

مقایسه ویژگی‌های روان‌شناختی دو بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی

علی اصغر فیروزی* - مجید عیدی بایگی** - دکتر نیلوفر خواجه الدین***

* دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، ایران.
** روانشناسی بالینی، عضو باشگاه پژوهشگران جوان از نخبگان، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت حیدریه، ایران،
*** روانپزشک، دانشگاه جندی شاپور اهواز، بیمارستان گلستان، ایران

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر، توصیف و تشخیص و لزوم درمان روانشناختی و بررسی اختلالات همبود برای بیماران دارای اختلال هویت جنسی می‌باشد.

روش بررسی: دو مورد مراجعه کننده به عنوان متقاضی تغییر جنسیت مورد بررسی قرار گرفتند و از طریق مصاحبه بالینی، پرسشنامه‌ی شخصیتی نئو (NEO-FFI) و پرسشنامه‌ی شخصیتی چند محوری مینه سوتا (MMPI) فرم کوتاه، ارزیابی شدند.

یافته‌ها: در مجموع نتایج نشان داد که متقاضیانی که به کلینیک‌های روانشناسی به منظور تغییر جنسیت مراجعه می‌کنند، بایستی با ابزارهای تشخیصی و مصاحبه بالینی مورد بررسی دقیق قرار بگیرند. به تشخیص افتراقی و بررسی اختلالات همبود نیز توجه شود و با توجه به قضاوت بالینی به آنها مجوز تغییر جنسیت داده شود و از درمان‌های روانشناختی نیز استفاده گردد؛ همانطور که در Case1، ویژگی‌های شخصیت مرزی (not pure)، شخصیت نمایشی و فقدان ابراز وجود و افسردگی درآزمون MMPI مشاهده می‌شود.

نتیجه‌گیری: همانطور که نتایج پژوهش ما نشان داد هر دو مورد از مراجعین تقاضای تغییر جنسیت دارند؛ ولی شرایط و مشکلات روانشناختی متفاوتی را تجربه میکنند. بنابراین بایستی قبل از درمان از طریق جراحی، روان درمانی صورت بگیرد.

واژه کلیدی: اختلال هویت جنسی، سوء استفاده جنسی، اختلالات همبود، ارزیابی شخصیتی

تایید مقاله: ۱۳۹۲/۳/۲۲

وصول مقاله: ۱۳۹۱/۲/۲۴

نویسنده پاسخگو: تلفن: ۰۹۳۵۸۸۵۱۸۳۰، magic_alii@yahoo.com

مقدمه

ناشی می‌گردد. هر چیزی که در محبت طفل نسبت به والد جنس مقابل و همانند سازی با والد جنس خودی تداخل نماید، با رشد طبیعی هویت جنسی او نیز تداخل خواهد نمود (۲). هویت جنسی اکثر افراد تا سن ۲ تا ۳ سالگی ایجاد می‌شود و معمولاً با جنسیت زیستی فرد هماهنگی دارد. اختلالات هویت جنسی عبارت است از تمایل پایدار به تعلق به جنس مقابل یا اصرار بر تعلق داشتن به جنس مقابل و ناراحتی مفرط از جنسیت تعیین شده و نقش جنسی نسبت داده شده به فرد (۳). عمده‌ترین شکل اختلال هویت جنسی مشهور به اختلال تغییر جنسیت طلبی است که بر طبق چهارمین مجموعه‌ی تجدید نظر شده‌ی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ آمارهای مربوط به جامعه‌ی کلی نشان می‌دهد که ۱ نفر از هر ۳۰۰۰۰ مرد و ۱ نفر

روان‌شناسان بین واژه‌های هویت جنسی، نقش جنسی و گرایش نقش جنسی تمایز قایل می‌شوند. هویت جنسی شامل رفتارها و نگرش‌هایی است که برای مردان و زنان، در فرهنگی خاص مناسب قلمداد می‌شود. گرایش جنسی به کشش جنسی شخص به غیر همجنس اطلاق می‌شود. این که دخترها و پسرها به نقش‌های جنسیتی تجویز شده پایبند نیستند، بدان معنی نیست که درباره‌ی هویت جنسی خود نامطمئن هستند (۱).

هویت جنسی یک حالت روان‌شناختی است که نمایانگر احساس فرد از مذکر یا مونث بودن خود می‌باشد (۲). فروید معتقد بود که مسایل هویت جنسی از تعارض‌هایی که کودک در مثلث ادیپال تجربه می‌کند

1- Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders (DSM-IV)

از هر ۱۰۰۰۰۰ زن خواهان جراحی برای تغییر جنسیت هستند (۴).

سوء استفاده جنسی در کودکی، به عنوان علل انواع اختلالات روانشناختی از قبیل اختلالات تکانشگری، خوردن، اختلال استرس پس از سانحه و اختلالات جنسی، در قربانیان آن شناخته شده است و این تأثیرات به سرتاسر زندگی بزرگسالی آنها نیز کشیده می‌شود (۵-۸). ارتباط قوی بین سوء رفتار جنسی در کودکی و اختلالات بعدی وجود دارد (۹). دامنه‌ی وسیعی از مشکلات روانی-اجتماعی و بین فردی، در میان سوء استفاده شونده‌گان جنسی رایج‌تر است (۱۰). درگیری در رفتارهای در برگیرنده خطر جنسی به عنوان یک مکانسیم برای اجتناب هیجانی سوء استفاده جنسی، در نظر گرفته شده است (۱۱). شواهد حمایت کننده و تجربی وجود دارد که ترومای جنسی به رفتار نامناسب جنسی منجر می‌شود (۵).

در مطالعه‌ای که بر روی ۴۷۹ نفر داوطلب مرد خواهان عمل جراحی صورت گرفت، نشان داد از این مجموعه تنها ۲۲٪ آنها ترنس سکسوال واقعی بودند. لذا گرچه عمل جراحی موثرترین شیوه‌ی درمانی برای بیماران با تشخیص اولیه‌ی اختلال هویت جنسی است اما پذیرش درخواست تغییر جنسیت باید بر پایه‌ی بازنگری شرح حال این مراجعین و دقت نظر در خصوص معیارهای تشخیصی باشد (۱۲). یک بررسی موردی، اهمیت تشخیص دقیق اختلال هویت جنسی را بیان می‌کند، بیمار خانمی چهل ساله، مطلقه و دارای دو فرزند بوده که برای تغییر جنسیت شش عمل جراحی را پشت سر گذاشته بود. پس از یک ماه زندگی در قالب نقش مردانه مجدداً با درخواست جراحی جهت بازگشت به وضعیت نخستین و ازدواج با همسر قبلی و به عهده گرفتن سرپرستی فرزندان به کلینیک مراجعه می‌کند. آزمون‌های رورشاخ، MCMI-II و MMPI، در این فرد گویای ویژگی‌های شخصیتی وابسته، نیاز به وابستگی و جلب توجه، دودلی، شک و تردید نسبت به خود و خود انتقادی بوده است (۱۳).

در یک بررسی موردی دیگر، خدایاری فرد و همکاران از روش درمان شناختی رفتاری، حل مساله، مثبت نگری (فردی-خانوادگی) و همچنین آموزش خود بر پایه اصول معنوی ارزیابی اخلاقی استفاده کرده است. جلسات درمانی، هفته‌ای یکبار و به مدت ۳۰ جلسه ادامه داشته است. یافته‌های این بررسی نشان داد که در اتمام درمان تمایل مراجع به ارتباط با جنس موافق کاسته شده، شرکت در فعالیت‌های مربوط به جنس خود را پذیرفته و از کوشش برای عمل جراحی تغییر جنسیت دست برداشته است. نتایج پیش آزمون و پس آزمون و همچنین پیگیری یک ساله پس از درمان، کارآیی این روش را در درمان اختلال یاد شده نشان داد (۱۴). با توجه به پیشینه فوق، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ بدین سوال است که آیا همه افرادی که درخواست عمل تغییر جنسیت دارند در یک طیف قرار دارند و یا دارای ویژگی‌ها و اختلالات همبود نیز هستند. DSM-IV-TR، مبنا را بر علت شناسی قرار نداده است و بیشتر بر نشانه‌ها و علائم اختلال متمرکز می‌باشد، بنابراین در این پژوهش با ردگیری نشانه‌ها نتایج

تفسیر می‌شود.

روش بررسی

پژوهش حاضر یکی از انواع پژوهش‌های کیفی یعنی گزارش و مطالعه موردی می‌باشد. در مطالعه موردی که به روش کیفی انجام می‌شود هدف اصلی آن است که مشخص کند چرا یا چگونه یک رویداد یا پدیده ظاهر می‌شود؟ در واقع در مطالعه‌ی موردی توجه پژوهشگر بر یک مورد (واحد تحلیل) متمرکز است (۱۵). برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه و همچنین پرسشنامه به کار گرفته شد. برای ارزیابی شخصیت و ارزیابی بالینی NEO-FFI و MMPI فرم کوتاه استفاده گردید.

پرسشنامه سنجش صفات پنج گانه شخصیتی فرم کوتاه: پرسشنامه ۶۰ سوالی است و برای ارزیابی ۵ عامل اصلی شخصیت به کار می‌رود. پرسشنامه شخصیتی NEO-FFI جانشین تست NEO است که در سال ۱۹۸۵ توسط مک کری و کاستا تهیه شده بود (۱۶). NEO-FFI توسط مک کری و کاستا روی ۲۰۸ نفر از دانشجویان آمریکایی به فاصله سه ماه اجرا گردید که ضرایب اعتبار آن بین ۰/۸۳ تا ۰/۷۵ به دست آمده است. این پرسشنامه سه طیف نمره از ۱۲ تا ۲۴، از ۲۴ تا ۴۸، از ۴۸ تا ۶۰ به دست می‌دهد. اعتبار درازمدت این پرسشنامه نیز مورد ارزیابی قرار گرفته است. یک مطالعه طولانی ۶ ساله روی مقیاس‌های روان‌آزردگی خویی، برون‌گرایی و باز بودن نسبت به تجربه، ضریب‌های اعتبار ۰/۶۸ تا ۰/۸۳ را در گزارش‌های شخصی و نیز در گزارش‌های زوج‌ها نشان داده است. ضریب اعتبار دو عامل سازگاری و باوجدانی به فاصله دو سال به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۶۳ بوده است (۱۶). در هنجاریابی آزمون NEO که توسط گروسی فرشی (۱۳۸۰) در ایران انجام شد، ضریب همبستگی ۵ بعد اصلی را بین ۰/۵۶ تا ۰/۸۷ گزارش کرده است. ضرایب آلفای کرونباخ در هر یک از عوامل اصلی روان‌آزردگی خویی، برون‌گرایی، باز بودن، توافق‌پذیری و باوجدانی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۳، ۰/۵۶، ۰/۶۸ و ۰/۸۷ به دست آمد. جهت بررسی اعتبار محتوایی این آزمون از همبستگی بین دو فرم گزارش شخصی (S) و فرم ارزیابی مشاهده‌گر (R)، استفاده شد، که حداکثر همبستگی به میزان ۰/۶۶ در عامل برون‌گرایی و حداقل آن به میزان ۰/۴۵ در عامل توافق‌پذیری بود (۱۶).

پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا: پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا در سال ۱۹۶۷، توسط کانن به ۷۱ سوال تقلیل یافت. وی ادعا نمود که این ماده‌ها می‌تواند همان قدرت تشخیص آزمون اصلی (فرم بلند) را داشته باشد. در سال ۱۳۵۴ اخوت، براهنی، شاملو و نوع پرست، این آزمون را بر روی دانشجویان و دانش‌آموزان دختر و پسر نرم کرده‌اند. این آزمون شامل ۱۱ ماده می‌باشد (۳ ماده روایی و ۸ ماده بالینی). آزمون در تمام مقیاس‌ها دارای میانگین ۵۰ و انحراف معیار ۱۲۰ می‌باشد. بدین معنی که کسانی که نمره‌ی تراز

شده‌ای برابر ۵۰ می‌گیرند نمره‌ای برابر با میانگین گروه سالم دارند. در ضمن، اعتبار و روایی فرم ایرانی (کوتاه) نیز قابل قبول است (۱۷).

یافته ها

گزارش مورد ۱

مراجع دختری ۲۱ ساله در خانواده‌ای ۱۳ نفره زندگی می‌کند و فرزند دهم خانواده می‌باشد. پدرش را فردی بی‌توجه از لحاظ عاطفی توصیف می‌کند و مادرش را فردی سخت گیر و در عین حال پرنش توصیف می‌کند. در رابطه با خاطرات دوران کودکی هیچ چیزی را به یاد نمی‌آورد و فقط از سن ده سالگی به بعد را می‌توانست به یاد بیاورد. همچنین، در این دوره رشدی توسط پسر همسایه دچار abuse (سوء رفتار جنسی) شده است و این دقیقاً در زمانی بوده است که از پدر و مادرش جدا شده و همراه با خواهرش زندگی می‌کرده است. هر چند مراجع ظاهری دخترانه دارد ولی بر روی دستانش خالکوبی‌هایی دارد که تا حدی به فیزیک وی ظاهری پسرانه داده است. نوع صحبت کردن، نوع نگاه و حتی زمانی که می‌خندد (دستانش را جلوی دهانش می‌گیرد) انگاری که نوعی رفتار قالبی دخترانه را (به طور ناخودآگاه) ایفا می‌کند. دوست دارد که همیشه در مرکز توجه قرار داشته باشد و اگر به وی توجه نکنند احساس بدی پیدا می‌کند. احساس بی‌ارزشی دارد بخصوص زمانی که به وی توجهی نمی‌شود.

آرایش کردن را دوست دارد؛ هر چند که آرایشش مشابه آرایش دختران نیست (انگاری که بلد نیست و به خاطر فشار فرهنگی و خانوادگی آرایش می‌کند). دوست دارد جسور باشد و مانند پسرها باشد؛ در واقع (به گونه‌ای استنباطی و نه به قطعیت) می‌توان اینگونه برداشت کرد که مراجع در لفافه‌ی حرفهایش تمایلاتی به پسران نشان می‌دهد (البته نه تمایلات جنسی بلکه گوش بزرگ بودن) با توجه به وضعیتی که در گذشته برای وی پیش آمده (تجاوز جنسی) می‌توان این را ناشی از انزجار و نفرت جنسی از مردها بدانیم که این را در محتوای خواب‌هایش هم می‌توان ردیابی کرد.

...خواب دیدم پسر بچه ای تقریباً ۲ ساله دارم که در دوران بارداری عقد صاحبش شدم. بچه در خواب بسیار زیبا و جذاب بود و از نگاه کردن به او لذت می‌بردم. ولی احساس محبت شدید نسبت به او نداشتم. فقط وقتی میگفتند: (پسرت این طرف و آن طرف می‌رود) لذت می‌بردم اما هیچ علاقه‌ای به پدرش نداشتم در حالی که تصویری از پدر اون پسر در خواب مشاهده نمی‌شد.....چند وقت پیش خواب مرد خیلی زشتی را دیدم که در ماشین در را بر روی من بست و گفت: که تو شانس من هستی و خیلی وقت دنبال توامخواب مردی را دیدم که با حيله و نیرنگ قصد آزار جنسی مرا دارد...

گزارش مورد ۲

مراجع دختری ۲۷ ساله، که در خانواده ای پنج نفره زندگی می‌نماید و

فرزند دوم خانواده می‌باشد. هم‌بازی‌های دوران کودکی‌اش دو برادرش بوده‌اند. در دوران کودکی، وسایل بازی پسرانه انتخاب می‌کرده و علاقه به وسایل بازی دخترانه از قبیل عروسک نداشته است. در بررسی هرم قدرت خانوادگی، مادر در راس قدرت قرار دارد و به عنوان تسهیل کننده‌ی روابط خانوادگی می‌باشد. روابط عاطفی با پدرش سرد می‌باشد و پدرش را فردی که در عواطف و احساساتش بازدارنده می‌نماید توصیف می‌کند. وی در ورزش‌ها، دوچرخه‌سواری و بسکتبال را دوست دارد. اسم مستعار دارد و نامی پسرانه از دبیرستان، برای خود انتخاب کرده است. اگر هدیه دخترانه دریافت نماید، احساس تحقیر شدگی می‌نماید. همچنین، به خاطر بازی‌های دخترانه از سوی برادرانش طرد و مسخره نشده و خودش گرایش زیستی - روانی به انتخاب بازی‌های پسرانه داشته است. وی تخیلات جنسیت که در مورد همجنس می‌باشد را خوشایند دانسته و تضادی بین هویت جنسی و تخیلات جنسیت وجود ندارد و از همجنس گرایی بیزار است. در توصیف ویژگی‌های مردانه خود را مردی مسوولیت و با غیرت توصیف می‌کند. آرایش نکرده بود (در ظاهر objective). (بیان خودش subjective) از آرایش کردن خوشش نمی‌آید تمایل به ریش گذاشتن دارد و موافقی بوده که می‌خواسته ریش مصنوعی بخرد. وی همانندسازی قوی و مستمر با جنس مقابل داشت. مکرراً اصرار داشت که به جنس مقابل تعلق دارد، میل شدید به زیستن به عنوان جنس مقابل داشت. وی به احساسات و واکنش‌های تیپیک جنس مقابل تعلق دارد. میل شدید به زیستن به عنوان جنس مقابل داشت وی به احساسات و واکنش‌های تیپیک جنس مقابل گرایش داشت. می‌خواهد با احساس پسرانه زندگی کند. از اول احساس پسر بودن می‌کرده و کاملاً رضایت داشته و در این رابطه اضطرابی شدید تجربه نمی‌کرده و آن را مشکل نمی‌دیده است. هم چنین، اشتغال ذهنی به از بین بردن صفات اولیه و ثانویه جنسی خود داشت، برای مثال از طریق ورزش اندامی کاملاً مردانه شکل داده بود و همچنین در مقاطعی اقدام به خوردن هورمون تستوسترون کرده بود. وقتی خنده اش می‌گیرد جلوی دهانش را نمی‌گیرد. در صورتی که با دختر باشید و پسری متلک بیندازد چه واکنشی نشان می‌دهید؟ در پاسخ بدین سوال گفت که (چه در محیط و چه در محیط خلوت) غیرتی می‌شوم ولی خودم را کنترل می‌کنم ولی اگر در محیط خلوتی باشیم که برای ما بد نشود، آن پسر را می‌زنم (در واقع مورد با گفته‌هایش می‌خواست این را برساند که احساسات یکسانی در ۲ موقعیت ذکر شده پیدا می‌کند، ولی واکنش‌های رفتاری متفاوتی از خودش بنا به موقعیت نشان می‌دهد). این اختلال در عملکرد شغلی وی خلل ایجاد کرده بود به طوریکه با توجه به رشته تحصیلی اغلب شغل‌هایی که به وی پیشنهاد می‌شد شغل‌هایی مانند کار در دفتر آژانس هواپیمایی یا منشی‌گری بود از پذیرفتن این شغل‌ها با توجه به اعتقادش مبنی بر این که این مشاغل، شغل‌های تیپیک زنانه می‌باشد امتناع می‌ورزید.

برای ارزیابی شخصیتی و بالینی این دو مورد از آزمون‌ها NEO-FFI

جدول ۱- نتایج حاصل از آزمون NEO-FFI

NEO-FFI	روان‌آزردگی‌خوبی	برون‌گرایی	باز بودن نسبت به تجربه	توافق‌پذیری	با وجدان بودن
Case _۱	۴۲	۲۸	۳۶	۳۹	۲۸
Case _۲	۴۳	۳۵	۳۵	۴۳	۴۳

جدول ۲- نتایج حاصل از آزمون MMPI فرم کوتاه

MMPI فرم کوتاه	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Pa	Pt	Sc	Ma
Case1	۲	۳	۷	۶	۱۷	۱۶	۱۰	۵	۱۲	۱۱	۵
Case2	۱	۴	۷	۸	۱۱	۱۳	۷	۵	۹	۱۰	۳

و MMPI فرم کوتاه استفاده گردید. جدول ۱، نتایج حاصل از آزمون NEO-FFI در دو مورد را نشان می‌دهد.

نتایج حاصل از جدول ۱، نشان می‌دهد که این دو مورد در کلیه مقیاس‌ها در طیف متوسط قرار دارند. در مقیاس روان‌آزردگی‌خوبی نمره متوسط (۲۴ تا ۴۸) نشان دهنده‌ی این است که گاهی هیجان پایدار و گاهی ناپایدار است. در مقیاس برون‌گرایی نمره متوسط (۲۴ تا ۴۸) نشان دهنده‌ی این است که نه کاملاً درون‌گرا و نه کاملاً برون‌گرا هستند. در مقیاس باز بودن نسبت به تجربه نمره متوسط (۲۴ تا ۴۸) نشان دهنده‌ی این است که نه کاملاً محافظه‌کار و نه از تجربه چیزهای جدید بدشان می‌آید. در مقیاس توافق‌پذیری نمره متوسط (۲۴ تا ۴۸) نشان دهنده‌ی این است که در بعضی از موارد به نظر دیگران اهمیت می‌دهند و در برخی موارد اهمیت نمی‌دهند. در مقیاس توافق‌پذیری نمره متوسط (۲۴ تا ۴۸) نشان دهنده‌ی این است که روی هم‌رفته آن‌ها نه چندان وظیفه‌شناسند و نه چندان بی‌وجدان.

برای ارزیابی بالینی این افراد از آزمون MMPI فرم کوتاه استفاده گردید. جدول ۲، نتایج حاصل از آزمون MMPI فرم کوتاه در دو مورد را نشان می‌دهد.

در تفسیر پروفایل Case1 مقیاس‌های روایی اعتبار پروفایل را نشان می‌دهد و در مقیاس‌های بالینی نتایج نشان می‌دهد که Case1، در مقیاس‌های بالینی ۲ و ۷، برافراشتگی داشته است. در تفسیر پروفایل مورد دوم مقیاس‌های روایی اعتبار پروفایل را نشان می‌دهد و در مقیاس‌های بالینی نیز فقط در در مقیاس اضطراب (Pt) برافراشتگی مشاهده گردید.

بحث

هدف پژوهش حاضر توصیف و تشخیص و لزوم درمان روانشناختی

و بررسی اختلالات همبود در بیماران دارای اختلال هویت جنسی می‌باشد. با توجه به یافته‌های به دست آمده از MMPI، نتایج نشان می‌دهد که Case1، در مقیاس‌های بالینی ۲ و ۷، برافراشتگی داشته است که نشان دهنده‌ی نورو و سواسی و اضطرابی می‌باشد. در تفسیر می‌توان گفت که نمره‌ی زیاد در میزان Pt هنگامی که نمره‌ی آزمودنی در D نیز زیاد است، تابلوی بالینی فردی را ترسیم می‌نماید که از خود تنفر دارد، خود را بی ارزش می‌داند، پرتنش و بی قرار است و گرایش به خودآزاری را متجلی می‌سازد. در واقع اگر به موازات نتایج به دست آمده از تفسیر پروفایل MMPI، مصاحبه‌های صورت گرفته را نیز اضافه کنیم، از آنجاییکه وی مورد تجاوز جنسی قرار گرفته است رویدادهای قبل از ۱۰ سالگی اش را به یاد نمی‌آورد و به شدت از خودش تنفر دارد و خواهان تغییرات اساسی نه فقط در جنسیت خود، بلکه تغییر دادن در سبک زندگی و تعلقات فرهنگی و ... می‌باشد که ناشی از آثار سوء تجاوز جنسی در الگوهای ذهنی، عاطفی و جنسی وی می‌باشد. بر اساس تحلیل روان‌تحلیل‌گری می‌توان این گونه تفسیر کرد که تمایل به تغییر جنسیت وی ناشی از وسواس و اضطراب شدیدی است که وی بعد از مورد ترومای جنسی قرار گرفتن تجربه می‌کند و اندام جنسی و هویت جنسی خود را همچون ترمه چرکینی می‌بیند که با هیچ شستشویی قابل تمیز شدن و ترمیم نیست و از سوی دیگر، در تمامی جلساتی که با وی تنظیم شده بود، دیر به جلسه می‌آمد و حتی در زمانی که در مورد تجاوز جنسی و ترسیم چهره‌ی مرد متجاوز صحبت به میان می‌آمد، خمیازه‌های متعددی می‌کشید، در صورتی که به وی گفته می‌شد که خوابت می‌آید می‌گفت به هیچ وجه، الان سر حال و هشیار هشیارم. در واقع می‌توان گفت که با تاخیر آمدن، خمیازه‌های فراوان در مواقع خاص نشان از استفاده از یک سری مکانیزم‌های دفاعی روان‌رنجور دارد که شاید ناشی از خشم سرکوب شده‌ی وی نسبت به صحبت در مورد ترومای جنسی ای که به وی وارد شده

تا جایی که در آرایشگاه با مشکلات فراوانی از جمله تمایل جنسی به مربی‌اش و مشکلات دیگری از جمله عدم جرات‌ورزی و کمرویی دست به گریبان بود. همچنین case2، همانندسازی قوی و مستمر با جنس مقابل داشت. مکرراً اصرار داشت که به جنس مقابل تعلق دارد، میل شدید به زیستن به عنوان جنس مقابل داشت. وی به احساسات و واکنش‌های تیپیک جنس مقابل تعلق دارد. میل شدید به زیستن به عنوان جنس مقابل داشت وی به احساسات و واکنش‌های تیپیک جنس مقابل گرایش داشت که این مورد هم در ارزیابی objective و هم در ارزیابی subjective به خوبی نمود داشت. اشتغال ذهنی به از بین بردن صفات اولیه و ثانویه جنسی خود داشت، برای مثال از طریق ورزش اندامی کاملاً مردانه شکل داده بود و همچنین در مقاطعی اقدام به خوردن هورمون تستوسترون کرده بود. این اختلال در عملکرد شغلی وی خلل ایجاد کرده بود به طوریکه با توجه به رشته تحصیلی اغلب شغل‌هایی که به وی پیشنهاد می‌شد شغل‌هایی مانند کار در دفتر آژانس هواپیمایی یا منشی‌گری بود از پذیرفتن این شغل‌ها با توجه به اعتقادش مبنی بر این که این مشاغل، شغل‌های تیپیک زنانه می‌باشد امتناع می‌ورزید.

نتیجه گیری

در مجموع نتایج نشان داد که متقاضیانی که به کلینیک‌های روانشناسی به منظور تغییر جنسیت مراجعه می‌کنند، بایستی با ابزارهای تشخیصی و مصاحبه بالینی مورد بررسی دقیق قرار بگیرند و قبل از درمان از طریق جراحی، درمان‌های روانشناختی انجام شود و اختلالات همبود نیز بررسی شوند.

تشکر و قدردانی

این پژوهش در بیمارستان روانپزشکی گلستان انجام گرفته است و از مراجعان برای مقاله شدن این پژوهش رضایت گرفته شده است. همچنین، از مسوولان بیمارستان گلستان برای همکاری در اجرای این پژوهش تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

است باشد، همچنین از مکانیسم دفاعی وقفه نیز استفاده می‌کرد که در راستای تعارضات درون روانی و عدم پذیرش درصحت در مورد وضعیت گذشته وی می‌باشد. همچنین، ۲ نگرانی عمده داشته است ۱. ترس از نیست شدن و مرگ به علت تجاوز جنسی، ۲. ترس از بچه دار شدن به علت تجاوز جنسی. در واقع بعد از تجربه‌ی ترومای جنسی، برانگیختگی و اضطراب شدیدی داشته است و همیشه در خواب کابوس می‌دیده و به علاوه فلش بک نیز در مورد آن واقعه‌ی ناخوشایند داشته است. ترس از بچه دار شدن نیز باعث شده که این میل زنانه را در خود سرکوب و واپس بزند. در ارزیابی تیپ شخصیتی این ۲ مورد، تفاوتی مشاهده نگردید.

همچنین، از آنجاکه سابقه تجاوز و نشانه‌های تجزیه ای و فراموشی وجود دارد، بحث تشخیص اختلال شخصیت مرزی نیز در Case1 مطرح گردید؛ ولی چون نشانه‌های این اختلال را به طور کامل پر نمی‌کرد و از طرف دیگر ابهام در هویت (Identity Diffusion) وجود نداشت و دائماً تاکید داشت که به جنس مقابل تعلق دارد (از ملاکهای اختلال هویت جنسی) این تشخیص گذاشته نشد و همچنین صرف وجود سابقه تجاوز که نه شرط ضروری و نه شرط کافی در تشخیص شخصیت مرزی است نمی‌توان این تشخیص را گذاشت.

در تبیین اختلال هویت جنسی، فروید معتقد بود که مسایل هویت جنسی از تعارض‌هایی که کودک در مثلث ادیپال تجربه می‌کند ناشی می‌گردد. هر چیزی که در محبت طفل نسبت به والد جنس مقابل و همانند سازی با والد جنس خودی تداخل نماید، با رشد طبیعی هویت جنسی او نیز تداخل خواهد نمود (۲). در مورد ۱، از آنجاکه اطلاعات زیادی از قبل ۱۰ سالگی موجود نمی‌باشد و بر اساس این که وی پدر را فردی بی توجه از لحاظ عاطفی و مادر را تاحدودی سخت گیر ولی در عین حال پرنش توصیف می‌نماید که در این جریان تعارضاتی در مثلث ادیپال مشاهده می‌شود و در مورد ۲، پدر را فردی سرد که در عواطف و احساساتش بازدارنده می‌نماید و مادر را در راس هرم قدرت خانوادگی قرار می‌دهد، لذا در مثلث ادیپال وی خللی ایجاد شده است و همانندسازی او با والد همجنسش به درستی صورت نگرفته است. در مورد اول، این اختلال در عملکرد شغلی وی خلل ایجاد کرده بود

References

- 1- Shahraray M. Sexuality growth. Golombok and fivush. first edition, Tehran: Phoenix Publishing, 1376. [persian]
- 2- Sadock B. Sadock V. & Ruiz, P. Comprehensive Text Of Psychiatry. Ninth edition, volume 1, 2009.
- 3- Sadock, BJ. & Sadock VA. Synopsis of psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003.
- 4- American Psychiatric Association. Diagnostic

- and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition) Text Revision. (DSM-IV-TR). Washington DC: APA, 2000.
- 5- Putnam F. Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the Academy of Child Adolescent and Psychiatry*, 2003, 42, 269–278.
- 6- Paolucci EO, Genuis ML, & Violato C. A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of Psychology*, 2001, 135, 17–36.
- 7- Green H. Impact of Sexual Trauma on Gender Identity and Sexual Object choice. 1994, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7961043.
- 8- Nagy S, Adcock A, & Nagy M A. comparison of risky health behaviors of sexually active, sexually abused, and abstaining adolescents. *Pediatrics*, 1994, 93, 570–575.
- 9- Roode TV, Dickson N, Herbison, P, & Paul C. Child sexual abuse and persistence of risky sexual behaviors and negative sexual outcomes over adulthood: Findings from a birth cohort. *Child Abuse & Neglect*, 2009, 33, 161–172.
- 10- Andrews G, Corry J, Slade T, Issakids C, & Swanston H. Child sexual abuse. In M. Ezzati, A.D. Lopez, A. Rodgers, & C.J.L. Murray (Eds.), *Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Geneva: World Health Organisation, 2004, pp. 1851–1940.
- 11- Briere JN, & Elliott DM. Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *Sexual Abuse of Children*, 1994, 4(2), 54–69.
- 12- Gooren L, & Cohen-kettenis P. Transsexualism: A Review of etiology, diagnosis and treatment. *Psychosomatic Research*, 1999, 46: 315-333, 328.
- 13- Attar H, & Rasoulia, M. the first diagnosis of Gender Identity Disorder: A Case Study, *Thought and Behavior*, 9, 11-6. 1382. [persian]
- 14- Khodayari fard M, Mohamedi M.R, & Abedini, Y. CBT with emphasizing the spiritual therapy in the treatment of sexual dissatisfaction. *Case study of thought and behavior*. 1382: 920-12. [persian]
- 15- Sarmad Z, Bazargan, A, & Hejazi, E. research methods in the behavioral sciences. Tehran: Agah Publications, 1389. [persian]
- 16- Garrosi farshi T. The new approaches at personality assessment, Evaluation of factor analysis at personality studies, Daniel, Danesh, 1380. [persian]
- 17- Pasha Sharif H, & Nikkhoo M. R. Translation of Psychological Assessment marnat, Gary Gras, Tehran: Growth, 1389. [persian]

Psychological Characteristics of Two Patients With Gender Identity Disorder

Ali Asghar Firoozi *† - Majid Eydi Baygi** - Nilofar Khajeddin***

*PhD, Student in Clinical Psychology, Shahid Beheshti Medical Sciences, Tehran, Iran

**BA in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Torbate Heydarie, Iran

***PhD in Psychiatrist, Jondishapour University of Ahwaz, Hospital of Golestan, Iran

Abstract

Background: The purpose of this study is description, diagnosis and necessity of psychotherapy and assessment of comorbidity disorders for patients with transsexual.

Methods: Two cases had referred to clinic of psychology for the demandant of sexuality change. This two case were evaluated through clinical interview, a personality questionnaire of NEO (NEO-FFI) and the Minnesota Multifaceted personality inventory-short form (MMPI).

Results: Overall results showed the applicants who refer to psychological clinics in order to change the gender, should be examined by diagnostic tools and clinical interviews by regard to clinical judgment permission of transsexuals grant to them. As in case1, are observed borderline and hystrionic personality characteristics (not pure), lack of assertiveness and depression.

Conclusion: According to our results, two clients have demands for changing of their gender; However, They experience various psychological conditions, Thus it, must be done psychotherapy before therapy through surgery.

Keyword: Gender Identity Disorder/ Sexual Abuse/ Comorbidity Disorders/ Personality Assessment

Received: 13 May 2012

Accepted: 12 Jun 2013

†Correspondence: Magic_alii@yahoo.com, Tell: 021-23031548