتلا به تبدیل خواهی جنسی<sup>(۲)</sup> در ایران ارتباط بین عوامل روانشناختی - اجتماعی و سبب شناسی بیماری در ۶۸ پرونده مربوط به بیماران یاد شده که در فاصله سالهای ۱۳۶۸ تا ۱۳۷۴ به مطب مراجعه نموده‌اند بررسی گردید. ۱۱ پرونده به دلایل مختلف (کافی نبودن ملاکهای تشخیصی، احتمال وجود اختلال روانی و فقدان اطلاعات مورد نیاز) کنار گذاشته شد و ۵۷ مورد بقیه مورد بررسی قرار گرفتند. برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روشهای آمار توصیفی مانند فراوانی و درصد استفاده شده است. نتایج نشان داد که بیشترین منبع ارجاع را همکاران روانپزشک تشکیل می‌دادند، از نظر جنسیت مردها تقریباً دو برابر زنان بودند. بیشترین افراد مورد بررسی از گروه سنی ۲۰ تا ۳۰ ساله و بیشترین افراد به منظور اخذ مجوز برای تغییر جنسیت مراجعه کرده‌اند (و نه دریافت خدمات درمانی). شایعترین اختلال روانی همراه با بیماری اصلی افسردگی بوده است. در مورد علل روانشناختی - اجتماعی هر چند نمی‌توان به عامل خاصی اشاره کرد ولی آشفتگی و اشکال در روابط بین فردی درون خانواده در کلیه موارد مورد بررسی وجود داشته است.

Andeesbeh  
Va  
Raftar  
اندیشه و رفتار  
۶

### کلید واژه: تبدیل خواهی جنسی، تغییر جنسیت، ایران.

(سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۲). در گذشته این اختلال در گروه انحرافات جنسی طبقه بندی می‌شد؛ ولی با توجه به ویژگیهای متفاوت با انحرافات، هویت مستقل خود را یافت و امروزه تبدیل خواهی جنسی موضوع اصلی مبحث اختلال در هویت جنسی است. بیماری نسبتاً نادری است

تبدل خواهی جنسی یک اختلال در هویت جنسی است. افراد مبتلا به این اختلال خود را متعلق به گروه جنس مخالف می‌دانند. از وضعیت جنسی - بدنی خود ناراحت هستند و می‌کوشند با استفاده از هورمونها و اعمال جراحی وضعیت خود را به وضعیت دلخواه نزدیک کنند

سال دوم / شماره ۳ / زمستان ۱۳۹۳  
Vol. 2 / No. 3 / Winter 1996

‡ روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. تهران، خیابان طالقانی، نرسیده به خیابان شریعتی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران.

و هر چند آمار دقیقی در مورد شیوع بیماری در دسترس نیست ولی بر اساس بررسیهای انجام شده در انگلستان و سوئد شیوع آنرا یک در پنجاه هزار گزارش نموده‌اند (گرین<sup>(۱)</sup> و بلانکار<sup>(۲)</sup>، ۱۹۹۵). والندر<sup>(۳)</sup> (۱۹۶۸)، به نقل از گیلدر، مه‌یور و گات، ۱۳۶۹) شیوع این اختلال را در مردهای سوئدی یک در ۳۷ هزار و در زنهای سوئدی یک در ۱۰۳ هزار برآورد نموده است. هوئینگ و کنا (۱۹۷۴)، به نقل از گیلور، مه‌یور و گات، ۱۳۶۹) ارقام مشابهی (یک در ۳۴ هزار در مردها و یک در ۱۰۸ هزار در زنها) در انگلستان گزارش نموده‌اند. بیشتر این بیماران را در همه جوامع مورد بررسی مردها تشکیل می‌دهند که بیشترین اقدام آنها گرفتن کمک پزشکی است. به همین دلیل بیشترین نوشته‌ها نیز در مورد وضعیت بالینی و سبب شناسی میل به تغییر جنسیت در مورد مرد به زن است. در مورد سبب شناسی اطلاع دقیقی در دست نیست. به طور کلی گروهی علل زیست شناختی - عضوی و گروه دیگر عوامل روانشناختی - اجتماعی را در بروز این اختلال مؤثر می‌دانند. گروه اول بیشتر اشکال در آندروژنهای جنینی را مطرح می‌کنند (گیلدر، مه‌یور، گات، ۱۳۶۸). بررسیهای جنین شناسی نشان می‌دهند که کلیه پستانداران چه مرد و چه زن در نخستین مرحله رشد جنینی ساختمان تشریحی زنانه دارند و در صورت ترشح آندروژن در جنین در فاصله هفته ششم تا پایان ماه سوم، تغییرات منجر به مرد شدن کامل می‌شود و در غیر این صورت همچنان زن باقی می‌ماند. مطابق این نظریه اشکال در ترشح آندروژن در فاصله زمانی یاد شده موجب به وجود آمدن تبدیل خواهی جنسی است. گروه دوم عوامل روانشناختی - اجتماعی را دلیل پیدایش اختلال می‌دانند و در این میان به عواملی چون، وجود مادر تحقیر کننده و عصبی در اولین سال زندگی، دریافت پیامهای غیر مستقیم مبنی بر برتری جنس مخالف همچنین نبود پدری که فرصت همانند سازی با وی را فراهم کند و باعث تداوم رابطه نزدیک پسر و مادر شود اشاره می‌کنند. رد پای بیماری را در موارد

بسیاری از کودکی می‌توان مشاهده کرد. پسر بچه‌ای که بازیهای پسرانه همراه با فعالیت‌های بدنی و بازی با توپ و مانند آن را رها می‌کند و تمایل دارد که به جمع دختران پیوندد و در بازیهای آنان که با آرامش همراه است شریک شود، بیشتر در منزل است، چسبیده به مادر و کنجکاو در مورد پخت و پز و دوخت و دوز و شستشو؛ اغلب در انجام چنین وظایفی به مادر کمک می‌کند و گاهی از پوشاک زنانه و لوازم آرایش استفاده می‌کند که در ابتدا مخفیانه است از ویژگیهای بسیاری از این بیماران در کودکی است (استولر<sup>(۴)</sup>، ۱۹۷۵). این افراد با وجود اینکه می‌دانند به گروه مردان تعلق دارند ولی خود را دارای تفاوت‌های محسوس با آنان حس می‌کنند. بیشتر آنان پیش از بلوغ از وضعیت جنسی خود متنفرند و آرزوی اصلی آنان پیوستن به گروه مخالف است و این اشتغال خاطر دایمی کلیه فعالیت‌های ایشان را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد و محور اصلی جهان بینی آنان می‌شود. پس از بلوغ با یک تبدیل خواه جنسی کلاسیک روبرو هستیم. نوع پوشش، طرز راه رفتن، تکیه کلامها در موقع حرف زدن و سرگرمیها کاملاً زنانه است. اعتقاد راسخ دارد که به جنس مخالف وابسته است و ویژگیهای زنانه را طبیعی می‌انگارد و از آن پس هر چه نیرو دارد صرف راحت شدن از شر وضعیت فعلی می‌کند. به همین دلیل است که اولین مراجعه پس از بلوغ به متخصصین زنان، اورولوژی، روانپزشکی، غدد یا جراحی است که بیشتر با نیت گرفتن راهنمایی برای انجام عمل جراحی و تغییر جنسیت می‌باشد و نه دریافت خدمات درمانی. متأسفانه شمار اندکی که برای درمان مراجعه می‌نمایند پس از مدتی ناامید شده و کوشش خود را در جهت تغییر جنسیت به کار می‌گیرند. زیرا درمانهای رایج نیز بر اساس اصول روانکاوی شکل گرفته و نتایج در کلیه بررسیها ضعیف و ناچیز گزارش می‌شود.

1-Green	2-Blanchard
3-Walinder	4-Stoller

دکوپر<sup>(۱)</sup>، جینز<sup>(۲)</sup> و روبنز<sup>(۳)</sup> در یک بررسی نشان دادند که تبدل خواهیهای جنسی مرد به زن از نظر وضعیت اجتماعی و مشخصات فردی تفاوت‌های اساسی با تبدل خواهیهای جنسی زن به مرد دارند. آنان همچنین در زمینه هویت جنسی، تاریخچه رشد مراحل جنسی و میزان اختلالات شخصیتی منجر به تبدل خواهی جنسی متفاوت‌اند. در عین حال هر دو گروه از نظر کارکرد روانی<sup>(۴)</sup> آسیب دیده‌اند اما بیماران مرد به زن از این نظر دارای اختلال بیشتری هستند (دکوپر، جینز و روبنز، ۱۹۹۵). دیکسن<sup>(۵)</sup> و همکاران (۱۹۸۴) به نقل از دکوپر و همکاران، (۱۹۹۵) گروهی از تبدل خواهیهای جنسی مرد به زن و زن به مرد را از نظر ویژگیهای شخصیتی، مشخصات فردی و غیره با یکدیگر مقایسه نمودند و دریافتند که مردان دارای پیشینه ثبات شغلی - حرفه‌ای کمتری نسبت به زنان بوده‌اند و نشانه‌های اختلالات روانی بیشتری را بروز داده‌اند.

از سال ۱۹۵۳ میلادی که عمل جراحی تغییر جنسیت، در آمریکا و اروپا و سپس در سایر نقاط جهان، انجام گرفت<sup>۲</sup> این بیماران وضعیت بهتری را در مقایسه با پیش از عمل، تجربه می‌کنند، ولی نارسایی‌های عمل جراحی، هزینه بسیار سنگین و عدم رضایت گروهی از عمل شونده‌گان، همچنان تبدل خواهی جنسی را به عنوان یک گره ناگشودنی نشان می‌دهد. تبدل خواهی جنسی در ایران، نیز مانند سایر نقاط جهان به عنوان یک مشکل پزشکی - اجتماعی مطرح است، با این تفاوت که بیماران ایرانی به دو دلیل اصلی زیر، فشار روانی بیشتری را تحمل می‌کنند.

۱- تمایل به تغییر جنسیت و انجام عمل جراحی برای این منظور، در فرهنگ ما پذیرفتنی نیست. به ویژه تغییر جنسیت یک پسر جوان به یک دختر جوان از سوی خانواده غیر قابل تحمل است.

۲- در صورت پذیرش خانواده، انجام عمل جراحی مستلزم داشتن گواهی مبنی بر تبدل خواه جنسی بودن

از یک روانپزشک، طرح در کمیسیون پزشکی در اداره پزشکی قانونی و در صورت تأیید، دریافت مجوز عمل و پیدا کردن بیمارستان و جراحی که مبادرت به عمل جراحی نماید، خواهد بود؛ که هیچکدام به سادگی در دسترس نیست.

با در نظر گرفتن این اصل که تبدل خواهی جنسی اختلالی است که بیمار آنرا انتخاب نکرده و به نوعی به او تحمیل شده است، لزوم تفاهم و همدلی با این بیماران از نکات ضروری است. هدف از اجرای این بررسی: ۱- یافتن مشخصات این بیماری در ایران و ۲- سعی در یافتن ارتباط بین عوامل روانشناختی - اجتماعی و سبب شناسی بیماری بوده است. این پژوهش از نوع پژوهشهای توصیفی گذشته نگر است.

## روش

آزمودنیهای پژوهش را ۶۸ بیمار با تشخیص تبدل خواهی جنسی تشکیل می‌دادند. این افراد در فاصله زمانی فروردین ۱۳۶۸ تا آبان ۱۳۷۴ به مطب نگارنده مراجعه نموده بودند. داده‌های مورد نیاز با مراجعه به پرونده بیماران گردآوری شد. از کل ۶۸ پرونده، ۵۷ پرونده که ملاکهای کافی برای تشخیص بیماری را داشتند (انزجار از وضعیت جنسی و تمایل قوی به تغییر جنسیت، تداوم بیماری حداقل به مدت دو سال از آغاز تا زمان بررسی، رد شدن بیماری اسکیزوفرنیا) مورد بررسی قرار گرفتند و بقیه کنار گذاشته شدند.

## نتایج

از مجموع ۵۷ پرونده مورد بررسی، ۳۷ عدد متعلق به مردان و ۲۰ پرونده مربوط به زنان است.

جدول شماره ۱ به توزیع سنی مراجعین اختصاص

1-De Cuyper	2-Jannes
3-Rubens	4-mental functioning
5-Dixen	

یافته است. بیشتر مراجعه کنندگان در گروه سنی ۲۰ تا ۳۰ ساله بوده‌اند. ولی همچنان که می‌دانیم این مشکل از کودکی و نوجوانی آغاز می‌شود.

بررسی وضعیت تحصیلی آزمودنیها نشان داد که بیشتر افراد مراجعه کننده را دیپلمه‌ها تشکیل می‌دهند (جدول ۲). یافته‌های مربوط به وضعیت شغلی افراد در جدول ۳

ارائه گردیده است. همچنان که ملاحظه می‌شود کارمندان بیشترین مراجعه کنندگان را تشکیل می‌دهند.

یافته‌های مربوط به شیوه ارجاع بیماران مورد بررسی نشان می‌دهد که بیشتر آنان (۳۸/۶٪) کل از طریق همکاران روانپزشک ارجاع شده‌اند (جدول ۴).

جدول ۱- توزیع فراوانی افراد مورد بررسی بر حسب گروههای سنی و جنسیت

دامنه سنی	مرد		زن	
	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد
۱۰-۱۴	-	-	۲	۱۰
۱۵-۱۹	۷	۱۹	۱	۵
۲۰-۲۴	۱۳	۳۵/۱	۷	۳۵
۲۵-۲۹	۱۳	۳۵/۱	۸	۴۰
۳۰-۳۴	۳	۸/۱	۲	۱۰
۳۵-۴۰	۱	۲/۷	-	-
جمع	۳۷	۱۰۰	۲۰	۱۰۰

جدول ۲- توزیع فراوانی افراد مورد بررسی بر حسب وضعیت تحصیلی و جنسیت

تحصیلات	مرد		زن	
	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد
پیسواد	-	-	-	-
ابتدایی	-	-	۱	۵
راهنمایی	۸	۲۲	۱	۵
تادپلم	۶	۱۶	۳	۱۵
دیپلم	۱۸	۴۹	۹	۴۵
فوق دیپلم	۳	۸	۲	۱۰
دانشجو	۲	۵	۲	۱۰
لیسانس	-	-	۱	۵
دکتری	-	-	۱	۵
جمع	۳۷	۱۰۰	۲۰	۱۰۰

جدول ۳- توزیع فراوانی افراد مورد بررسی بر حسب شغل و جنسیت

نوع شغل	مرد		زن	
	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد
محصل	۱۰	۲۷	۵	۲۵
دانشجو	۳	۸	۳	۱۵
کارمند	۷	۱۹	۷	۳۵
خانه‌دار	-	-	۱	۵
کارگر	۲	۵	-	-
سرباز	۲	۵	-	-
آزاد	۱۲	۳۳	۲	۱۰
بیکار	۱	۳	۱	۵
پزشک	-	-	۱	۵
جمع	۳۷	۱۰۰	۲۰	۱۰۰

جدول ۴- توزیع فراوانی افراد مورد بررسی بر حسب شیوه ارجاع و جنسیت

شیوه ارجاع	مرد		زن	
	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد
مراجعه شخصی	۱۴	۳۸	۳	۱۵
توسط روانپزشک	۱۳	۳۵	۹	۴۵
توسط روانشناس	۲	۶	۱	۵
توسط متخصصان دیگر	۳	۸	۱	۵
توسط سایر بیماران	۵	۱۳	۶	۳۰
جمع	۳۷	۱۰۰	۲۰	۱۰۰

بررسی هدف آزمودنیها از مراجعه به مطب نشان داد که بیشترین افراد مورد بررسی (۸۸٪) برای دریافت مجوز عمل جراحی مراجعه نموده‌اند (جدول ۵).

جدول ۵- توزیع فراوانی افراد مورد بررسی بر حسب علت مراجعه و جنسیت

علت مراجعه	مرد		زن	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
دریافت مجوز عمل جراحی	۳۳	۸۹	۱۹	۹۵
کسب اطلاعات بیشتر در مورد بیماری	۳	۸	۱	۵
دریافت خدمات درمانی	۱	۳	-	-
جمع	۳۷	۱۰۰	۲۰	۱۰۰

بررسی وضعیت بالینی مراجعه کنندگان نشان داد که تمایلات همجنس گرایانه در بیشتر (۸۴٪) آنها وجود داشته است (جدول ۶).

جدول ۶- توزیع فراوانی افراد مورد بررسی بر حسب تمایل جنسی و جنسیت

نگرش جنسی	مرد		زن	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
تمایل به همجنس	۳۴	۹۲	۱۴	۷۰
تمایل به غیر همجنس	۲	۵	۲	۱۰
بدون گرایش خاص جنسی	۱	۳	۴	۲۰
جمع	۳۷	۱۰۰	۲۰	۱۰۰

Andeeshah  
Vij  
Rafiqar  
اندیشه و رفیقار  
۱۰

در بررسی وضعیت روانی افراد مشخص گردید که افسردگی شایعترین (۳۵٪) تابلوی بالینی در این بیماران است (جدول ۷).

جدول ۷- فراوانی توزیع بیماران مورد بررسی بر حسب وضعیت روانی و جنسیت

نوع اختلال	مرد		زن	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
افسردگی	۱۳	۳۵	۷	۳۵
اضطراب	۸	۲۲	۳	۱۵
وسواس	۵	۱۳	۳	۱۵
سایر اختلالات	۱	۳	-	-
بدون مشکل واضح	۱۰	۲۷	۷	۳۵
جمع	۳۷	۱۰۰	۲۰	۱۰۰

سالنامه / شماره ۳ / زمستان ۱۳۹۴  
Vol. 2 / No. 3 / Winter 1996

یافته‌های مربوط به بررسی مشکلات اجتماعی خانوادگی در داخل خانواده در جدول ۸ ارائه گردیده است.

جدول ۸- توزیع فراوانی افراد مورد بررسی بر حسب عوامل مؤثر در پیدایش اختلال و جنسیت

نوع مشکل	مرد		زن	
	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد
فقدان والد همجنس	۸	۲۲	۴	۲۰
فقدان والد غیر همجنس	۴	۱۰	۲	۱۰
وجود مادر عصبی و تحقیرکننده	۶	۱۶	۲	۱۰
آرزوی خانواده برای داشتن کودکی با جنسیت مخالف	۱	۳	۲	۱۰
عدم تفاهم والدین	۸	۲۲	۶	۳۰
وجود مشکل اقتصادی	۷	۱۹	۲	۱۰
سایر مشکلات	۳	۸	۲	۱۰
جمع	۳۷	۱۰۰	۲۰	۱۰۰

عدم تفاهم والدین و فقدان والد همجنس را می‌توان به عنوان عوامل روانی اجتماعی مشکل زای شایع‌تر در درون خانواده این بیماران تلقی نمود.

### بحث در نتایج

بررسیهای انجام شده در کشورها و فرهنگهای مختلف نشان داده است که شیوع این اختلال در مردان بسیار بیشتر از زنان است. برای نمونه شیوع این اختلال در کشورهای اروپای غربی و آمریکای شمالی در مردان ۵ تا ۸ برابر زنان برآورد شده است. در حالیکه بررسی حاضر نشان دهنده تفاوت کمتری در زمینه شیوع اختلال در زنان و مردان می‌باشد.

شاید این موضوع که فرهنگ ما تغییر جنسیت از زن به

## در بررسی مشکلات خانوادگی افراد مورد بررسی عدم تفاهم والدین و نبود والد همجنس بیش از دیگر عوامل مشاهده شده است

مرد را بهتر می‌پذیرد دلیل این تفاوت واضح باشد؛ با این همه نیاز به بررسیهای دقیق‌تری برای یافتن علت ضروری می‌نماید.

بیشترین افراد مورد بررسی (۳۸/۶٪) از سوی روانپزشکان ارجاع شده‌اند که جای امیدواری است چون معمولاً مراجعه به علت مشکلات جنسی به متخصصین زنان، در فرهنگ ما کاملاً شایع است؛ شاید هم این مراجعین توسط متخصصین زنان به همکاران روانپزشک ارجاع شده باشند. بیشترین افراد مراجعه کننده (۸۸٪) تنها به منظور دریافت گواهی مبنی بر بیماری و مراجعه به پزشکی قانونی برای دریافت مجوز عمل مراجعه نموده‌اند. سرخوردگی بیماران از دریافت خدمات درمانی را می‌توان عامل اصلی در این مورد دانست.

همانطور که انتظار می‌رود گرایشهای همجنس‌گرایانه شایع‌ترین شکل بالینی مشاهده شده است (۸۴٪). دلیل واضح چنین گرایشی این است که بیمار مبتلا به این اختلال چون خود را متعلق به گروه جنس مخالف می‌داند تمایل به همجنس، طبیعی‌ترین اشتغال خاطر وی خواهد بود.

نمونه جالب در گروه مورد بررسی، زنی ۳۰ ساله بود که در سومین ازدواج خود اطلاعاتی در مورد این بیماری بدست آورده بود و تقاضای دریافت گواهی دال بر بیماری داشت. جالب تر اینکه شوهر وی که فرد تحصیل کرده‌ای

بود از این درخواست حمایت می‌کرد و اصرار به تغییر جنسیت همسر خود داشت.

افسردگی شایع‌ترین اختلال روانی در بیماران مورد بررسی بوده است (۳۵٪). باید یادآوری کرد، بیمارانی که مشکوک به داشتن روان پریشی<sup>(۱)</sup> بودند یا در گذشته تجربه گذراندن یک دوره بیماری یاد شده را داشته‌اند، از پژوهش کنار گذاشته شدند.

در بررسی مشکلات خانوادگی افراد مورد بررسی عدم تفاهم والدین و نبود والد همجنس بیش از دیگر عوامل مشاهده شده است. وجود عوامل مشکل‌زا در کلیه خانواده‌های مورد بررسی از یافته‌های مهم پژوهش تلقی می‌شود.

به طور کلی یافته‌های مهم بررسی نشان می‌دهد که:

۱- تبدیل خواه‌های جنسی مرد در نمونه‌های ایرانی کمتر و بیماران تبدیل خواه جنسی زن بیشتر از میزان گزارش شده در کشورهای اروپای غربی و آمریکای شمالی است.

۲- از نظر سبب شناسی هر چند عامل روانی - اجتماعی خاصی رانمی‌توان مشخص کرد ولی آشفتگی و نابسامانی درون خانواده در کلیه موارد مورد بررسی وجود داشته است.

### نارساییهای پژوهش حاضر

در مورد نارساییهای این پژوهش می‌توان به نکات زیر اشاره نمود.

۱- هر چند تبدیل خواهی جنسی اختلال شایعی نیست ولی چنانچه موارد مورد بررسی بیشتر می‌بود یافته‌ها از نظر علمی اهمیت بیشتری داشت.

۲- پرونده بیماران، به ویژه در زمینه اطلاعات درون خانواده کامل نبود.

۳- این بیماران پیگیری نشده‌اند و این امر، در مورد بیمارانی که با عمل جراحی تغییر جنسیت می‌دهند واجد اهمیت است.

### منابع

گیلدر، ام.، مه‌یور، ر.، گات، د. (۱۳۶۹). روانپزشکی آکسفورد. ترجمه نصرت اله پورافکاری. تبریز: انتشارات ذوقی.

Bancroft, J. (1983). *Human sexuality and its problems*. New York: Churchill Livingstone.

De Cuypere, G., Jannes, C., Rubens, R. (1995). Psychological functioning of transsexuals in Belgium *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 180-184.

Green, R., Blanchard, R. (1995). Gender identity disorders. In Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock (Eds.) *Comprehensive textbook of psychiatry/ VI* (p.p. 1347-1360) Baltimore: Williams & Wilkins.

Money, J. (1974). Intersexual and transsexual behavior and syndromes. In Silvano Arieti & Eugene, B. Brody (Eds.) *American Handbook of Psychiatry* (p.p. 334-351). New York: Basic Books Inc. Publishers.

Sadock, V. A. (1989). Normal human sexuality and sexual disorders. In Harold I. Kaplan & Benjamin J. Sadock (Eds.) *Comprehensive Textbook of psychiatry, 5th ed.* (p.p. 1045-1103). Baltimore: Williams & Wilkins.

Stoller, R. J. (1975). Gender identity. In Alfred M. Freedman, Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock (Eds.) *Comprehensive textbook of psychiatry 2nd ed.* (p.p. 1400-1409). Baltimore: Williams & Wilkins

WHO (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders, Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. New Delhi: Crescent Printing Works.

