

تحلیل کیفی پدیدار شناختی ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی دگرجنسیت خواهی

دکتر علی اصغر نژاد فرید*

فاطمه زم**

دکتر فرامرز سهرابی***

دکتر فریبرز باقری****

چکیده

یکی از اختلالات فهرست شده در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلال هویت جنسی است که به موجب آن بین جنسیت تعیین شده فرد و هویت جنسی او مغایرت وجود دارد. هدف از انجام این پژوهش، استخراج مهمترین ابعاد فضای پدیدار شناختی و مفاهیم روانشناختی دگرجنس خواهی در فرهنگ ایران و شناسایی موانع و مشکلات افراد دگرجنس خواه در کسب هویت جنسی همخوان است. پژوهش حاضر از نوع پس رویدادی است. نمونه مشتمل بر ۴ نفر از افراد مبتلا است که با روش گلوله برفی انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل مصاحبه، مشاهده به عنوان ناظر و یادداشت های میدانی بود. جمع آوری اطلاعات حول اهداف تعیین شده با استفاده از روش تحلیل محتوا، ۵۷۹ گزاره از واحدهای معنایی به دست داد. با تحلیل مکرر مقوله هایی که در این پدیده وجود داشت، تعیین شد. مقوله ها توسط دو نفر از متخصصین روانشناسی نمره گذاری و با استفاده از ضریب کاپای کوهن میزان اعتبار نظرات آنها به دست آمد. یافته ها نشان می دهد ۱۴ مقوله از نظر دو نمره گذار مهم تلقی شده و ضریب اعتبار بین نظرات آنها ۰/۶۷ است. ضریب فوق بر اساس طبقه بندی روستمایر (۱۹۹۲) در حیطه نسبتا خوب قرار می گیرد.

واژه های کلیدی: هویت، هویت جنسی، اختلال هویت جنسی، دگر جنسیت خواه، تعیین مجدد جنسی.

Email: Aliasghar.afarid2009@yahoo.com

* استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

** دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی و عضو باشگاه پژوهشگران جوان

Email: Fatemezam@yahoo.com

*** استادیار دانشگاه علامه طباطبایی

**** استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران



مقدمه

یکی از مسائلی که امروزه در حوزه روانشناسی و آسیب‌های اجتماعی مطرح می‌شود، مسئله هویت است. جنسیت^۱ از جمله طبقه‌بندی‌های اجتماعی عمده در هر جامعه محسوب می‌شود. در بعد اجتماعی و مفهوم‌سازی هویت خود، اولین سئوالی که در هنگام تولد نوزاد می‌پرسند این است که نوزاد پسر است یا دختر؟ در همه فرهنگها مجموعه‌ای از علایق، خصوصیات شخصیتی و رفتارها، زنانه یا مردانه تلقی می‌شوند. کودکان در همان آغاز که هنوز کوچکنند، این معیارهای فرهنگی را می‌آموزند و کسب می‌کنند. این اکتسابات در طول زندگی تا رسیدن به مرحله نوجوانی فراز و نشیب و روند طولانی دارد و در دوره نوجوانی این تغییرات چشمگیرتر است. نوجوانان به اقتضای سن خود در جستجوی هویت خویش هستند. به علت تغییر و تحولات شدید در جسم و روح، نوجوان به خود آمده و دوره خودشناسی و تطبیق آموخته‌ها با واقعیات را انجام داده و نتیجه این تعاملات، تثبیت هویت شخصی در شاهراه فکری اوست. کسب متعادل هویت، رفتار متعارف در جامعه را باعث می‌شود (ساپورا و برزک^۲، ۱۹۸۳). یکی از ابعاد هویت^۳، هویت جنسیتی^۴ است که یک حالت روانشناختی محسوب می‌شود و بازتاب احساس درونی شخص از زن یا مرد بودن خویش است. اختلال هویت جنسیت، به میل مستمر فرد برای بودن در جنس مقابل و اصرار بر تعلق به جنس مقابل همراه با احساس ناراحتی شدیدی از بابت جنس و نقش جنسی تعیین شده اطلاق می‌گردد. فرد مبتلا به اختلال هویت جنسی^۵ تلاش می‌کند برای شناخته شدن به عنوان جنس مقابل در جامعه و اخذ درمان هورمونی برای تقلید ریخت بدنی جنس زیستی مقابل تظاهر کند (کاپلان و سادوک^۶، ۲۰۰۷).

هویت جنسی پایه و مبنایی است که هر آن چه در رابطه با تفکر، نقش، رفتار و تمایلات جنسی اعم از بهنجار و نابهنجار از فرد مشاهده می‌شود، دارای ارتباط ریشه‌ای و بنیادی با هویت اوست و هرگونه انحراف از مسیر بهنجار شکل‌گیری هویت جنسی پایه‌گذار نوعی ناسازگاری می‌شود که شکل مشخص و شدید آن، اختلال هویت جنسی است (طالبیان، ۱۳۸۴).

عمل جراحی برای تغییر جنسیت تنها راه ممکن برای خلاصی از وضع موجود در مبتلایان به اختلال هویت جنسی از منظر بیماران محسوب می‌شود. بسیاری از افرادی که تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند، بعد از عمل احساس رضایت دارند. نکته مهم آن است که بعد از عمل فرد نباید رها شود و متخصصان باید از وی حمایت کرده و از وضعیت وی باخبر باشند (کاهانی، ۱۳۸۱).

در بررسی مسائل روانشناختی، دیدگاه‌های مختلفی برای تبیین آنها وجود دارد. در این پژوهش، بر مهمترین دیدگاه‌های موجود تأکید شده است.

رشد روانی - جنسی نوجوانان از زمانی است که غدد جنسی فعال شده و فعالیت‌های پنهانی خود را با همکاری سایر غدد داخلی آغاز می‌کند. در این زمان هورمون‌های جنسی در خون افراد وارد می‌شود و تحول و انقلاب همه جانبه‌ای را در مزاج آنان به وجود می‌آورد. ظهور غریزه جنسی در سنین نوجوانی به منزله بشارتی است در جهت

1 - gender

2 - Sapora & Brzek

3 - identity

4 - gender identity

5 - gender identity disorder

6 - Kaplan & Sadock

رشد طبیعی فردی جوان که در آینده ای نه چندان دور، او می تواند مانند هر انسان بزرگسالی تشکیل خانواده دهد. هنگام بلوغ، محبت و دوستی در نوجوانان نسبت به جنس مخالف پدید می آید. این کشش نشانه ای از رحمت الهی است که خداوند برای استواری نظام خانواده و گزینش همسر آینده تدارک دیده است (کاهانی، ۱۳۸۱).

یکی از نافذترین و بحث انگیزترین نظریه های ظهور هویت جنسی، نظریه فروید^۱ است. بنابر نظر وی، یادگیری تفاوت های جنسی در کودکان و خردسالان بر اساس داشتن یا نداشتن آلت رجولیت متمرکز است. "من آلت رجولیت دارم" معادل است با "من پسر" و بالعکس. فروید تأکید می کند تنها تمایزات کالبد شناختی نیستند که در اینجا مهم هستند، داشتن یا نداشتن آلت رجولیت نشان دهنده مردانگی یا زنانگی است.

فروید رشد روانی-جنسی را در مراحل مختلف تحت بررسی قرار داده است. یکی از آن مراحل، مرحله بلوغ و نوجوانی است. فروید، بلوغ دختران را در حدود سیزده سالگی مطرح و بیان داشته است: انرژی جنسی یا نیروی کامل بلوغ به جریان در می آید و دفاع های مستقر را تهدید به فروپاشی می کند. یک بار دیگر احساسات ادیپال تهدید به ظهور در خودآگاه می کند و این بار فرد جوان به اندازه کافی بزرگ است که بتواند این احساسات را در عالم واقع به مرحله انجام برساند. او معتقد است احساسات ادیپال به وسیله آزادسازی فرد از قیود والدین صورت می گیرد (گرین، ۱۹۹۸). به بیان دیگر، عقده ادیپ که در مرحله چهارم به شکل طرح یک رابطه مثلثی (طفل، پدر، مادر) بود، در این مرحله تجدید می شود و رابطه مثلثی دوره گذشته از نو به وجود می آید، منتها با افراد دیگر و می بینیم که این تجدید طبع در موقعیتی است که زیر بنایش تغییر یافته و معشوق جای پدر و مادر را گرفته است (منصور، ۱۳۷۴).

فروید معتقد است در این دوره، دستگاه تناسلی به حد کافی رشد رسیده و به کار می افتد. این دستگاه نواحی شهوت زا را که قبل از بلوغ به صورت پراکنده در بدن هستند، متمرکز می سازد. در نتیجه، یک نوع همگرایی (که نقطه کانونی آنها دستگاه تناسلی است) ایجاد می شود. با همه اینها مدت ها این دستگاه کامل یا به صورت خالی می چرخد؛ یعنی تا مدت ها نیاز به ایجاد رابطه با فرد دیگر در فرد آدمی نیست و مدت ها این وضع ادامه دارد تا به تدریج وضع از مرحله ارضای جنسی به وسیله خود، به مرحله ارضای جنسی به کمک دیگری تبدیل شود (منصور، ۱۳۷۴).

پیازه^۳، روانشناس و فرضیه پرداز بزرگ معاصر بود. وی بر اثر پژوهشها و تجربیاتش به تئوری جامع و قاطعی در مورد رشد و تحول شناختی دست یافت. یکی از مراحل رشد، مرحله نوجوانی است. پیازه اعتقاد دارد بر خلاف کودکان که در مرحله اعمال ملموس بوده و به طور اساسی در "اینجا و در زمان حال" زندگی می کند؛ نوجوانان، درباره مسائل دور از دسترس یعنی راجع به آینده خود و جامعه ای که می خواهند به آن داخل شوند، می اندیشند. در این فرایند، نیروهای شناختی نوین نوجوانان ممکن است آنان را به آرمان گرائی مفرط و تمایل به مدینه فاضله رهنمون کند. نوجوانان حال می توانند اصول و افکار انتزاعی همچون آزادی، عدالت و عشق را دریابند و جوامع فرضی را پیش خود مجسم کنند که خیلی با جوامع کنونی متفاوت باشد. بدینسان نوجوان به صورت یک رویابین درمی آید که نظریه هایی برای یک دنیای بهتر می سازد. پیازه معتقد است چنین تفکر کمال گرایانه و متمایل به مدینه فاضله نیز نوعی از ردپاهای اندیشه خودمداری دوره

1 - Sigmund Freud
2 - Green
3 - Piaget

کودکی است. آنان رؤیای یک آینده با شکوه و یا دگرگونی جهان از راه اندیشه ها را در سر می پروراندند، بی آن که در صدد آزمون اندیشه های خود در دنیای واقعی برآیند (گرین، ۱۹۹۸).

اریکسون^۱ در تئوری خود در باب رشد روانی-اجتماعی، هشت مرحله رشدی را در طول زندگی انسان مطرح کرد. مرحله پنجم نظریه وی، مرحله نوجوانی است. به نظر اریکسون، نخستین تکلیف یک نوجوان، برقراری احساس نوینی از هویت دیگر است. یعنی این احساس که انسان برای کیست و جایگاه فردی او در نظم گسترده تر اجتماعی کجاست. بحران این مرحله عبارت است از، هویت در مقابل سرگردانی از بابت نقش اجتماعی، وجود تکانه های نوجوان و رشد سریع جسمی باعث می گردد که یک حس سرگردانی از بابت هویت در نوجوان پدید آید و این رشد سریع باعث می گردد که حتی خود آنها نیز خود را به ندرت بشناسند. رشد جسمی و یا تکانه های جنسی نیست که به خودی خود نوجوانان را دچار مشکل می کند، بلکه مسئله اصلی این فکر است که شاید نوجوان به نظر دیگران خوب نرسد و یا طبق انتظارات آنان نباشد و حتی خیلی پیش از این مورد، نوجوانان نسبت به جایگاه آینده خود در جهان بزرگتر اجتماعی مضطرب می شود (گرین، ۱۹۹۸).

رشد نوجوان از لحاظ اجتماعی و عاطفی در اصل شامل ارزیابی، بررسی و سنجش او از دنیا و همچنین طرق ارتباط او با محیط اطراف می شود. نوجوان در جستجوی ایده آلهای خانوادگی، مذهبی، فلسفی و اجتماعی است تا آنها را با نهادهای ناقص و محدودی که در اجتماع محدود اطراف خود می یابد، مقایسه کند. اریکسون می گوید: " روان نوجوانی، روان عقیدتی (ایدئولوژیک) است که همواره در جستجوی وحدت بخشیدن به ایده ها و عقاید مخالف است ".

هنگامی که تعارض بین هویت و سرگشتگی نقش اجتماعی برای نوجوان حل شود، به تعهد که صفت بارز مرحله نوجوانی است، دست می یابد. تعهد در نوجوانان شامل " استعداد تداوم وفاداری آزادانه به یک سیستم اجتماعی، علیرغم ارزش های متضاد آن جامعه است " (شاملو، ۱۳۷۴).

به اعتقاد مارسیا^۲ (۱۹۸۰)، هویت یک نوع سازمان درونی خودجوش و پویاست که از توانایی ها، باورها و تجارب گذشته فرد نشأت می گیرد. وی چهار نوع هویت را به شرح ذیل از هم متمایز کرده است:

- هویت کسب شده: این گروه از جوانان، بحران هویت را با موفقیت پشت سر گذاشته و نسبت به اهداف معینی، تعهدات لازم را در خود ایجاد کرده اند. این گروه اغلب انعطاف پذیرند و با فکر و درایت عمل کرده و از اعتماد به نفس بالایی برخوردارند.
- هویت پیش رس: این گروه بدون داشتن تجربه به بحران نوجوانی، نسبت به اهداف خاصی که دیگران و به ویژه والدین از قبل تدارک دیده اند، احساس تعهد پیدا کرده اند. آنان انعطاف پذیرند و معتقد به اعتقادات خانوادگی و مرسومات و قوانین اجتماعی بوده و از مراجع قدرت پیروی می کنند.
- هویت خویشتن یاب: این گروه هنوز در جهت کسب هویت تلاش نکرده و همواره در حالتی دوگانه و متعارض به سر می برند. آنها اغلب مضطرب، پرحرف و رقابت طلب هستند و با والدین غیرهمجنس رابطه نزدیکی دارند.
- ابهام هویت: این گروه هیچ نوع بحران را تجربه و یا سپری نکرده و در عین حال به اهداف خاصی هم

1 -Erickson
2 - Marcia

احساس تعهد نمی کنند و رویهم رفته افرادی بی خیال، سطحی، ناخرسند و تنها هستند. علاوه بر عمل جراحی که جنبه زیستی فرد را با فرایند ذهنی سازگار می کند، این نکته را باید مد نظر قرار داد که افراد برای راحت زیستن و بهتر بودن تلاش می کنند و با خودشناسی و سازگاری با محیط می خواهند مشکلاتشان را بعد از یک تغییر چشمگیر حل کنند. آنها برای حیات اجتماعی خود قراردادهایی را در نظر می گیرند تا توسط آن بتوانند به راحتی در کنار دیگران زندگی کنند. نکته مهم این است که هرچه زندگی اجتماعی پیچیده تر می شود، فرد با موانع بیشتری در سازگاری با محیط مواجه است و برای ادامه بقاء خود باید با محیط خویش سازگار شود. به عبارت دیگر، فرد باید نسبت به مجموعه تغییر یافته ای از شرایط بیرونی یا درونی در زندگی منطبق شود، زیرا اگر فردی در جامعه موفق به سازش یافتگی مثبت نشود، در این صورت ناسازگار تلقی خواهد شد.

این اختلال بر نظام روانی، رفتاری و در نهایت بر سازگاری روانی- اجتماعی این افراد تأثیر می گذارد. اولین مشکل در خانواده به وجود می آید که پدران و مادران این افراد حاضر به قبول چنین مسئله ای نیستند. به علت دیدگاههای فرهنگی، اجتماعی و جنبه های تعصبی و آبرو به خود اجازه نمی دهند که برای رفع این مشکل اقدامی انجام دهند. از ترس زباز شدن در فامیل، اجتماع و محله زندگی در مقابل این خواسته و میل به فرزندانشان مقاومت به خرج می دهند که در نتیجه منجر به جدال، کشمکش، ضرب و شتم و راندن آنها از خانواده و خانه می شود.

بدلیل ابهامات و خلأهای فراوان موجود در پژوهشها و با توجه با شناخت اندک و ناآگاهی زیادی که در ارتباط با مسائل خاص و پیچیده افراد دگرجنسیت جو در جامعه حاضر وجود دارد، هدف اصلی پژوهش حاضر پاسخگویی به این سئوالات است:

چه مشکلات و موانعی بر سر راه افراد دگر جنسیت خواه وجود دارد؟

فرد دگرجنسیت خواه چگونه با مشکلات و موانع موجود بر سر راه خود برخورد می کند؟

توصیف دقیق و جزئیات تجارب، عقاید، باورها و مشکلات و موانع موجود بر سر راه کسب هویت جنسی همخوان، حل تعارض های درونی و دستیابی به سازگاری و در مجموع توصیف پدیدار شناختی افراد دگرجنسیت خواه در فرهنگ و جامعه ایرانی دستیابی به سئوالات حاضر را تسهیل می کند.

روش

جامعه پژوهش حاضر را افراد دگرجنسیت خواه تشکیل دادند که متقاضی تغییر جنسیت بودند. این افراد برای اخذ مجوز به پزشکی قانونی مراجعه کرده و در مراحل مختلف درمان بسر می بردند. نمونه پژوهش شامل ۴ نفر بود که با روش گلوله برفی انتخاب شدند. به این نحو که پژوهشگر از اولین شرکت کننده خواست اگر افرادی را می شناسد که در زمینه مورد بررسی دارای تجربیات و دیدگاههایی هستند، برای شرکت در مطالعه معرفی نماید. شرکت کنندگان قبل از مصاحبه فرم رضایتنامه شرکت در مصاحبه را پر کردند. زمان و محل مصاحبه توسط شرکت کننده ها تعیین شد، آنها حضور در انستیتو روانپزشکی، محل کار و منزل را ترجیح دادند. تمام مصاحبه ها با رضایت افراد ضبط و مدت آنها در مجموع ۵۱۲ دقیقه بود. به هر نمونه به طور متوسط ۱۲۸ دقیقه اختصاص پیدا کرد. متن کامل مصاحبه کلمه به کلمه همراه با یادداشتهایی از واکنش شرکت کنندگان در حین مصاحبه پیاده و نسخه برداری شد.

پیاده کردن هر مصاحبه به طور متوسط ۱۴-۱۲ ساعت به طول انجامید. داده‌ها بر اساس روش تحلیل محتوا کدگذاری و دسته‌بندی شد. در صورت نیاز به رفع ابهامات بعضی از داده‌ها و همچنین برای تکمیل اطلاعات، مصاحبه تکرار گردید. جهت گردآوری اطلاعات از روش مصاحبه نیمه ساختاری، مشاهده و یادداشتهای میدانی استفاده به عمل آمد. پرسشها در مصاحبه عبارت بودند از:

الف) باورها، ارزشها، نگرش‌ها، آگاهی‌ها، تجارب و احساسات پیرامون مشکل؛

ب) مسائل و مشکلات موجود افراد دگرجنسیت خواه؛

ج) انتظارات و راه‌های پیشنهادی برای حل مشکلات.

تمام مصاحبه‌ها با تحلیل مکرر نسخه برداری، کدگذاری و مقوله‌بندی شد. سپس، توسط دو صاحب نظر بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. در مرحله اول ۵۷۹ گزاره استخراج و با ۴ عنوان کلی خلاصه شد. در مرحله تکمیل مفهوم، مفاهیم و مقوله‌های اصلی در پدیده دگرجنسیت خواه استخراج و با یافته‌های پیشینه پژوهش مقایسه و تحلیل گردید. سپس، گزاره‌ها همراه با مقولات تعیین شده به دو نفر از متخصصین مربوطه ارائه شد تا کنترل نهایی از نظر اعتبار بین نظرات و رمزگذاری انجام گیرد. آنها گزاره‌ها را در مقوله‌های تحلیل شده جایگزین کردند. از ضریب کاپا برای به دست آوردن اعتبار بین نظرات دو رمزگذار بهره به عمل آمد.

یافته‌ها

جدول ۱: توزیع فراوانی، سن، جنس و سطح تحصیلات شرکت کنندگان

مشارکت کننده	سن	جنس	سطح تحصیلات
۱	۲۳	مؤنث	کارشناس مترجمی زبان انگلیسی
۲	۲۷	مؤنث	کارشناس ارشد زبان انگلیسی
۳	۳۰	مؤنث	کارشناس ارشد حقوق
۴	۶۰	مؤنث	کارشناس مددکاری

جدول ۲: معرفی سیستم مقوله‌ای در ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی

ردیف	مقوله‌ها
۱	سردرگمی در هویت جسمی و فیزیولوژیکی
۲	بلوغ، درمان و مسائل مربوط به آن
۳	هیجانان خوشایند و ناخوشایند، کنترل و توصیف آنها
۴	انگیزه برای کسب هویت
۵	ادراک و اراده برای حل مشکل

۶	شناخت خود و آگاهی از مشکل، کسب اطلاعات
۷	حل مسئله و خلق راه‌های جدید حل مشکل
۸	روابط با خانواده، اطرافیان و ضرورت حمایت آنها
۹	اسناد اجتماعی و کنار آمدن با سوء تفاهمات
۱۰	مسائل و موانع حقوقی، اجتماعی و درمانی
۱۱	زندگی مشترک و ضرورت یادگیری مهارت‌های اجتماعی
۱۲	هشیاری نسبت به ارتباط مؤثر با خدا
۱۳	تعارض بین جبر و اختیار در پدیدآیی مشکل
۱۴	فلسفه زندگی، رسالت معنوی و احساس تعهد

جدول ۳: فراوانی گزاره‌های کدگذاری شده در بعد زیستی توسط دو ارزیاب

فراوانی	بعد زیستی
۲۷	سردرگمی در هویت جنسی
۵۸	بلوغ، درمان و مسائل مربوط به آن
۸۵	مجموع

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد در ابعاد زیستی، بیشترین فراوانی مربوط به مسائل بلوغ و درمان است.

جدول ۴: فراوانی گزاره‌های کدگذاری شده در بعد روانی توسط دو ارزیاب

فراوانی	بعد روانی
۳۴	انگیزش
۴۳	حل مسئله
۸۲	شناخت خود
۸۲	اراده و ادراک
۱۰۰	هیجان‌ات
۳۴۱	مجموع

بر اساس نتایج جدول ۴، در بعد روانی، بیشترین فراوانی مربوط به مسائل هیجانی و توصیف آنها و کمترین فراوانی مربوط به بعد انگیزه است.

جدول ۵: فراوانی گزاره های کد گذاری شده در بعد اجتماعی توسط دو ارزیاب

فراوانی	بعد اجتماعی
۲۸	اسناد اجتماعی
۷۶	مهارت های اجتماعی و زندگی مشترک
۸۶	مسائل، موانع حقوقی، اجتماعی و درمانی
۱۱۵	روابط با خانواده و اطرافیان
۳۰۵	مجموع

همان طور که در جدول ۵ ملاحظه می شود، در بعد اجتماعی، مقوله روابط با خانواده و اطرافیان، بیشترین فراوانی و کنار آمدن با سوء تفاهم های اجتماعی کمترین فراوانی را داشته است.

جدول ۶: فراوانی گزاره های کد گذاری شده در بعد معنوی توسط دو ارزیاب

فراوانی	بعد معنوی
۱۰	رسالت معنوی
۲۲	تعارض بین جبر و اختیار
۳۲	هشیاری نسبت به ارتباط با خدا
۶۴	مجموع

نتایج جدول ۶ نشان می دهد در بعد معنوی، هشیاری نسبت به خدا بیشترین و رسالت معنوی کمترین فراوانی را در اظهارات افراد دگر جنسیت خواه داشته است.

بحث

بر اساس تحلیل های به دست آمده، ۱۴ مقوله مشخص شد که به اختصار درباره آنها بحث می شود.

(۱) **سر درگمی در هویت جنسی:** فرد دگر جنس خواه در راه شناختن خود با مشکلات عظیمی روبرو است. از اولین مشکلات، بدنش است که نادیدنی نیست و همیشه جلو چشم اوست و نسبت به آن تنفر دارد. او دوگانگی و تضاد جسم و روح را آن چنان تجربه می کند که باعث احساس انزوا، تنهایی و فشار برای ایفای نقش های اجباری می شود به نحوی که در برابر آنها به شدت مقاومت می کند.

۲) **بلوغ، درمان و مسائل مربوط به آن:** بلوغ، اوج مشکلات متنوع افراد دگر جنس خواه است. دلیل آن عدم کسب هویت مناسب محسوب می‌شود. این دوران را اریکسون با سرگشتگی نقش توصیف می‌کند که در مورد این افراد صدق می‌کند، زیرا آنها نه می‌توانند واقعیت بیرونی را بپذیرند و نه احساسی با تمام وجود درکش می‌کنند. به این علت ترکیبی از هر دو می‌شوند، تکلیف خود را نمی‌دانند، اگر جسم خود را بپذیرد، آنوقت واقعیتی نهفته را سرکوب کرده و اگر احساس درونی اش را بپذیرد، واقعیتی که دیگران می‌بینند را نادیده می‌گیرد و همین باعث نابسامانی روابط بین فردی، طرد از خانواده، مشکلات روحی روانی و صدها مسئله دیگر می‌شود. این مسائل است که فرد را به سمت تغییر جنسیت سوق می‌دهد، چون هیچ راه برگشتی ندارد؛ به این خاطر که بتوانند خودشان را ثابت کنند و به خود و دیگران بگویند آن چه را که با تمام وجودشان حس می‌کردند، نه خیال بلکه واقعیتی شیرین بوده است که قابل وصف نبوده است.

۳) **هیجانان خوشایند، ناخوشایند و کنترل آنها:** یکی از مواردی که باید در این افراد بررسی و سامان داده شود، نحوه بیان و ابراز هیجانان‌شان است. آنها به دلیل این که مشکلشان قابل بیان کردن نیست و از گفتن احساسات و عواطف خود احساس شرم می‌کنند، در درون خود و پنهانی هیجان خود را ابراز داشته و گاه به سمت روابط نامشروع کشیده می‌شوند و در برخی موارد استمناء مکرر را گزارش دادند. اینها باعث می‌شود که فرد احساس گناه و عذاب وجدان، حالتهای افسردگی و به دنبال آن مسائل دیگر داشته باشد.

۴) **انگیزش برای درمان:** از مهمترین عواملی که به افراد جهت و انگیزه می‌دهد و در طول پژوهش حاضر اهمیت آن مشخص شد، انتخاب همسر، حمایت خانواده، سن مناسب و روشن بودن وضعیت جراحی است.

۵) **اراده و ادراک:** در این مقوله موضوع اراده و ادراک با هم آورده شده است. با توجه به آن چه مطرح شد به نظر می‌رسد افراد مزبور، ابتدا وضعیت خودشان را به خوبی شناسایی و درک کرده و سپس با اراده خود آنرا متحول می‌کنند. یعنی ادراک و فهمیدن این موضوع که وضعیتشان تا چه اندازه قابل تغییر است، عزم و اراده شان را بر می‌انگیزاند. پس می‌توان ادراک و اراده را در این خصوص دو عامل همبسته و جدایی ناپذیر دانست.

۶) **شناخت خود و کسب اطلاعات:** شناخت می‌تواند وضعیت ابهام را روشن کند. وضعیت ابهام شرایطی است که تعارضات را پرورش می‌دهد و به دلیل ماهیت روانشناختی خاصی که دارند، اگر منجر به تصمیم‌گیری درست نشوند، ناسازگاری را در بر خواهد داشت و افزایش اطلاعات درباره خود سهم زیادی در پذیرش مشکل و تلاش برای کسب هویت جنسی دلخواه دارد و می‌تواند مؤثر واقع شود. به همین خاطر فرد دگرجنسیت خواه، هر منبع اطلاعاتی که موضوع و پدیده را برایش روشن سازد، غنیمت شمرده و از آن استفاده می‌کند. آنها در ابتدا اطلاعات را درهم و بدون گزینش دریافت می‌کند و برای توجیه ذهنی مشکل از آن استفاده می‌کند، گاه به باورها و خرافه‌های مطرح شده بسیار بها می‌دهند. این اطلاعات اولیه، فرد را به سمت گسترش اطلاعات می‌کشاند. آنها در عین حال که اطلاعات را بسط می‌دهد، روابطش را با افرادی که مشکل مشترک دارند، گسترش می‌دهد و همه اینها باعث می‌شوند که فرد به یک منبع اطلاعات غنی دست پیدا کند. دگرجنسیت خواه با تفکر در هستی و آفرینش، طلب معرفت و شناخت، دانش و عدم پیروی از ظن و گمان، قدم در راه سازگاری با خود و جامعه می‌گذارند. یکی از ویژگیهای انسان سازگار این است که اهل تفکر باشد و بتواند در مورد مسائل کلی عالم فکر کند و به حقایق رموز

و اسرار عالم پی ببرد و قدرت تجزیه و تحلیل مسائل را داشته باشد.

۷) **خلق راه‌حل‌های جدید برای حل مشکل:** قدرت فکری و تلاشی که این افراد می‌کنند تا هویت نهفته خود را بارز کنند، چشمگیر است و آن چه در طول پژوهش مشاهده شد مهر تأییدی است بر توان و تلاش بی‌نهایت افراد برای کسب خود واقعی‌شان. همان‌طور که مارسیا (۱۹۸۰) مطرح می‌کند، آنها جزو دسته‌ای هستند که هویت کسب نکرده‌اند ولی برای کسب آن از هیچ کوششی دریغ نمی‌کنند. در واقع آن مشکلی را که آنان با خود یدک می‌کشند، هیچ‌کس جز خود آنها نمی‌تواند درک کند اما تلاش چشمگیر آنها در حل مسائل و ابتکار آنها در خلق راه‌حل شاید گوشه‌ای از مشکلات عمیقشان را بازگو کند.

۸) **روابط با خانواده و نهادهای مربوطه:** خانواده نخستین محیط زندگی فرد است و در حقیقت الگوی کوچکی است از الگوی وسیعتر اجتماعی که فرد در آینده با آن مواجه خواهد شد. پس اهمیت این دو الگو در زندگی همه افراد چنان زیاد است که می‌تواند سرانجام فرد را به سعادت و نیکی و همچنین برعکس به بدی و شقاوت تبدیل کند. پژوهشها نشان می‌دهد یکی از مسائل مهم اجتماعی که در پذیرش دگرجنس خواهی مطرح است، خواهر و برادرهای فرد هستند که به عقیده دگرجنس خواه‌ها وابستگی و علائق نسبت به آنها در طرف دیگر نقش جنسیتی خالی خود، تضاد شدیدی ایجاد می‌کند. این پذیرش آنها از طرف خواهر یا برادر بسیار مهم و حیاتی است و می‌تواند نوعی اعتبار برگشت پذیر برای هویت آنها فراهم کند (ساپورا و برزک^۱، ۱۹۸۳). پارکر و بار^۲ (۱۹۸۴) در یافته‌های پژوهشی خود اعلام داشتند از لحاظ روابط اجتماعی، روابط دگر جنسیت خواه با والدینش بسیار مهم، جدی و تعیین کننده است. طبق پژوهشهای انجام شده درباره برخورد والدین با فرزندان دچار اختلال هویت جنسی خود در ایران، مشخص شد ۲۰٪ از والدین این افراد رفتاری حمایت‌گرانه داشته، ۱۰٪ در این زمینه بی‌تفاوت بوده، ۷۰٪ والدین برخوردی توأم با عصبانیت و سرکوب داشته و یا از شنیدن تقاضای فرزندشان برای تغییر جنسیت متحیر و غمگین می‌شوند (کوچکیان، ۱۳۸۵).

۹) **اسنادهای اجتماعی و نحوه کنار آمدن با آنها:** در کشور ما به دلیل اهمیت مذهب و حفظ حریم‌ها، مسائل جنسی و اختلالات مربوط به آن، مرز بین انحراف و اختلال جنسی به خوبی روشن نشده است و این طور به نظر می‌رسد که عامه مردم نسبت به این مسائل ناآگاه هستند. حتی اگر خانواده‌ای هم بپذیرد که فرزندش دچار اختلالی است، آن چنان فشار جمع را بر خود احساس می‌کند که او هم انگ همجنس‌بازی و انحراف به فرزند خود می‌زند و او برای آن چه ناخواسته در وجودش ظاهر شده، متهم می‌شود. نتایج پژوهشهای به دست آمده در ایران نشان می‌دهد ۵۰ درصد این افراد حداقل یکبار توسط نیروی انتظامی مورد سوء ظن قرار گرفته‌اند (کوچکیان، ۱۳۸۵). در جوامع غربی این افراد از سوی والدین پذیرفته می‌شوند ولی همچنان تأکید روانشناسان برای درک بیشتر از سوی والدین است. می‌توان این طور استنباط کرد که در فرهنگ غربی به دلیل این که سیستم فردگرایی حاکم است، افراد به صورت واحد شناخته می‌شوند و عناصری وابسته به خانواده و اطرافیان نیستند و این فرد را در وضعیتی قرار می‌دهد که فشار خانوادگی و اجتماعی کمتری احساس کند و نگرانی‌هایش، مربوط به

1 - Sapora & Brzek
2 - Parker & Barr

وضعیت خود باشد نه طرد از خانواده و بد رفتاری و سوء تفاهم. برعکس در جوامع شرقی از جمله کشور ایران، به دلیل خاصیت جمع گرایی و تأکید آن بر انجام کارهای گروهی، آن چه را که فرد به صورت شخصی تجربه می کند، در واقع متعلق است به گروهی به نام خانواده. به همین دلیل فشاری که حاکم است آنها را به این سمت سوق می دهد که مشکل فرزند خود را به دلیل آبروریزی و از بین رفتن حیثیت خانوادگی نپذیرند و با طرد او از محیط امن خانواده او را در بحران های روحی روانی اقتصادی برای تأمین معیشت خود گرفتار کنند. اگرچه خانواده های اندکی هم دیده شده اند که علیرغم وجود این اختلال در فرزندان، پس از کسب اطلاعات کافی، آنها را به عنوان انسانهایی که مشکلاتی دارند پذیرفته و با میل و رغبت و از سر تعهدی که در قبال آنها احساس می کنند سعی در حل کردن مشکلات آنها دارند. مانند پدران و مادرانی که فرزند معلول خود را برای سالهای متمادی در خانه نگهداری می کنند و از دیگران هم برای کمک به آنها استفاده می کنند.

۱۰) **مسائل و موانع حقوقی، اجتماعی و درمانی در طول دوره درمان:** در باب این مقوله مشخص شد که اگر پزشکان مربوطه، با بیمار خود صداقت داشته باشند و اصول اخلاق حرفه ای را رعایت کنند، این امر سبب می شود که فرد دست خود را برای تصمیم گیری در مورد وضعیت و روشن کردن آن باز ببیند و این به نوبه خود می تواند یکی از اقدامات مؤثر در بهبود وضعیت روانی این بیمار باشد.

۱۱) **مهارتهای اجتماعی و ضرورت تشکیل زندگی مشترک:** به نظر می رسد ازدواج از مهمترین قدمهایی است که هر انسان از خودپرستی و خودمحوری به سوی غیر بر می دارد. فرد دگر جنسیت خواه هم مانند هر انسان دیگری، سعی در برداشتن این قدم مهم به بهترین نحو ممکن دارد به این علت که نخست این جریان باعث بهبود روحیه آنها و دوم منجر به افزایش اعتماد به نفس آنها می شود. آنها برای کسب این مطلب، یکی از مهمترین و مبهم ترین قدمها را که همانا زندگی موفقیت آمیز در لباس جنس دلخواه است بر می دارند، تا در آن لباس غریب بتوانند انتخاب همسر را آزمایش کنند. آن چه که برخی از آنان را به سمت رفتارهای ضد اجتماعی و گاه انحرافات جنسی می کشاند، عدم وجود همسر و همراهی مناسب است که به این علت حاضر می شوند روابط متعدد داشته باشند تا فرد مناسب را انتخاب کنند. پس ضروری است که تدبیری اندیشیده شود تا آن چه آنها را به سمت انحرافات می کشاند، شناسایی و در حد امکان برطرف شود. پژوهشها نشان می دهد در رضایتمندی از عمل جراحی پارامترهای متعددی دخالت دارد مثل، پذیرش اجتماعی پس از عمل، به دست آوردن شغل مناسب، پیدا کردن شریک جنسی و رضایت از تصویر بدنی. بیش از ۶۰ درصد از بیماران دچار اختلال هویت جنسی بعد از عمل جراحی شغل مناسب داشته اند (کوپر^۱، ۲۰۰۵).

۱۲) **هشیاری نسبت به ارتباط با خدا:** افراد دگر جنسیت جو زمانی که هیچ آگاهی از مسئله خود ندارند و پدیده برایشان گنگ و مبهم است، با خدا دچار مشکل می شوند و بین خودشان و خدا هیچ راه آشتی باز نمی کنند. اما به مرور با وسیع شدن مشکلات و تنوع آنها و همچنین با شناخت و درک پدیده و گسترش اطلاعات، تنها راه چاره خود را ایجاد ارتباط با حق تعالی می دانند و دیگر خود را به دست یک موج می سپارند که آنها را هدایت کند و معتقدند خدا آنها را در مسیری که می روند حمایت می کند. در واقع، انسان در مقابل آن چه که به او ایمان دارد باید تسلیم

باشد و فرد خود را در برابر هستی ای می یابد که می فهمد، احساس می کند و اراده ی آگاه بر آن حاکم است. فقدان خدا "سیمای طبیعت" را مرموز و معماگونه می نماید که انسان خود را با او بیگانه حس می کند. غیبت خدا در هر مرحله از زندگی و در مورد هر پدیده ای، هستی را قبرستان بیکرانه ای می کند که انسان خود را در آن تنها می یابد، هستی پوچ می شود و انسان نیز به پوچی می رسد. فرد دگر جنسیت خواه نیز این موضوع را با توجه به شناختی که کسب کرده به خوبی درک می کند و از پوچ شدن خود از طریق رابطه با حق تعالی جلوگیری می کند.

۱۳) **تعارض بین جبر و اختیار در پدیدآیی مشکل:** یکی از مسائلی که در این مقوله می توان مطرح کرد، نقش وراثت و محیط در پدیدآیی مشکل است که باز هم در این زمینه اغتشاشاتی در ذهن فرد وجود دارد که آنها را به چالش می طلبد تا برای پیدا کردن جوابی روشن، گذشته و محیط قبل از تولد و بعد از آن را به دقت واریسی کند و راجع به آن اطلاعات کسب کند. اگر فرد بتواند برای این موضوع پاسخی بیابد، بخشی از درگیریهای ذهنی اش حل می شود. این موضوع، مسئله اراده فرد را هم تا حدودی پوشش می دهد.

۱۴) **رسالت اجتماعی و احساس تعهد:** فرد دگرجنس خواه پس از این که تا حدودی توانست خود را بشناسد و مشکلاتش را شناسایی کند، این امر را یکی از مهمترین وظایف خود می داند که بتواند به افرادی که همانند وی هستند و مشکلات مشابهی را تجربه می کنند، از هر طریق ممکن کمک رسانی کند. در واقع برایش این مهم است که حس تعهدی را که نسبت به افراد مشابه دارد، به مرحله عمل بگذارد و سعی در روشن کردن پدیده و مرتفع نمودن مشکلات آنها نماید. به نظر می رسد پدیدآیی آن چه که اریکسون آنرا تعهد می نامد و زمان آن را پس از حل بحران هویت می داند، در مورد فرد دگر جنس خواه نیز صادق است. این افراد مانند دیگران در ذهن خود ایده آلهایی از وجود خود می سازند و هر انسانی که به ایده آل بودن خویش امیدوار است، "ایده آل انسانی" را منوط به داشتن یک هدف مافوق زندگی فردی و یک آرزوی عالی و برتر می داند که توسط آن خودش و جامعه اش را براساس آن آرزو ترقی می دهد. این مقوله در جمله کوتاهی بیان شده است: "اگر خودم به فکر خودم نباشم، چه کسی خواهد بود؟ اما اگر فقط به فکر خودم باشم، دیگر چه هستم؟". مطالعاتی که با محور قرار دادن سازگاری و سلامت روانی افراد دچار اختلال هویت جنسی انجام شده است، همراهی و همزمانی بین ۴ جنبه پذیرش هویت دگرجنس خواه در راهبرد سلامت روانی به عنوان کنترل نظری هویت شناخته شد (بورک، ۱۹۸۰). مجموعه مشکلات و تجربیاتی که روی روابط اجتماعی و سلامت روانی دگرجنس خواه به صورت مفاهیم قابل درک اثر می گذارد، شامل ۴ مرحله است:

۱) آگاهی و مطلع کردن از هویت: مطلع کردن دیگران برای دگر جنس خواه می تواند دارای رنج و سختی باشد. به عبارت دیگر، خیلی وقتها آشکارسازی هویت برای جنبه های قابل توجه عاطفی به عنوان معیار سلامت روانی^۲ و سازگاری اجتماعی مطرح شده است.

۲) چگونگی بودن در نقش جنسیتی دلخواه: حتی اگر دیگران هویت جنسی یک دگرجنس خواه را بپذیرند و او رابطه خوبی داشته باشد، اگر نتواند در عمل نقش جنسیتی دلخواه را درست اجرا کند در این رابطه شکست می خورد و سلامت روانی اش آسیب می بیند. بودن در نقش های جنسیتی دلخواه، حس خوبی به دگرجنس خواه ها

1 - Burke
2 - mental health

می دهد و خیلی مهم است که چگونه اجرا شود. این موضوع در یکی از مطالعات که توسط بلانچارد و استینر^۱ در سال ۱۹۸۵ انجام شد مشخص گردیده است. در این پژوهش ۵۵ فرد دگر جنس خواه زن در اجتماع قرار گرفته و معلوم شد جهت دهی آنها در جهت هویت دلخواه قرار گرفت و نشانه های افسردگی کمتری نشان دادند.

۳) سازگاری با هویت: اگر دیگران از هویت دگرجنس خواه مطلع باشند، حتی اگر فرد نتواند هویت خود را علنی کند و اگر والدینش نیز با او دچار مشکل باشند، یک دگرجنس خواه باز هم می تواند با یک مصالحه قابل بازگشت (سازگاری با هویت) به سلامت روانی برسد.

۴) حمایت از هویت: باید دانست که اگر والدین هم از فرد حمایت کنند، این حمایت ممکن است با تمسخر یا تحقیر باشد. در واقع، پذیرش، نیازمند القاء مثبت و معامله در رفتارها (حمایت از هویت) و توجه مثبت به این رفتار نکته جلی برای خوب زیستن دگرجنس خواه است (بسوول^۲، ۱۹۹۸).

به دلیل طرح مسائل قانونی و اخلاقی، در ابتدا برخی شرکت کننده ها علیرغم تأکید مکرر بر محرمانه ماندن از سوی پژوهشگر به نوعی احساس نایمنی داشته و نگران ددرس های ناشی از چاپ و فاش شدن اطلاعات شخصی شان بودند، امکان پیگیری طولانی مدت و تحولی مشارکت کننده ها به دلیل محدودیت زمانی وجود نداشت. به دلیل شرایط مالی و بالا بودن هزینه های درمانی افراد، پیشنهاد می شود که در انجام طرح های پژوهشی بخشی از هزینه های مربوطه جبران شود. از آنجا که بسیاری از این افراد در زندگی روزمره و روابط خود دچار مشکل هستند، یادگیری مهارت های ارتباطی و اجتماعی پیشنهاد می شود. پیگیری روند تحولات در طولانی مدت برای روشن کردن سیر تحولی در دستیابی به هویت جنسی دلخواه برای طی مسیر افراد ضروری به نظر می رسد. در حوزه علم روانشناسی به دلیل این که با ماهیت انسانها سروکار دارد، ضرورت به کارگیری روشهای پژوهش کیفی برغم دشواری آن پیشنهاد می شود. واحدهای معنایی که در هیچ یک از مقوله ها مهم تلقی نشده است را نیز می توان به عنوان مسائلی مطرح کرد که پیشنهاد می شود در پژوهشهای آتی به آنها پرداخته شود. مسئله ازدواج و انتخاب شریک زندگی برای این افراد بسیار پراهمیت و حیاتی است، به همین دلیل انجام مطالعاتی کیفی که بتواند این مسئله را با جزئیات خودش روشن نماید، پیشنهاد می شود.

منابع

انجمن روانپزشکی آمریکا. (۲۰۰۰) متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی. ترجمه، محمدرضا نیکخو و هامایاک آوادیس یانس. تهران: انتشارات سخن. ۱۳۸۱.

پاول، هنری ماسن. (۱۳۸۰) رشد و شخصیت کودک. ترجمه: یاسایی، مهشید و همکاران. تهران: نشر مرکز.

پورافکاری، نصرت الله. (۱۳۸۵) فرهنگ جامع روانشناسی-روانپزشکی انگلیسی-فارسی. تهران: انتشارات معاصر.

شاملو، سعید. (۱۳۷۹) روانشناسی شخصیت. تهران: رشد.

فرهادیان، بتول. (۱۳۷۰) آنچه یک نوجوان باید بداند. تهران: انتشارات رثوف.

کاپلان، هرولد. (۲۰۰۳) خلاصه روانپزشکی، علوم رفتاری- روانپزشکی بالینی. پورافکاری، نصرت الله. تهران:

انتشارات شهرآب.

کاهانی، علیرضا. (۱۳۸۱) فخری شجاعی، پیمان. اختلال هویت جنسی (دگر جنسیت جوها). تهران: انتشارات تیمورزاده.

کریمی، امیرحسین. (۱۳۸۴) ترانس و اقسام مختلف آن. مجله ماها: سال اول. شماره ۹.

کوچکیان، زینب. (۱۳۸۵) اختلال هویت جنسی و ابعاد آن. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی. شماره ۲۱. منصور، محمود. (۱۳۷۴) روانشناسی ژنتیک. تهران: نشر ترمه.

Blanchard,R.and Steiner B.(1985). Gender Oreintation,Psychological adjustment, and involvement eith female partners in female-to- male transsexuals.Archives of Sexual Behavior,112:149-157.

Bolin,A(1988).In Search of Eve: Transsexual Rites of Passage. South Hadley: Bergin and Garvey.

Boswell,H(1998). The empowerment of a community.in D.Denny(ED),427-430.Current Conseptis in Transgender identity,New Yourk:Garland.

Brown,G.R(1998).Women in the closet: Relationship with transgendered men. In D.Denny(ED),353-371. Current in Transgender Identity,New Yourk:Garland Press.

Burke,P(1980). Identity Processes and Social Stress. American Social Review, 56:836-849.

Green,R(1998). Transsexualism:Mythological,Historical&Cross Cultural Aspects. The International Journal of Transgenderism. Symposium.

Jessica,An(2004). Overview of U.S Trans health Priorities. Washington DC.www.1cd.gov.uk.

Kaplan&Sasock.(2007).Synopsis of Psychiatry,Behavioral sciences/clinical psychiatry,(10th ed).

Kuiper,Aj.Goozen,M.(2005).Trabsexual Subtypes.Psychiatry research.137, 151-160.

Marcia,J.E(1980).Identity in adolescence.in J.Adelson(ED.),Handbook of Adolescent Psychology.New York:Wiley.

Parker,G.and barr,R(1984).Parental Representations of Transsexuals.Journal of Sex Education Therapy,16:2-24.

Sapora,I.and Brzek,A(1983).Parental and interpersonal relationships of transsexuals and masculine and feminine homosexual men. Journal of homosexuality,9:75-85.

Steiner,B.,Blanchard,R.,and Zucker,K(1985).Introduction in Betty W.New yourk:Plenum.

Walker,C.E.,&Roberts,M.C.(2001).Handbook of clinical child psychology(3rd ed). New Yourk:John Wiley&Sons,Inc.

WHO(1992).The ICD-10 Classification of Mental and Behavior Disorders, clinical description and diagnostic guidelines.New dehli:crescent printing works.