

مقایسه ویژگی‌های شخصیتی افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی و افراد بهنجار

مهرآور مؤمنی جاوید*، دکتر مهرانگیز شعاع کاظمی**

چکیده:

پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه ویژگی‌های شخصیتی بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی و افراد سالم اجرا شده است. جامعه پژوهش شامل کلیه مردان مبتلا به اختلال هویت جنسی هستند که در مرکز مدیریت بحران شهید نواب صفوی واقع در میدان شهید محلاتی تهران حضور داشتند. از جامعه مذکور ۲۰ نفر که روان‌شناسان و روان‌پزشکان آنها را مبتلا به اختلال هویت جنسی تشخیص داده بودند و با پاسخگویی به چک‌لیست ملاک‌های تشخیص اختلال هویت جنسی مورد تأیید قرار گرفتند، انتخاب شدند. همچنین نمونه‌ای بیست نفری از مردان عادی جامعه به عنوان گروه گواه انتخاب شد. هر دو گروه در دامنه سنی ۲۰ تا ۳۵ قرار داشتند و حداقل تحصیلات آنها دیپلم بود. سؤال اصلی پژوهش این بود که آیا بین ابعاد ویژگی‌های شخصیتی افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی و افراد بهنجار تفاوت معناداری وجود دارد؟

طرح پژوهش از نوع علی مقایسه‌ای بود. ابزار مورد استفاده در پژوهش: ۱. پرسشنامه پنج‌عاملی شخصیت نئو، که پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ بین ۷۶ تا ۸۲ درصد محاسبه شده است (حق شناس، ۱۳۸۷). ۲. چک‌لیست ۲۳ سؤالی که با ملاک‌های تشخیصی DSMIV برای اختلال هویت جنسی تطابق کامل دارد و پایایی آن ۰/۸۲ محاسبه شد. آزمون‌های آماری مورد استفاده آمار توصیفی و استنباطی (t گروه‌های مستقل و تحلیل واریانس) بود. براساس نتایج به دست آمده، بین افراد سالم و بیمار در متغیر ویژگی‌های شخصیتی تفاوت معناداری وجود دارد $p < 0/001$, $f = 10/60$. ابعاد روان‌رنجوری، تجربه‌گرایی و برون‌گرایی در افراد بیمار نسبت به افراد سالم در سطح بالاتری بود، ولی افراد سالم به لحاظ توافق نسبت به افراد بیمار در سطح بالاتری بودند. بین افراد سالم و بیمار به لحاظ وجدانی بودن تفاوت معناداری مشاهده نشد. $p < 0/001$

کلید واژه‌ها:

ویژگی‌های شخصیتی، اختلال هویت جنسی، افراد بهنجار

*دانشجوی دکتری رشته مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

Mehravarmeni_psy_au@yahoo.com

**عضو هیئت علمی دانشگاه الزهراء، گروه مشاوره، تهران، ایران. M_shkazemi@yahoo.com

مقدمه

هویت جنسی که بخش مهمی از هویت هر انسان را تشکیل می‌دهد، بازتاب تصویری است که هر فرد به عنوان یک زن یا مرد از خود دارد. فرد می‌آموزد با توجه به اینکه مرد یا زن آفریده شده است باید به شیوه خاصی بیندیشد، رفتار و احساس خاصی داشته باشد (یوربرگ^۱، ۱۹۷۴). هویت جنسی انسان تحت تأثیر دو مؤلفه اکتسابی و غیراکتسابی تدوین می‌شود. جنس^۲ به عنوان یک عامل غیراکتسابی شامل ویژگی‌های زیستی، کالبدی، جسمانی و کروموزومی است که مرد و زن را از یکدیگر متمایز می‌سازد. اما جنسیت^۳ به عنوان یک عامل غیر اکتسابی، زن و مرد را به لحاظ اجتماعی - فرهنگی از یکدیگر جدا می‌کند و براساس ویژگی‌هایی که غالباً خصوصیات ویژه دو جنس محسوب می‌شود، شکل می‌گیرد. به طور معمول مختصات جنسی و جنسیتی مردم با یکدیگر هماهنگ است، اما گاهی این مختصات با یکدیگر ناسازگارند (ریچاردسون^۴، ۱۹۹۹).

یکی از اختلالات فهرست شده در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلال هویت جنسی است. فرد مبتلا به اختلال هویت جنسی^۵ معتقد است که به جنس مقابل آنچه کروموزوم‌هایش نشان می‌دهد تعلق دارد. تمایل شدیدی نشان می‌دهد که به صورت عضوی از جنس مخالف زندگی کند و بر این اساس در پی تغییر دادن ظاهراندام تناسلی خود برمی‌آید تا هر چه بیشتر با جنس مقابل خود مطابقت یابد (سیدمحمدی، ۱۳۷۹).

اختلال‌های هویت جنسی براساس همسان سازی صریح و پایدار با جنس مخالف همراه با احساس شدید ناراحتی از جنس خویشتن مشخص می‌شود. (DSM-IV-TR، ۲۰۰۰).

اختلال هویت جنسی دو مؤلفه دارد:

۱- باید شواهدی مبنی بر اتخاذ پایدار و مستمر هویت جنس مخالفی که مایل به داشتن آن است یا اصرار به اینکه از جنس مخالف است وجود داشته باشد (ملاک الف).

۲- اتخاذ هویت جنس مخالف نباید فقط به دلیل تمایل به برخورداری از امتیازهای فرهنگی متعلق به جنس دیگر باشد. به علاوه باید شواهدی درباره نارضایتی مستمر از جنسیت تعیین شده و احساس عدم تناسب با این نقش جنسی وجود داشته باشد (ملاک ب).

شیوع اختلال هویت جنسی در مقایسه با بسیاری از اختلالات محور I و II رقمی بسیار پایین محسوب می‌شود، به طوری که به گزارش انجمن روان پزشکی آمریکا (۲۰۰۰) در مردان از هر ۳۰ هزار نفر و در زنان از هر ۲۰۰ هزار نفر، یک نفر متقاضی جراحی تغییر جنسیت است. گاهی این

¹ Yorberg

² sex

³ sexuality

⁴ Richardardson

⁵ Gender Identity Disorder (GID)

اختلال به اندازه‌ای فراگیر و گسترده می‌شود که تمامی زندگی روانی این افراد فقط حول محور فعالیت‌هایی دور می‌زند که پریشانی آنها را کاهش می‌دهد. (گرین^۱، ۲۰۰۵).

در متون علمی برای این شرایط از اصطلاح ترانسکسوالیتی^۲ استفاده می‌شود. این اصطلاح به واژه‌های متفاوتی همچون نارضایتی جنسی، تغییر جنس خواهی، روان تغییر جنس خواهی، تبدیل خواهی جنسی، دگرجنس خواهی ترجمه شده است. هرچند شمار افراد مبتلا به وضعیت نارضایتی جنسی نسبت به مبتلایان به بیماریها و اختلالات دیگرانند است، از آنجا که این شرایط بر نظام شخصیتی و رفتاری و در نهایت بر سازگاری اجتماعی افراد تأثیر می‌گذارد و می‌تواند به منبع بحران هویت تبدیل شود، شایسته است از دیدگاه جامعه‌شناسی مورد مطالعه قرار گیرد. در ایران موضوع نارضایتی جنسی و گرایش به تغییر جنس نه تنها برای مردم عادی، بلکه برای دانشگاهیان و کارگزاران اجتماعی موضوعی نسبتاً ناشناخته است. همچنین می‌توان به این نکته اشاره کرد که معمولاً در مراجعات مبتلایان به اختلال هویت جنسی، متغیرهای متعددی را در فضای ارتباطات درون خانوادگی و شرایط اولیه رشد مشاهده می‌کنیم که آنان را از دیگران متمایز می‌سازد. این تمایز این فرض را قوت می‌بخشد که چارچوب رشد و ارتباطات اولیه کودک می‌تواند کیفیتی فراهم سازد که منجر به ایجاد اختلال هویت جنسی شود. در این اختلال عوامل گوناگونی از لحاظ سبب‌شناسی دخالت دارد. از عوامل زیستی- روانی مانند استرس پیش از تولد، اختلالات ژنتیکی، هورمونی، مشکلات عصبی و مشکلات مربوط به سیستم عصبی مرکزی می‌توان به عنوان مهم‌ترین عوامل مؤثر در شکل‌گیری این اختلال نام برد. درصد فراوانی این افراد در جمعیت عادی در مردان یک هزارم و در زنان یک سه هزارم است (رئیس‌ی و ناصحی، ۱۳۸۳).

سیماشناسی در مورد این افراد قطعیت زیادی ندارد و نمی‌توان آنها را صرفاً از روی ظاهر و چهره‌شان شناسایی کرد. اگرچه ممکن است ظاهر بعضی از این افراد، نشان‌دهنده صفت خاصی در آنها باشد، هرگونه قضاوت مبتنی بر ظاهر این افراد ممکن است ما را به اشتباه بیندازد و درمان را با مشکل مواجه سازد. درمان قطعی این اختلال جراحی تغییر جنسیت است که البته عملی بسیار پرهزینه و مشکل است و در عین حال چون امکان ایجاد اعضای جنسی داخلی و غدد جنسی وجود ندارد، صرفاً شکل ظاهری اندام‌های تناسلی تغییر می‌کند، اما با همین روش، جسم و روان آنان همخوان خواهد شد و معمولاً در بیشتر موارد با بهبود علائم روانی همراه است. اگر چه نباید از نظر دور داشت که درمان قطعی و همیشگی این بیماری کاملاً محرز و آشکار نبوده و نخواهد بود و علیرغم درمان از طریق جراحی تغییر جنسیت، درمان رفتاری و تغییر محیط زندگی افراد مبتلا نیز باید مدنظر متخصصان این امر قرار گیرد. این اختلال بر نظام شخصیتی و رفتاری و در نهایت بر

¹ Green

² Transsexuality

سازگاری افراد تأثیر می‌گذارد. اولین مشکل در خانواده این است که به علت دیدگاه‌های فرهنگی، اجتماعی، سیاسی و اقتصادی، حاضر به قبول چنین مسأله‌ای نیستند. ترس از زبازد شدن، بی‌آبرو شدن در فامیل و محله، از دست دادن حس اعتماد و مورد قبول واقع شدن باعث می‌شود. خانواده در مقابل خواسته فرزندان مقاومت نشان دهند و نتیجه آن در برخی از موارد جدال، کشمکش، ضرب و شتم و راندن آنها از خانواده و خانه است. اختلال‌های شخصیت در مردان مبتلا، شایع‌تر از زنان است (جواهری و کوچکیان، ۱۳۸۵).

پژوهش‌های اجرا شده در مورد میزان اقدام به خودکشی بیماران GID در ایالت متحده از ۱۶ درصد تا ۳۷ درصد را گزارش داده‌اند که البته فقط ۳ الی ۴ درصد به مرگ منتهی می‌شود (زوک^۱، ۲۰۰۵) و در ایران این آمار ۶۵ درصد گزارش شده است (جواهری و کوچکیان، ۱۳۸۵).

مقوله اختلال هویت جنسی به رغم ناراحتی‌های فراوانی که برای بیماران به وجود می‌آورد، تا حدودی با برخی از جرایم دیگر نیز مرتبط است و گاه می‌تواند باعث آسیب رساندن به خود یا حتی دیگران شود. افسردگی، اقدام به خودکشی و اختلالات مرتبط با مصرف مواد نیز از سایر مسائل مرتبط با این اختلال به شمار می‌آیند (TR-2000DSMIV).

در اغلب موارد برخورد والدین با افراد مبتلا به GID متفاوت است. طبق گزارشی برخورد والدین با فرزند GID در ایران در ۳۰ درصد موارد حمایت‌گرانه است، یعنی والدین از فرزندان خود حمایت می‌کنند و می‌کوشند در سایه این حمایت، مشکلات فرزندان خود را تا حدی بهبود بخشند. در ۱۰ درصد موارد با والدینی بی‌تفاوت مواجه هستیم که چندان اهمیتی به موضوع نمی‌دهند و یا به راحتی آن را نادیده می‌گیرند. اما در ۷۰ درصد موارد، والدین برخوردی توأم با عصبانیت و سرکوب دارند یا از شنیدن تقاضای فرزندشان برای تغییر جنسیت غمگین می‌شوند. این دسته از والدین معمولاً مشکلات فرزند خود را نمی‌پذیرند یا با نامهربانی، عصبانیت و سرکوفت فرزند مبتلا واکنش نشان می‌دهند. (رمضان خانی، ۱۳۸۲).

برخی از بیماران به خوددرمانی^۲ با هورمون‌ها رو می‌آورند و گاهی ممکن است به اخته کردن خود اقدام کنند. در جوامع غربی افرادی که دچار این اختلال هستند می‌توانند وضع خود را به راحتی ابراز کنند و در جستجوی راهبردهای درمانی باشند (سلواگی^۳، ۲۰۰۵).

اما در کشور ما آگاهی عمومی در خصوص این اختلال بسیار محدود است و همین آگاهی اندک یا نادرست موجب برخوردهای نادرست، نامناسب و غیرمنطقی می‌شود. برای کمک به این افراد و در نهایت کمک به بهداشت روانی جامعه، بالا بردن سطح آگاهی عمومی مردم در مورد این اختلال،

¹ Zucker

² self - treatment

³ Selvaggi

حمایت از این افراد در کسب حقوق شهروندی خود، بررسی سبب شناسی اختلال، و ادامه راهبردهای درمان دارویی و غیر دارویی ضرورت دارد (خدایاری فرد و همکاران ۱۳۸۲).

نتایج مطالعات نشان می‌دهد که بین ویژگی‌های شخصیت و رفتارهای جنسی رابطه معناداری وجود دارد. این مطالعات همچنین بیان می‌کنند که رفتارهای جنسی خاص متأثر از ویژگی‌های شخصیتی، به ویژه نوروگرایی، منجر به ایجاد بدکارکردی‌های جنسی در افراد می‌شوند (قائدی و همکاران، ۱۳۸۶).

پاترسون^۱ (۱۹۸۹) طی تحقیق خود به وجود اضطراب در ۹۸ بیمار دارای اختلال عملکرد جنسی، اشاره کرده است. علت مشترک تمام اختلالات کنش جنسی، اضطراب است. تمام نظریه‌های شخصیتی متفق القولند که اضطراب منجر به شروع و ظاهر شدن نشانه‌های اختصاصی هر بیماری و نیز رابطه جنسی می‌شود (نقل از جابری، ۱۳۷۶).

قائدی و همکاران (۱۳۸۶) در بررسی رابطه بین ویژگی‌های شخصیت و بدکارکردی‌های جنسی نشان دادند که در زنان، حدود ۲۷ درصد بدکارکردی‌های جنسی با توجه به ویژگی‌های شخصیتی پیش بینی می‌شوند و در این میان نوروگرایی پیش بینی کننده قوی تری برای بدکارکردی‌های جنسی در زنان است.

ثابتی و همکاران (۱۳۸۶)، طی پژوهشی نشان دادند که ویژگی‌های شخصیتی به ویژه روان رنجور خویی در شکل گیری باورهای جنسی منفی که منجر به بدکارکردی‌های جنسی می‌شوند، نقش دارند. در زنان ویژگی‌های شخصیتی می‌تواند حدود ۳۵ درصد از باورهای جنسی را پیش بینی کند.

پژوهش‌های متفاوتی در زمینه سبب شناسی، روان شناسی و جامعه شناسی GID اجرا شده است (سکین^۲ و همکاران، ۱۹۸۴). مطالعه ۴۷۹ فرد داوطلب تغییر جنسیت وجود تمایلات خودکشی، بیماری‌های روانی، قطع عضو، اعتیاد و سابقه جنایی را در این افراد نشان داده است. هینگ^۳ و همکاران در مطالعه روسپیگری بیماران GID وجود روسپیگری در این افراد را تقریباً ۹/۱۶ نشان داده‌اند و در پژوهش دیگری در سال ۱۹۹۷ موارد روسپیگری را ۵۰ درصد گزارش کردند. در مطالعه طولی کوپر^۴ و همکاران (۲۰۰۲) روی ۶۰ نفر، افسردگی، اضطراب، پارانوئید به وضوح نشان داده شد و شرکت کنندگان در مطالعه در آزمون SCL-90 نمرات بالایی آوردند. در میان این افراد ۴۳ درصد ازدواج کرده و ۱۸ درصد طلاق گرفته بودند. توبر^۵ (۱۹۸۹) با انجام دادن آزمون رورشاخ برای افراد مبتلا به GID متوجه شد که در این افراد اختلال در نحوه تفکر، آشفستگی ادراکی، پایین بودن میزان ادراک متعارف و مشکل در موضوعات

¹ Paterson

² Sakin

³ Hing

⁴ Koper

⁵ Tober

وابسته به تصور و تحلیل وجود دارد. یولند^۱ (۲۰۰۵) در مطالعه‌ای به مقایسه نمرات SCL-90 دو گروه بدون تمایلات همجنس گرایانه و دارای همجنس گرایانه پرداخت و متوجه شد که بیماران GID بدون تمایلات همجنس گرایانه، نسبت به بیماران همجنس گرا مشکلات روان شناختی و آسیب پذیری بیشتری دارند (نقل از جواهری و کوچکیان، ۱۳۸۵).

مهرابی بین سالهای ۱۳۶۸-۱۳۷۴ (۵۷) بیمار را مطالعه کرد و نتایج زیر را به دست آورد:

- تحصیلات بیشتر این افراد تا دیپلم بود و از نظر شغلی کارمندان بیشترین مراجعه کنندگان بودند. - ۸۴ درصد افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی تمایلات همجنس گرایانه داشتند. - شایع‌ترین بیماری در این افراد افسردگی است (حدود ۳۵ درصد). وضعیت خانوادگی نامناسب، عدم تفاهم والدین و فقدان والد همجنس در آنان مشاهده شد (نقل از رمضان خانی، ۱۳۸۲).

لوین^۲ و همکاران (۱۹۹۰) ضمن مروری بر اختلال هویت جنسی، پیشنهاد می‌کنند که درمان ترجیحی برای این افراد در وهله اول و قبل از عمل جراحی شامل شرکت در جلسات روان درمانی انفرادی و خانوادگی، دریافت آموزش درباره فیزیولوژی جنسی و توجه به سایر ابعاد تحول اجتماعی، شناختی، ذهنی، شغلی و بین فردی خود و تغییر نگرش در مورد جنسیتشان است. این محققان با مطالعه متون مرتبط دریافتند که معمولاً اکثر افراد پس از اجرای عمل جراحی و مصرف هورمون، دچار مشکلاتی در زمینه روابط بین فردی در محیط کار، خانواده و همسالان می‌شوند و این مشکلات به بیکاری، طلاق و انزوای اجتماعی آنان می‌انجامد.

زاگر و برادلی^۳ (۲۰۰۲) با مرور متون تحقیقی دریافتند که درمانهای روان شناختی نظیر رویکردهای درمانی گرین، نیومن و استولر^۴ (۱۹۷۲) و درمانهای خانوادگی با استفاده از فنون شناختی- رفتاری منجر به تغییرات مثبت و پایداری در نوجوانان مبتلا به اختلال هویت جنسی می‌شود و از تمایل آنان به تغییر جنسیت در بزرگسالی و درگیر شدن در روابط با افراد همجنس پیشگیری می‌کند.

لوی و کورفمن^۵ (۲۰۰۴) اعتقاد دارند، اگرچه عمل جراحی برای تغییر جنسیت ممکن است پیامدهای کوتاه مدتی در افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی داشته باشد، اما این افراد در طولانی مدت و پس از عمل جراحی دچار مشکلاتی نظیر افکار و تمایلات خودکشی، عدم کارکرد اجتماعی و بین فردی رضایت بخش، از دست دادن کار و حمایت‌های خانوادگی، نگرش منفی به شرکت در جلسات درمانی و روان درمانی و مقاومت پایدار در برابر تغییر جنسیت می‌شوند. این صاحب نظران

¹ Yoland

² Levin

³ Zucker & Bradley

⁴ Green, Newman & Stoller

⁵ Levey & Curfman

پیشنهاد کرده‌اند که افراد خواهان تغییر جنسیت لازم است قبل از عمل جراحی در جلسات روان درمانی شناختی-رفتاری، خانوادگی و انفرادی شرکت کنند و از این طریق نگرش به جنسیت بیولوژیکی خود را عوض کنند و با آن سازگار شوند.

عطار و رسولیان (۱۳۸۲) طی یک گزارش موردی به معرفی یک مورد اختلال هویت جنسی و تغییر جنسیت طلبی در یک خانم ۴۰ ساله پرداخته‌اند. آنان دریافتند که مورد مبتلا به این اختلال هیچ گونه مشکل ژنوتیپی نداشته و علی‌رغم انجام شش عمل جراحی برای تغییر جنسیت یک ماه پس از زندگی کردن در نقش یک مرد، تغییر عقیده داده و خواهان برگشت به وضعیت جنسی اولیه خود بوده است. این محققان معتقدند که قبل از عمل جراحی بهتر است با دقت بیشتری به ارزیابی ملاکهای تشخیصی پرداخت و از تصمیم‌گیری شتاب زده برای عمل جراحی خودداری کرد.

خدایاری فرد، محمدی و عابدینی (۱۳۸۲) نیز به گزارش یک مورد درمان موفقیت‌آمیز اختلال تغییر جنسیت طلبی در یک دانشجوی پسر ۲۰ ساله با استفاده از درمان شناختی، رفتاری و معنوی پرداختند. این محققان معتقدند که یکی از دلایل احتمالی تأثیر و کارآمدی این روش درمانی، همکاری و مشارکت فعالانه اعضای خانواده مراجع در فرایند درمان بوده است.

نارضایتی جنسی و اقدام به تغییر جنس، وضعیت پیچیده‌ای است که بر سلامتی و عملکرد اجتماعی افراد، تأثیر قابل ملاحظه‌ای دارد یکی از پیامدهای این اختلال تأثیرگذاری در کیفیت تعامل والدین-فرزندان است. پیامد دوم موضوع تغییر جنس است که دشواری متقاعد کردن خانواده‌ها به انجام دادن عمل جراحی یکی از شرایط و پیامدهای نارضایتی جنسی است. تغییر جنس بر هویت افراد نیز اثر می‌گذارد. انجام دادن عمل جراحی برای ورود به جنس دیگر کافی نیست، بلکه لازم است فرد رفتارهای خاص آن جنس را بیاموزد و دیگران نیز باید او را به عنوان یک مرد یا یک زن بپذیرند. علاوه بر آن، تغییر جنس دایره نقشهای اجتماعی افراد را نیز تغییر می‌دهد. نکات و موارد یاد شده بیانگر آن است که نارضایتی جنسی بر ابعاد مختلف سلامت فرد در عرصه زندگی شخصی و اجتماعی تأثیر می‌گذارد و در کل می‌توان گفت شرایط یاد شده در مجموع از ظرفیت سرمایه اجتماعی افراد می‌کاهد. تمام پیامدهای موجود در میان افراد مبتلا، ضرورت و اهمیت پژوهش روی این گروه از افراد را آشکار می‌کند. ارزیابی شخصیت بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی، اطلاعات با ارزشی در مورد تشخیص، پیش‌آگهی و درمان آنها به دست می‌دهد. در بیمارانی که دارای مشکلات شخصیتی نیز هستند، جراحی جوابگوی مشکلاتشان نیست، چه‌بسا ممکن است وضعیت آنها وخیم‌تر شود. این پژوهش با هدف بررسی مقایسه و ویژگیهای شخصیتی بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی و افراد سالم اجرا شده است.

سوال پژوهش: آیا بین ابعاد ویژگیهای شخصیتی افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی و افراد

روش پژوهش: طرح پژوهش از نوع علی مقایسه‌ای است. جامعه پژوهش شامل کلیه مردان مبتلا به اختلال هویت جنسی است که در مرکز مدیریت بحران شهید نواب صفوی واقع در میدان شهید محلاتی تهران حضور داشتند. از جامعه مذکور ۲۰ نفر مرد که روان شناسان و روان پزشکان آنها را مبتلا به اختلال هویت جنسی تشخیص داده بودند و پاسخگویی به چک لیست ملاکهای تشخیص اختلال هویت جنسی در DSMIV وجود اختلال را تأیید کرد، انتخاب شدند. همچنین نمونه‌ای بیست نفری از مردان عادی جامعه که از نظر برخی متغیرها با گروه آزمایش همگن بودند به عنوان گروه گواه انتخاب شدند. در ضمن هر دو گروه در دامنه سنی ۳۵-۲۰ سال قرار داشتند و حداقل تحصیلات آنها دیپلم بود.

ابزار مورد استفاده در پژوهش

ابزار اندازه گیری در این پژوهش عبارت است از:

۱. پرسشنامه پنج عاملی شخصیت نئو با ۶۰ سؤال است. این پرسشنامه نوعی خودسنجی ویژگیهای شخصیتی و مبتنی بر یک مدل شخصیتی به نام مدل پنج عاملی است (گولدرگ، ۱۹۹۳). در نسخه تجدیدنظر شده پرسشنامه شخصیتی نئو، پنج عامل یا حیطه مزبور عبارتند از: روان رنجور خویی، برون گرایی، تجربه گرایی (انعطاف پذیری در برابر تجربه)، موافقت (دلپذیری) و جدیت (با وجدان بودن). پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ بین ۷۶ تا ۸۲ درصد محاسبه شده است (حق شناس، ۱۳۸۷).

۲. چک لیست ۲۳ سؤالی که با ملاکهای تشخیصی DSMIV برای اختلال هویت جنسی تطابق کامل دارد و پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه شده است. آزمودنیها به این چک لیست به صورت بلی یا خیر پاسخ می‌دهند. افراد دچار اختلال هویت جنسی به اکثر سؤال‌های این چک لیست پاسخ مثبت می‌دهند، در حالی که افراد بهنجار یا به ندرت پاسخ مثبت می‌دهند یا هیچ گاه به آنها پاسخ مثبت نمی‌دهند. این چک لیست ترجمه ملاکهای تشخیص اختلال هویت جنسی در DSMIV است.

داده‌های پژوهش

یافته‌های پژوهش در دو سطح توصیفی و استنباطی در زیر توضیح داده می‌شود.

جدول ۱: شاخص سن افراد شرکت کننده در پژوهش

متغیر	فراوانی	درصد
۲۰-۲۵	۲۲	۵۵٪
۲۵-۳۰	۱۲	۳۰٪
۳۰-۳۵	۶	۱۵٪

با توجه به نتایج جدول، بیشترین دامنه سنی بین ۲۵-۲۰ سال است که ۲۲ نفر یا ۵۵ درصد نمونه پژوهش را تشکیل می‌دهند.

جدول ۲: شاخص تحصیلات افراد شرکت کننده در پژوهش

متغیر	فراوانی	درصد
لیسانس و بالاتر	۸	۲۰٪
فوق دیپلم	۱۲	۳۰٪
دیپلم	۲۰	۵۰٪

با توجه به نتایج جدول بیشترین سطح تحصیلات شرکت کنندگان دیپلم است که ۲۰ نفر یا ۵۰ درصد نمونه پژوهش را تشکیل می‌دهند.

جدول ۳: داده‌های توصیفی ابعاد ویژگی‌های شخصیتی در افراد سالم و بیمار

انحراف معیار	میانگین	نمونه	گروه
روان رنجوری	۳۷/۴۵	۲۰	بیمار
			سالم
تجربه گرایی	۴۰/۲۵	۲۰	بیمار
			سالم
جدیت	۴۵/۴۵	۲۰	بیمار
			سالم
برون گرایی	۴۲/۲۰	۲۰	بیمار
			سالم
موافقت	۴۰/۱۰	۲۰	بیمار
			سالم
کل	۲۰۶/۱۰	۲۰	بیمار
			سالم
۱/۰۹۷	۳۲/۷۵	۲۰	
۱/۶۴۶	۳۹/۱۵	۲۰	
۰/۹۲۷	۴۵/۲۵	۲۰	
۰/۷۰۵	۴۵/۲۵	۲۰	
۱/۰۹۲	۴۲/۲۰	۲۰	
۱/۲۸۱	۴۰/۷۵	۲۰	
۱/۱۰۹	۴۰/۱۰	۲۰	
۰/۸۱۹	۴۲/۳۰	۲۰	
۰/۵۸۵	۲۰۶/۱۰	۲۰	
۰/۸۴۳	۲۰۲/۹۰	۲۰	

با توجه به نتایج جدول بالا در تمامی ابعاد شخصیتی میانگین افراد بیمار از افراد سالم بیشتر جز در عامل موافقت که میانگین افراد سالم بیشتر از افراد بیمار است.

جدول ۴: تفاوت میانگین دو گروه بیمار و سالم در ابعاد ویژگیهای شخصیتی

مؤلفه‌ها	آزمون برابری میانگین‌ها			
	مقدار t	درجه آزادی	سطح معناداری	تفاوت میانگین
	۱۰/۳۹	۳۸	۰/۰۰۱	۴/۷۰
تجربه گرایی	۴/۴	۳۸	۰/۰۰۱	۱/۰۱
جدیت	۰/۰۸	۳۸	۰/۵۶	۰/۲۰
برون گرایی	۵	۳۸	۰/۰۰۱	۰/۴۵۱
موافقت	-۵/۴۵	۳۸	۰/۰۰۱	-۱/۲۰
کل	۴/۴۴	۳۸	۰/۰۰۱	۳/۲۰

با توجه به نتایج جدول بالا استنباط می‌شود که از میان ابعاد شخصیت، ویژگیهای روان رنجوری، تجربه گرایی و برون گرایی در افراد بیمار نسبت به افراد سالم در سطح بالاتری است، ولی افراد سالم در مؤلفه موافقت نسبت به افراد بیمار در سطح بالاتری قرار دارند. بین افراد سالم و بیمار در مؤلفه جدیت تفاوت معناداری مشاهده نشد. $P < 0/001$

جدول ۵: تحلیل واریانس افراد سالم و بیمار در متغیر ویژگیهای شخصیتی

منابع پراکندگی	مجموع مجذورها	درجه آزادی	مجدور میانگین	F	p
بین گروه‌ها	۸۱۸/۷۶۰	۴	۲۰۴/۶۹۰		
درون گروه‌ها	۱۸۳۴/۴۰۰	۹۵	۱۹/۳۰۹	۱۰/۶۰	۰/۰۰۰
کل	۲۶۵۳/۱۶۰	۹۹			

با توجه به نتایج جدول، بین افراد سالم و بیمار در متغیر ویژگیهای شخصیتی تفاوت معناداری وجود دارد. $F=10/60, P<0/001$

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه ویژگیهای شخصیتی افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی و افراد بهنجار اجرا شد. نتایج حاکی از آن است که در مؤلفه روان رنجور خوبی بین افراد سالم و بیمار تفاوت معناداری وجود دارد، بدین صورت که افراد دچار اختلال هویت جنسی تنش و روان رنجور خوبی بیشتری دارند، علی‌رغم اینکه تا حدی سعی داشتند این صفت را مخفی کنند. نکته بدیهی این است که غالباً اختلال در سنین کودکی وجود دارد و رفتارهای مغایر با جنسیت بیولوژیک را اطرافیان تشخیص می‌دهند. این افراد غالباً بعد از رسیدن به سن بلوغ دچار مشکلات بیشتری

می‌شوند، زیرا در این سن احساس هویت و داشتن نقش مردانه یا زنانه اهمیت زیادی می‌یابد. برخی از این افراد درصدد چاره جویی برمی‌آیند و به پزشک مراجعه می‌کنند، عده‌ای دیگر ناخواسته به انحراف کشیده می‌شوند، برخی دچار اختلالات روانی دیگر (به ویژه افسردگی) می‌شوند و سرانجام عده‌ای بدون اینکه به شناخت درستی از مشکل خود دست یابند سال‌های عمر خود را با تشویش و نارضایتی هویتی سپری می‌کنند. متأسفانه به دلیل ناآگاهی، شرم یا ناکارآمدی درمانها، افراد مبتلا به این اختلال از نظر درمانی سرنوشت متفاوتی دارند و در بعضی از موارد سوءاستفاده‌هایی نیز از آنها می‌شود. از سوی دیگر یکی از بخش‌های تغییر جنس و به دنبال آن تغییر نقش، تغییر کردن شغل افراد است و بنابراین باید توانایی انطباق با محیط و شغل جدید را کسب کرده باشند. اما در بسیاری از موارد این امر تحقق نمی‌یابد و افراد احساس می‌کنند از پس شغل و حرفه‌ای برنمی‌آیند. علاوه بر این، حمایت‌های جامعه از این افراد نیز بسیار کم است و با توجه به ویژگیهای فرهنگی کشور ما که ممکن است مبتلایان به اختلال و خواهان تغییر جنسیت، نه تنها بیمار شناخته نشوند، بلکه رفتارهای آنان نوعی اعمال بزهکارانه و گمراهی به شمار آید و همچنین به دلیل اینکه اجرای عمل جراحی برای تغییر جنسیت در کشور ما آسان نیست، این افراد نسبت به افراد عادی دچار تنش و روان رنجورخویی بیشتری می‌شوند. پژوهشگران مختلف از جمله پاترسون (۱۹۸۹)، کوپر و همکاران (۲۰۰۲) و یولند (۲۰۰۵) نیز به وجود رابطه میان اضطراب و اختلال هویت جنسی اشاره کرده‌اند.

همچنین در مؤلفهٔ برون‌گرایی بین افراد سالم و بیمار تفاوت معناداری مشاهده شد. یعنی افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی برون‌گراتر بودند. به نظر می‌آید چون این افراد باید تغییر نام و لباس دهند و در اجتماع در نقش جنس مقابل حضور یابند و جامعه و نهادهای اجتماعی آنها را بپذیرند، ویژگی برون‌گرایی در آنها بیشتر است و برآنند که به موفقیت در آینده امیدوار باشند و به عنوان عضو جنس مقابل پذیرفته شوند و آرزو می‌کنند که مثل فردی متعلق به جنس مقابل رفتار کنند و دیگران هم مثل جنس مقابل با آنها رفتار نمایند.

نتایج یافته‌ها حاکی از آن بود که بین افراد سالم و بیمار در بُعد تجربه‌گرایی تفاوت معناداری وجود دارد. افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی تمایل دارند خصوصیات جنسی جنس مقابل را کسب کنند و ممکن است معتقد باشند با جنسیت دیگری به دنیا آمده‌اند. آنها در مورد عضو جنس مخالف بودن تخیلات و رویاپردازی‌های دائمی دارند و تجربه‌های عاطفی درونی خود را مورد توجه قرار می‌دهند. بسیاری از این افراد برای تغییر جسمانی خود متقاضی اقدامات طبی و اعمال جراحی می‌شوند و به نظر می‌رسد در دنیای کنونی نیز دنبال چنین تجربی باشند. وجود تفاوت معنادار در نمرهٔ موافقت بین افراد عادی و مبتلا نشان می‌دهد که این افراد موافقت و سازگاری کمتر دارند. یک ترانس سکس‌وئل با کلیهٔ مشخصات تکامل یافته یک جنس به دنیا می‌آید، ولی با وجود این از سنین کم و حتی سنین قبل از مدرسه دچار آشفتگی هویت جنسی می‌شود و از همان سنین به شرایط خود پی می‌برد. www.SID.ir

ترتیب با آنها تماس پیدا می‌کنند. نوع کنش‌ها و واکنش‌های اطرافیان گاهی آنچنان شدید و پر تنش است که به نتایج بسیار غم‌انگیز و فاجعه‌باری منتهی می‌شود. متأسفانه در سابقه زندگی این افراد به کرات با موارد شدید و جدی اقدام به خودکشی برمی‌خوریم. افراد مبتلا به این اختلال به شدت مورد تمسخر و طرد همسالان خود قرار می‌گیرند و این مشکل بهزیستی روانی آنان را به مخاطره می‌اندازد و به کاهش عزت نفس و اعتماد به نفس منجر می‌شود. همچنین روابط آنان با والدینشان به شدت مختل می‌شود. درگیر شدن در روابط جنسی با افراد همجنس، پیامدهای منفی و نامطلوبی برای آنان ایجاد می‌کند. این خود دلیل طرد و انزوای آنان است. پژوهش‌های مختلف از جمله مطالعات لوی و کورفمن (۲۰۰۴)؛ لوین و همکاران (۱۹۹۰) و عطار و رسولیان (۱۳۸۲) در زمینه پیگیری پس از درمان افرادی که به کمک عمل جراحی تغییر جنسیت داده‌اند، نشان داده است که این افراد پس از جراحی از نظر میزان سازگاری و کاهش نشانگان روان‌شناختی همبود با این اختلال هیچ تغییر معناداری نشان نداده‌اند و گاه حتی از تغییر جنسیت خود به شدت پشیمان شده‌اند.

افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی و افراد عادی در ویژگی جدیت (وظیفه‌شناسی) تفاوت معناداری نداشتند، دلیل آن را می‌توان گروه درمانی، میل به بهبود و انتظارات مشاوران از این افراد در طول گروه درمانی دانست. ضروری است افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی قبل از هر گونه اقدامی برای تغییر جنسیت، در جلسات روان‌درمانگری شرکت کنند به خصوص در کشور ما که تغییر جنسیت و عمل جراحی برای تغییر جنسیت کار بسیار مشکلی است و نه تنها به راحتی امکان پذیر نیست، بلکه پیامدهای منفی اجتماعی و اخلاقی دارد. بر این اساس به کارگیری فن بازسازی شناختی بسیار مؤثر است. زیرا با استفاده از این روش می‌توان باورهای نادرست و غیر منطقی فرد درباره جنسیت خود را شناسایی کرد و مورد چالش قرار داد و باورها و انتظارات منطقی و درست را جایگزین آنها ساخت.

به هر حال اکنون در علم پزشکی پذیرفته شده است که باید به خواست این افراد احترام گذاشت و برای تغییر ظاهر آنها به جنس مورد درخواستشان تلاش کرد. پس از عمل جراحی و تأیید متخصصان سازمان پزشکی قانونی نیز باید شناسنامه جدید با هویت جنسی مخالف به متقاضی بدهد. ولی برخلاف تصور رایج، این پایان کار نیست. این فرد باید مورد حمایت قرار گیرد تا شغلی داشته باشد برای بالا بردن توانایی او در سازگاری با شرایط جدید تمهیداتی اندیشیده شود و سرانجام این که ترجیحاً وی را به آغوش خانواده بر گردانند. البته تقریباً همه این اقدامات با دشواری‌های فراوان همراه است و در اغلب موارد اجرای آنها عملاً غیرممکن است، حال آن که این اقدامات می‌تواند پیش‌آگهی بیمار را بهتر کند. مهم‌ترین اقدامی که باید در جامعه برای این افراد انجام داده شود اطلاع‌رسانی عمومی است. متأسفانه عموم مردم این افراد را همجنس باز تلقی می‌کنند و این نگرش نیاز به اصلاح دارد.

منابع فارسی

- ثابتی آزاد رستمی، ر. و محمدی جوینده، س. (۱۳۸۶). بررسی رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی و باورهای جنسی. خلاصه مقالات سومین کنگره سراسری خانواده و سلامت جنسی. دانشگاه شاهد.
- جابری، پ. (۱۳۷۶). بررسی اثر بخشی تکنیک‌های شناختی- رفتاری بر درمان زنان مبتلا به فوبیای جنسی. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، انستیتو روان پزشکی ایران.
- جواهری، ف. و کوچکیان، ز. (۱۳۸۵). اختلال هویت جنسی و ابعاد اجتماعی آن، بررسی پدیده نارضایتی جنسی در ایران. فصلنامه علمی- پژوهشی / رفاه اجتماعی، سال پنجم، شماره ۲۱.
- حق شناس، ح. (۱۳۸۵). طرح پنج عاملی ویژگی‌های شخصیت: راهنمای تفسیر و هنجارهای آزمونهای NEO PI-R و NEO FFI. شیراز: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی شیراز.
- خدایاری فرد، م؛ محمدی، م. ر. و عابدینی، ی. (۱۳۸۲). درمان شناختی- رفتاری اختلال تبدل خواهی با تأکید بر درمان معنوی: بررسی موردی: فصلنامه‌اندیشه و رفتار ۳۵: مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی، سال نهم، شماره ۳ ص ۱۲-۲۱
- رئیس، ف. و ناصحی، ع. (۱۳۸۳). اختلال هویت جنسی شهر. تهران: نشر صدا
- رمضان خانی، ف. (۱۳۸۲). هویت جنسی و نقش آن در اختلالات جنسی. فصلنامه مطالعات جوانان. شماره ۶.
- سیدمحمدی، ی. (۱۳۷۹). روان شناسی نابهنجاری. آسیب شناسی روانی. تهران: نشر ساوالان.
- عطار، ح. ر. و رسولیان، م. (۱۳۸۲). تشخیص اولیه اختلال هویت جنسی: گزارش موردی فصلنامه‌اندیشه و رفتار: مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی، سال نهم، شماره ۳ ص ۶-۱۱.
- قائدی، غ ح، و ثابتی، آ. محمدی، ف. (۱۳۸۶). بررسی رابطه بین ویژگی‌های شخصیت و بدکار کردی‌های جنسی. خلاصه مقالات سومین کنگره سراسری خانواده و سلامت جنسی. دانشگاه شاهد.

منابع انگلیسی

- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition) Text Revision. (DSM-IV-TR). Washington DC: APA.
 - Green, R. (2005). Identity Disorders. In: B. J. Sadocks V. A. sodock comprehensive text book of psychiatry (8th ed) William and wilkins. Philadelphia USA.
 - Levine, S. B., Brown, G.; Colman, E.; Cohen-Kettenis, P., & Schaefer, L.C. (1990). The Standard of Care for Gender Identity Disorder. Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association. New York.
- Levey, R., & Curfman, W.C. (2004). Sexual and Gender Identity Disorder. *Science*, 30(6), 1034-1037.
- Richardson, J. (1999). Response: Finding the Disorder in Gender Identity Disorder, *Harvard Rev. Psychiatry* 7:43-50.
- Selvaggi, G. P. (2005). Gender overview and surgical treatment for vagina plasty in male to female transsexuals.
 - Zucker, K. J., & Bradley, S. (2002). Gender Identity and psychosexual problem in children and Adolescents. *Clinical Issues*, 32(12), 115-125.
 - Zucker, K. (2005). Gender Identity Disorder Diagnosis under Attack. NARTH(National Association for Researchs Therapy of homosexuality. October.