

بررسی اختلال هویت جنسیتی (دگرجنس خواهی) با تأکید بر نقش خانواده: مطالعه تطبیقی مراجعه‌کنندگان به سازمان بهزیستی استان کرمان^۱

لیلا یزدان‌پناه^۲ فاطمه صمدیان^۳

(تاریخ دریافت ۱۳۸۹/۶/۷، تاریخ پذیرش ۱۳۹۰/۴/۱)

چکیده

مقاله حاضر به موضوع اختلال هویت جنسیتی با تأکید بر ویژگی‌های خانوادگی افراد دارای این اختلال، در مقایسه با افراد بهنجار، می‌پردازد. هویت ابعاد مختلفی دارد که یکی از آن‌ها هویت جنسیتی است که در سنین کودکی کسب می‌شود و عوامل و شرایط خاصی، مخصوصاً در بستر خانواده، در شکل‌گیری آن نقش دارد. اختلال هویت جنسیتی که عبارت است از: "تمایل پایدار به تعلق به جنس مقابل یا ناراحتی مفرط از جنسیت تعیین‌شده و نقش جنسی نسبت داده شده به فرد"، وضعیتی نادر است، اما بی‌توجهی به آن می‌تواند پیامدهای ناگواری برای فرد، خانواده و جامعه داشته باشد. هدف اصلی مقاله، مطالعه ویژگی‌های فردی، خانوادگی و... افراد مبتلا به اختلال یادشده در استان و شهر کرمان بوده است. برای رسیدن به اهداف پژوهش همه افراد دارای اختلال هویت جنسیتی که مراجعه‌کنندگان به سازمان بهزیستی استان کرمان را در برمی‌گیرند (۱۵ نفر) انتخاب شدند. افراد مذکور در سازمان یادشده دارای پرونده‌های مخصوص با پرسش‌نامه‌های پرشده استاندارد هستند و وجود اختلال در آن‌ها با معاینات

۱ این پژوهش با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه شهید باهنر کرمان و همکاری سازمان بهزیستی استان کرمان انجام شده است.

۲. استادیار گروه علوم اجتماعی و عضو گروه‌های پژوهشی جامعه‌شناختی مطالعات شهری- روستایی و مسائل زنان و خانواده دانشگاه شهید باهنر کرمان، lyazdanpanah@uk.ac.ir

۳. کارشناس ارشد جامعه‌شناسی و مدرس رشته علوم اجتماعی دانشگاه شهید باهنر کرمان.

پزشکی مخصوص محرز شده است. این تحقیق از نوع نیمه‌آزمایشی است. آزمودنی‌های ذکر شده که صفت اصلی آن‌ها دارا بودن اختلال است، به‌عنوان گروه آزمایش در نظر گرفته شدند و ۱۵ نفر از افرادی که فاقد اختلال بودند با روش همسان‌سازی به‌عنوان گروه گواه مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌های اصلی ضمن مصاحبه با هر دو گروه و همچنین تحلیل پرونده‌های افراد دارای اختلال جمع‌آوری شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌های پژوهش نشان داد که در متغیرهای مختلف فردی و خانوادگی، نظیر نوع رفتار والدین در دوران کودکی، برخورد با کودک در زمینه یادگیری الگوهای رفتاری مناسب جامعه، همراهی عاطفی اعضای خانواده، آمیختگی عاطفی، ارتباط مؤثر اعضا در درون خانواده، تجربه سوءاستفاده جنسی و استفاده از لباس‌ها، آرایش و رفتار جنس مخالف در کودکی، بین گروه گواه و آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد.

واژگان کلیدی: اختلال هویت جنسیتی، همراهی عاطفی، آمیختگی عاطفی، ارتباط مؤثر.

بیان مسئله و تعریف موضوع

همان‌گونه که از عنوان برمی‌آید، موضوع بررسی، اختلال هویت جنسیتی^۱ و نقش خانواده در شکل‌گیری آن است. در این زمینه می‌توان گفت یکی از ابعاد زندگی انسان شکل‌گیری هویت است که عوامل گوناگونی در حوزه زندگی اجتماعی، مانند خانواده، دوستان، همسالان، رسانه‌ها و... در فرآیند شکل‌گیری آن نقش دارند. بیشتر روان‌شناسان و نظریه‌پردازان شخصیت، هویت را در درجه اول، فردی و شخصی می‌دانند و معتقدند که مبنا و جنبه اصلی هویت به ویژگی‌های شخصیتی و احساس معطوف است. در مقابل، روان‌شناسان اجتماعی و جامعه‌شناسان بر این واقعیت تأکید دارند که احساس هویت به‌واسطه دیالکتیک میان فرد و جامعه شکل می‌گیرد. آن‌ها می‌پذیرند که هویت معمولاً در نگرش‌ها و احساسات افراد نمود می‌یابد، ولی بستر شکل‌گیری آن زندگی جمعی است و هویت اجتماعی نمودیافته در شخصیت، جدا از زندگی اجتماعی دیگر افراد، معنایی ندارد (عریضی، ۱۳۸۵: ۸۳).

به‌طورکلی، هویت دارای ابعاد مختلفی مثل هویت جمعی، هویت خانوادگی، هویت قومی، هویت نژادی، هویت ملی و هویت جنسیتی است. هویت جنسیتی بخش قابل ملاحظه‌ای از هویت هر انسان را تشکیل می‌دهد. در اینجا باید خاطر نشان کرد که نقش‌آموزی جنسیتی^۲ و هویت جنسیتی، دو چیز متفاوت‌اند. نقش‌آموزی جنسیتی به کسب آن دسته از ویژگی‌های

1 Gender identity disorder

2 Sex- typing

رفتاری اشاره می‌کند که فرهنگ جامعه معینی برای زنان و مردان خود مناسب می‌داند (اتکینسون، ۱۳۷۹: ۱۸۵). هویت جنسیتی^۱ به «احساس و آگاهی خود فرد درباره زن یا مرد، دختر یا پسر بودن» اشاره دارد (گرت، ۱۳۸۲: ۳۴)؛ به طوری که فرد می‌آموزد از آن حیث که مرد یا زن آفریده شده است، به شیوه‌ای خاص بیندیشد و رفتار کند. از نظر گیدنز، این بعد متفاوت از جنس است که به تفاوت‌های فیزیکی و جسمانی مربوط می‌شود (گیدنز، ۱۳۷۶: ۱۸۵).

هویت جنسیتی، به‌طور کلی، از طریق فرآیند یادگیری شکل می‌گیرد. این یادگیری در وهله اول در خانه رخ می‌دهد و بعد از ورود فرد به محیط بیرون از خانه، مثل مدرسه و سایر نهادها ادامه می‌یابد. بنابراین، طی این فرآیند، هر فرد نقش‌های جنسیتی متناسب با جنس خود را یاد می‌گیرد و از این رو در بیشتر موارد جنس فرد، یعنی ویژگی‌های فیزیکی، با جنسیت او، یعنی شیوه رفتاری که جامعه از او به‌عنوان زن یا مرد انتظار دارد، هماهنگ است. اما در موارد نادری این تناسب به هم می‌خورد و فرد دچار اختلال هویت جنسیتی می‌شود.

افراد مبتلا به اختلال جنسیتی (ترانس سکسوالیته) از بدو شناخت خود از سنین زیر ۳ سالگی، رفتارها و گرایش‌های جنس مخالف را از خود بروز می‌دهند و با وجودی که هیچ‌گونه اختلالی در جسم آن‌ها مشاهده نمی‌شود، عمیقاً احساس می‌کنند که در کالبدی اشتباه متولد شده‌اند و جنسیت حقیقی آن‌ها با آنچه هستند متفاوت است. بدین ترتیب، پسرچه‌هایی که دچار اختلال هویت جنسیتی هستند، گرایش به بازی‌های دخترانه و لباس‌های دخترانه دارند و رفتارهای دخترانه از خود بروز می‌دهند. همچنین دخترچه‌های دچار این اختلال نیز حرکات و رفتارهای پسرانه دارند و از انجام کارها و بازی‌های دخترانه امتناع می‌کنند (هارالدسن و دیگران، ۲۰۰۴). این در حالی است که خانواده و جامعه همواره از این کودکان انتظار دارند نقش‌های متناسب با جنسیت خود را بپذیرند و آن‌ها را به دلیل حرکات و رفتارهای جنس مخالف سرزنش کرده و تحت فشار قرار می‌دهند که این باعث انزوای این افراد می‌شود. این انزوا، به عزت نفس پایین می‌انجامد و ممکن است باعث ترک تحصیل یا شکست تحصیلی شود. این افراد اغلب تضاد بین شخصی زیادی دارند و یکی از پرقربانی‌ترین اقلیت‌ها را تشکیل می‌دهند. در مواردی نیز اختلال جنسیتی همراه با اسکیزوفرنی یا شیدایی و به‌هم‌خوردن تعادل روانی است (هرزبرگ، ۱۹۹۵: ۹۵؛ زوکر و دیگران، ۲۰۰۵: ۵).

از طرف دیگر، عدم پذیرش این افراد از سوی خانواده و جامعه، در نتیجه انزوای این افراد، پیامدهایی مثل خودکشی و گرایش به انحراف جنسی را نیز در پی دارد. میزان خودکشی این افراد در برخی از کشورها ۱۶/۳ درصد از کل آمار خودکشی را به خود اختصاص می‌دهد که به مراتب بالاست. همچنین، به علت انحراف جنسی و بروز رفتارهای همجنس‌گرایانه، احتمال ابتلا به بیماری‌های مقاربتی و ایدز در این گروه افزایش می‌یابد.

مسئله دیگری که باید مورد توجه قرار گیرد این است که انزوای این افراد باعث می‌شود که آن‌ها در فعالیت‌های اجتماعی مشارکت نکنند و در یافتن شغل مناسب و همچنین فعالیت‌های فرهنگی و اقتصادی نیز ناموفق باشند و نهایتاً اگر این افراد شناسایی نشوند و تحت درمان قرار نگیرند، می‌توانند هم برای خود و هم برای جامعه مخاطراتی را فراهم کنند.

اگرچه میزان افراد مبتلا به اختلال جنسیتی در ایران و در شهر کرمان کم است، وجود این بیماران، مشکلاتشان و نهایتاً مشکلاتی را که برای خانواده و جامعه دارند، نمی‌توان نادیده گرفت. به همین دلیل، پژوهش حاضر درصدد بررسی مشکلات این بیماران و بررسی نقش خانواده در شکل‌گیری آن است.

هویت جنسیتی حالتی روان‌شناختی است که نمایان‌کننده احساس فرد از مذکر یا مؤنث‌بودن خود است. هویت جنسی اکثر افراد تا ۲ یا ۳ سالگی ایجاد می‌شود و معمولاً با جنسیت زیستی فرد هماهنگی دارد. پیدایش هویت جنسی حاصل تعداد بی‌شماری از سرخ‌های برگرفته از والدین و فرهنگ است که خود آن‌ها در مجموع در واکنش به اعضای تناسلی نوزاد پدیدار می‌شوند. نقش جنسی الگوی رفتار ظاهری است که بازتاب احساس درونی فرد می‌باشد، مبنی بر اینکه من مذکر یا مؤنث هستم. با وجود انعطاف‌پذیری نسبی در مورد مردانه یا زنانه‌بودن رفتارها، انتظارات فرهنگی از مردان و زنان می‌خواهد که احساس مردبودن یا زن‌بودن داشته باشند و این احساس بازتاب جنسیت تشریحی آن‌ها باشد. اختلال هویت جنسیتی عبارت است از تمایل پایدار به تعلق به جنس مقابل یا اصرار بر تعلق داشتن به جنس مقابل و ناراحتی مفرط از جنسیت تعیین‌شده و نقش جنسی نسبت داده شده به فرد (کاپلان، ۱۳۸۰: ۲۷۴).

همان‌گونه که آمد، گاهی اوقات ویژگی‌های جنسی و جنسیتی افراد با یکدیگر ناسازگار است که به شکل‌های مختلف، همچون نارضایتی جنسی، تغییرجنس‌خواهی و دگرجنس‌خواهی بروز می‌کند. هرچند شمار افراد مبتلا به این وضعیت نسبت به بیماران دیگر اندک است، از آنجا که این شرایط بر نظام شخصیتی و رفتاری و در نهایت بر سازگاری اجتماعی فرد تأثیر

می‌گذارد، می‌تواند به منبع بحران هویت تبدیل شود و شایسته است که از دیدگاه جامعه‌شناسی مورد مطالعه قرار گیرد. بنابراین، از بعد علمی، این مطالعه می‌تواند به دانش جامعه‌شناسی خصوصاً در ایران کمک شایانی بکند. اهمیت مطالعه این موضوع زمانی آشکار می‌شود که این واقعیت مورد توجه قرار گیرد که در ایران موضوع نارضایتی جنسی و گرایش به تغییر آن، نه تنها برای مردم عادی، بلکه برای دانشگاهیان و کارگزاران اجتماعی ناشناخته است. از بعد کاربردی نیز این مطالعه می‌تواند چشم‌اندازی به سوی مشکلات و مسائل گروه یادشده باشد تا جهت حل مسائل و مشکلات آن‌ها فراراه محققان و صاحب‌نظران و دست‌اندرکاران امور مربوط قرار گیرد.

اهداف پژوهش

افراد تمایل دارند طرحی^۱ از خود به‌عنوان فرد واحد داشته باشند. منظور از طرح، مجموعه اندیشه‌ها و احساساتی است که فرد در ارجاع به خودش به‌عنوان شناخته‌ای عینی دارد. برداشت از خود، با آنکه بخشی از خود و حتی بخش کوچک‌تر شخصیت کلی فرد است، اهمیت فوق‌العاده دارد، زیرا این بخش برای هرکس مهم است و معمولاً مهم‌ترین شناخته در جهان به شمار می‌آید (ریترز، ۱۳۷۴: ۲۸۹).

یکی از مهم‌ترین مشخصه‌های هویت فردی، هویت جنسیتی است. میان دو جنس تفاوت جنسی بارزی وجود دارد که مهم‌تر از همه، توانایی زنان در زایش کودکان است. این تفاوت‌های زیستی به هویت جنسی، یعنی زن و مرد بودن کمک می‌کند. اما در جوامع تفاوت‌هایی میان دو جنس دیده می‌شود که منحصراً در نتیجه تمایز زیستی آن‌ها نیست، بلکه تا حد زیادی تأثیر جامعه‌پذیری جنسی قراردادی را منعکس می‌کند. بنابراین، هویت جنسیتی به‌عنوان عامل اکتسابی، زن و مرد را از جهت اجتماعی و فرهنگی از یکدیگر جدا می‌کند و بر اساس ویژگی‌هایی که اغلب خصوصیات ویژه دو جنس محسوب می‌شود، شکل می‌گیرد. به طور معمول، مختصات جنسی و جنسیتی افراد با یکدیگر هماهنگ است، اما گاهی مختصات جنسی و جنسیتی افراد با یکدیگر ناسازگار می‌شود. در واقع، افرادی که از نظر بیولوژیک و زیستی، ویژگی‌های یک جنس را دارند، تمایل به داشتن ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی جنس مخالف را دارند که از ابراز نارضایتی جنسی و گرایش به تقلید لباس و رفتارهای جنس مخالف تا تمایل

1 Schema

شدید به تغییر جنسیت متغیر است. هدف کلی این پژوهش، بررسی اختلال هویت جنسیتی افراد مراجعه‌کننده به مرکز بهزیستی کرمان با تأکید بر نقش خانواده بوده است. در اینجا اهداف جزئی پژوهش عبارت‌اند از: بررسی ۱. فقدان یا کمبود رابطه عاطفی ۲. همراهی عاطفی اعضای خانواده ۳. آمیختگی عاطفی اعضای خانواده ۴. کنترل رفتار فرد توسط خانواده ۵. استفاده از لباس و آرایش جنس مخالف برای کودکان ۶. تمایل والدین به فرزندى از جنس دیگر و شکل‌گیری اختلال هویت جنسیتی.

پیشینه پژوهش

اختلال هویت جنسیتی ممکن است به قدمت زندگی بشر باشد. مردم‌شناسان فرهنگی و دانشمندان دیگر، تعدادی از افراد دارای اختلال جنسیتی را در اساطیر وابسته به تاریخ یونان و روم باستان، آسیا و غرب مشاهده کرده‌اند. هایوسمن معتقد است که مفهوم اختلال هویت جنسیتی در سال ۱۹۵۰ به‌عنوان نتیجه تغییرات در تکنولوژی پزشکی به وجود آمد و پیشرفت در علم پزشکی در اوایل نیمه قرن بیستم این امکان را به وجود آورد که افراد بتوانند خودشان را به‌عنوان فردی از جنس مخالف در نظر بگیرند. استفاده از هورمون‌ها برای تغییر بدن، همچنین پیشرفت تکنیک‌های جراحی، امکان تبدیل‌شدن مرد به زن و زن به مرد را فراهم کرده است. این در حالی است که مطالعه هلیس (۱۸۸۰) نشان داد که در قرن نوزدهم هنوز افراد دارای اختلال، جراحی نشده بودند یا هورمونی برای رفع مشکل آن‌ها در دسترس نبود. در نظام طبقه‌بندی روان‌پزشکی^۱، ترانس سکسوالیسم به‌عنوان یک بیماری، اولین بار در سال ۱۹۸۰ ظاهر شد. در نسخه‌های جدیدتر این نظام^۲، کلمه ترانس سکسوالیسم رها شد و در عوض، کلمه اختلال هویت جنسیتی مورد استفاده قرار گرفت. فیسک (۱۹۹۳) کلمه سندرم روان‌پریشی^۳ را برای بیماری پیشنهاد می‌کند که این اصطلاح، ترانس سکسوالیسم و همچنین انواع دیگر اختلال جنسی را دربرمی‌گیرد (کوهن و دیگران، ۱۹۹۹: ۳۱۶).

در مورد تاریخچه جراحی‌های انجام‌شده برای این بیماری می‌توان گفت، اولین تغییر جنسیت در انگلستان در فاصله سال‌های ۱۹۴۸-۱۹۴۲ میلادی اتفاق افتاد که در آن، دختری به نام لورادیلون تغییر جنسیت داد و پسر شد. در آمریکا سابقه تغییر جنسیت به سال ۱۹۵۲

1 DSM III

2 DSM IV

3 Gender dysphoria syndrome

میلادی برمی‌گردد و نخستین تغییر جنسیت در کشور مصر در سال ۱۹۸۲ میلادی اتفاق افتاد. در ایران، در سال ۱۹۸۵ میلادی، مردی به نام فریدون که دچار بیماری ترانس سکسوال بود، پیش امام خمینی^(۵) رفت و خواهان دریافت مجوز شرعی برای تغییر جنسیت شد. امام خمینی^(۵) در فتوای خویش برای این بیماری چنین نوشت: «تغییر جنسیت با تجویز طبیب مورد اعتماد اشکال شرعی ندارد». در واقع، امام خمینی^(۵) اولین فقیه و دانشمند مسلمان است که مسائل فقهی و حقوقی تغییر جنسیت را در کتاب *تحریر الوسیله* بیان کرده است. وی معتقد است که تغییر جنسیت حرام نیست. بر این اساس، جریانی فقهی به وجود آمد که افراد دارای بیماری جسمی و روحی، زیر نظر پزشکان، می‌توانند تغییر جنسیت دهند و از حمایت قانونی بهره‌مند شوند (سایت دوجنسی‌ها).^۱

مطالعات جامعی که در مورد رواج اختلال جنسی بچه‌ها اطلاعات کافی فراهم کند وجود ندارد. تخمین عمومی ترانس سکسوالیسم در میان جمعیت ۱۵ ساله و بزرگ‌تر، معمولاً بر اساس ترانس سکسوال‌های معالجه‌شده در مراکز اصلی معالجه این بیماران، یا بر اساس پاسخ‌های روان‌کاوان به پیمایش‌هایی است که درباره تعداد بیماران ترانس سکسوال در کشور یا منطقه‌ای خاص ثبت شده است. مطالعات سابق رواج ۱۸۰۰۰۰ تا ۱۲۴۰۰۰ از مرد به زن ۴۰۰۰۰ تا ۱۸۰۰۰۰ از زن به مرد را گزارش کرده است. در دو مطالعه اخیر در سنگاپور، سطح بالایی از رواج این بیماری در این کشور گزارش شده است؛ به طوری که می‌توان به آمار ۱/۱۰۰۰ در میان مردان و ۱۴۰۰۰ در میان زنان اشاره کرد. گفتنی است در این کشور در مطالعات قبلی، آمار سطح پایین‌تری را گزارش کرده‌اند که این امر ممکن است به دو دلیل اتفاق افتاده باشد؛ یکی از دلایل، عدم دسترسی به این بیماران در سال ۱۹۷۰ و ۱۹۶۰ بوده است و دلیل دیگر، احساس رسوایی اجتماعی ترانس سکسوالیته، که موجب می‌شود بیماران از مراجعه به کلینیک‌ها پرهیز کنند. در گزارش‌های جدیدتر در دنیا پدیده دوجنسی‌تی ۱۸۰۴۰۰ برای زن به مرد^۲ و ۱۴۲۰۰ برای مرد به زن^۳ مطرح شده است. در اینجا می‌توان به این آمار اشاره کرد که اخیراً میزان ۱۸۳۰۰۰ در منطقه سوئد در میان ۲/۵ میلیون نفر گزارش شده است. همچنین می‌توان به استثنای اشاره کرد: فراوانی ۱/۳ در میان زنان بالغ در دوجنسی‌تی‌های لهستان و چکسلواکی سابق قبل از فروپاشی کمونیسم؛ به طوری که می‌توان گفت در مناطق ذکرشده،

1 <http://dojensiha.blagfa.com>

2 FMS

3 MFS

تعداد زنان خواهان تغییر بیشتر از مردان است. اما در کل، میزان افراد نابالغ حاضر در کلینیک‌ها تقریباً ۵ یا ۶ پسر در مقابل ۱ دختر است. در مورد پسران و دختران دارای اختلال هویت جنسیتی که متقاضی عمل جراحی هستند، به طور نسبی، پسرهای دارای اختلال در اوایل زندگی یا بعدها، بیشتر از دختران دارای اختلال، متقاضی جراحی هستند. همچنین ممکن است مردانی که در بچگی دچار اختلال هویت نبوده‌اند هم متقاضی عمل جراحی باشند (کوهن و دیگران، ۱۹۹۹: ۳۱۹-۳۲۰).

در مورد تعداد این افراد در ایران آمار دقیقی وجود ندارد و طبق آمار سازمان بهداشت جهانی، در ایران حدود ۷۰۰ مورد تقاضای تغییر جنسیت داریم، ولی در آمار پزشکی قانونی حدود ۳۵۰ نفر تاکنون تغییر جنسیت داده‌اند (سایت دوجنسیتی‌ها).

بررسی پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه موضوع مورد بررسی در ایران و جهان، مبین آن است که در ایران تحقیقات زیادی، مخصوصاً از بعد اجتماعی، انجام نشده است و در این زمینه تنها می‌توان به چند تحقیق زیر اشاره کرد:

فاطمه جواهری و زینب کوچکیان، تحقیقی با روش پیمایش و بر اساس مصاحبه با کارشناسان مسئول ساماندهی به پدیده تغییر جنسیت در تهران و مصاحبه‌های نیمه‌ساخت‌یافته با ۴۰ نفر از ناراضیان جنسی انجام داده‌اند. یافته‌های این تحقیق نشان داد که نظام فقهی و حقوقی ایران با پدیده تغییر جنسیت مخالفتی ندارد و ناراضیان جنسی که به تغییر جنس می‌پردازند، برای تحصیل، ازدواج و اشتغال با مانع قانونی خاصی مواجه نیستند، اما مشکلاتی که با آن مواجهند، بیشتر جنبه فرهنگی - اجتماعی دارد. فقدان ارتباط رضایت‌بخش با خانواده، اطرافیان و مردم، در معرض سوءظن و قضاوت‌های منفی بودن، عدم برخورداری از یک نظام حمایتی، طی کردن مراحل طولانی اداری، مشکلات زیستی و اجتماعی حاصل از عمل جراحی، همگی نشانه ضعف در پایگاه سلامتی و سرمایه اجتماعی ناراضیان جنسی است (جواهری و کوچکیان، ۱۳۸۵: ۲۸۷-۲۸۶).

روان‌درمانی موفقیت‌آمیز چهار مورد اختلال هویت جنسی، عنوان تحقیقی است که ظهیرالدین و همکارانش انجام داده‌اند. نتایج به دست آمده از این پژوهش، یک دوره روان‌درمانی یک‌ساله و یک دوره آزمون زندگی و درمان دارویی را به منظور کاهش میل جنسی پیشنهاد می‌کند (ظهیرالدین و همکاران، ۱۳۸۴: ۴۰-۳۷).

رضایی و همکارانش تحقیقی با عنوان کارکرد خانواده در بیماران دچار اختلال هویت جنسیتی در کشور ایران انجام داده‌اند. نمونه تحقیق را ۳۷ نفر از مراجعه‌کنندگان به سازمان

پزشکی قانونی تشکیل می‌دهند که اختلال هویت جنسیتی، توسط کمیسیون روان‌پزشکی در آن‌ها محرز شده است. نتایج نشان می‌دهد که کارکرد خانواده ۳۴ درصد تأثیرگذار است؛ ابعاد کارکردی نظیر آمیختگی عاطفی، ۳ درصد؛ و کنترل رفتار، ۹ درصد تأثیرگذار بوده است؛ در حالی که این تفاوت در مورد ابعاد کارکردی مثل نقش‌ها ۱۵ درصد، حل مسئله ۱۶ درصد و ارتباط ۶۶ درصد، به طور معنی‌دار بین دو گروه مورد بررسی به چشم می‌خورد (رضایی و همکاران، ۱۳۸۶: ۶۳-۵۸).

بررسی میزان تطابق نقش و هویت جنسی ۱۲ بیمار ترنس سکسوال با جنسیت جدیدشان پس از عمل جراحی تغییر جنسیت، عنوان تحقیق دیگری است که حجازی و همکارانش انجام داده‌اند. نمونه مورد بررسی شامل ۱۲ نفر (۹ نفر ترنس مرد به زن و ۳ نفر ترنس زن به مرد) بوده که به طور متوسط ۶ سال از عمل جراحی‌شان سپری شده بود. نتایج تحقیق نشان داد که این بیماران از نظر روانی و اجتماعی در وضعیت مناسبی قرار دارند و تطابق خوبی با نقش و هویت جدید خود نشان داده‌اند و تمامی آن‌ها از تصمیم خود رضایت دارند. عوامل متعددی از جمله وضعیت اقتصادی، رضایت از روابط بین فردی، وجود سیستم حمایتی، شریک جنسی و رضایتمندی از زندگی جنسی، نقش عمده‌ای در تطابق بیماران با وضعیت جدید داشته است (حجازی و همکاران، ۱۳۷۸: ۸۶-۷۸).

عسگری و همکارانش در تحقیقی با عنوان شیوع آسیب‌های روانی در ۵۵ نفر از بیماران دارای اختلال هویت جنسی، به این نتیجه رسیدند که در این بیماران شیوع انواع متفاوت آسیب‌های روانی در حدود ۲۰ درصد است. بیشترین اختلال مربوط به وجود افکار پارانوئیدی با شیوع ۳۸ درصد بوده و اختلالات شایع بعدی به ترتیب شامل هراس، جسمانی‌سازی و حساسیت در روابط بین فردی است (عسگری و همکاران، ۱۳۸۶، ۱۸۶-۱۸۱).

نوریان و همکارانش تحقیقی با هدف بررسی اختلالات شخصیت و ویژگی‌های شخصیتی مردان مبتلا به اختلال هویت جنسیتی انجام دادند. آزمودنی‌ها ۴۰ مرد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی بودند که به مرکز بهزیستی نواب صفوی تهران مراجعه می‌کردند. همچنین ۴۰ نفر از کارمندان مرد دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران که هیچ‌یک از ملاک‌های تشخیصی اختلال هویت جنسی را براساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نداشتند، با توجه به هم‌تاسازی با بیماران، به‌عنوان گروه گواه انتخاب شدند. مطابق یافته‌های حاصل، بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی، برخی ویژگی‌های خرده‌مقیاس‌های اختلالات

شخصیتی را بیشتر از افراد عادی دارا بودند و درجاتی از اختلالات شخصیت در برخی از آنها بارز است (نوریان و همکاران، ۱۳۸۶: ۵۹-۵۵).

زوکرو و تیلور (۱۹۶۹) در مصاحبه با مادران دارای پسران با اختلال هویت جنسیتی، درصد تمایل به رفتارهای جنس مخالف را در میان آنها به این شرح به دست آوردند: تمایل به دختر شدن ۷ درصد، پوشیدن لباس‌های زنانه ۱۳ درصد، بازی با عروسک ۷ درصد، ترجیح دادن بازی با دختران ۱۵ درصد، اجتناب از بازی‌های پسرانه ۲ درصد و استفاده از رژلب ۷ درصد (زوکرو و تیلور، ۱۹۶۹: ۳۷۸-۳۸۰).

زوکرو معتقد است که عوامل اجتماعی تعداد مراجعان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. او این دیدگاه را که اختلال هویت جنسیتی ترکیبی اجتماعی است که بر اساس آن میزان مراجعان پسر نسبت به دختر بیشتر می‌باشد به چالش کشید و به جای آن استدلال کرد در حالی که عوامل اجتماعی میزان مراجعان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، به همین ترتیب می‌توان ادعا کرد که عوامل اجتماعی به فقدان تضاد جنسیتی در دختران منجر می‌شود، به طوری که مدارای زیاد برای رفتار میان جنسیتی دختران در والدین و درمانگران وجود دارد و والدین و روان‌شناسان این امکان را که دختران رنج زیادی به دلیل هویت جنسیتی‌شان تجربه می‌کنند جدی نمی‌گیرند و اختلال هویت جنسیتی در دختران کمتر باعث طرد آنها می‌شود. در جای دیگر، زوکرو خاطرنشان می‌کند که ناراحتی ناشی از اختلال هویت جنسیتی بچه‌ها به این موقعیت‌ها متصل نیست، بلکه تا حدی نتیجه فرعی عدم تأیید اجتماعی است (کمیته مشورتی علمی نارث^۱، ۲۰۰۷: ۱۰-۱۱).

در مورد انجام جراحی‌ها نیز باید گفت، تغییر جنسیت ممکن است پاسخ نهایی نباشد؛ چون این امکان وجود دارد که مشکلات روانی ادامه یابد. در نصیحت و روان‌درمانی، هدف کمک به افراد است، برای اینکه از انزوا درآیند و راحت‌تر با سبک زندگی و انتخاب‌های مختلف برخورد کنند. اما در مورد افراد بزرگسال دارای اختلال، زوکرو معتقد است مداخله‌های روانی نمی‌تواند چندان موفق باشد. کوهن کتنیس و همکارانش نیز با بررسی نمونه‌هایی به این نتیجه رسیدند که مداخله‌های هورمونی و جراحی مؤثرترین راه‌حل برای روان‌پریشی جنسی در بیماران بالغ است (زوکرو، ۲۰۰۸: ۳۵۸).

1 Narth scientific advisory committee

در مورد موفقیت عمل تغییر جنسیت، از زمانی که اولین عمل تغییر جنسیت صورت گرفت، مطالعات زیادی برای بررسی تأثیر درمانی اس آر اس^۱ انجام شده است. فافلین و جانگ در بررسی وسیع و عمیق ۷۹ تحقیق انجام شده در فاصله زمانی ۱۹۹۱ - ۱۹۶۱ به این نتیجه رسیدند که وجود موقعیت‌هایی نظیر شاغل بودن و داشتن اموالی مثل منزل مسکونی و... برای رسیدن به هدف یعنی درمان اصلی باید مورد توجه قرار گیرد.

در مرجع جامع روان‌پزشکی، میزان رضایت بعد از عمل جراحی، ۸۷ درصد موارد مرد به زن^۲ و ۹۷ درصد زن به مرد^۳ گزارش شده است. بنابراین، درصد افرادی را که پس از عمل جراحی پشیمان می‌شوند به سختی می‌توان تشخیص داد (کوهن کتنیس و دیگران، ۱۹۹۹: ۳۱).

نتایج تحقیق دیگری که در آن ۱۲۴ بیمار مراجعه‌کننده به کلینیک پورتمن^۴ مورد بررسی قرار گرفتند نشان می‌دهد ۵۷ درصد افراد مراجعه‌کننده با والدین یا مراقبان و ۵۲ درصد با همسالان مشکل ارتباطی دارند؛ ۴۲ درصد افسرده‌اند؛ ۳۸ درصد مشکلات سلامت ذهنی خانوادگی و ۳۸ درصد مشکلات سلامت فیزیکی خانوادگی دارند؛ ۳۲ درصد قربانی آزار و اذیت اطرافیان و ۳۱ درصد قربانی آسیب‌های اجتماعی شده‌اند. این داده‌ها اشاره می‌کند که بچه‌های دارای اختلال هویت جنسیتی ممکن است به دلیل مشکلاتی که در روابطشان با بزرگسالان و همسالان دارند، انزوای زیادی را تجربه کنند. بررسی نتایج تحقیقات موردی به شرح زیر نشان می‌دهد که نقش خانواده در ایجاد اختلال یادشده مهم و اساسی است:

پسری ۱۶ ساله با نارضایتی از جنسیت فیزیکی خود و در حالی که از نظر اجتماعی منزوی و ناامید است، اقدام به خودکشی می‌کند؛ او در ۷ سالگی از جانب پدر مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته و به همین دلیل پذیرفته که یک دختر است.

دختری که با به دنیا آمدنش، بیماری افسردگی را برای مادر خود به ارمغان آورده و در دوران کودکی شاهد اعمال خشونت فیزیکی پدر علیه مادر و خود بوده (با آثار موجود خشونت) و با توجه به علاقه مفرط به مادر و برای خوشحال کردن او دائماً به تقویت فیزیکی بدن خود و پسر شدن جهت حمایت از مادر فکر کرده است (دیسگلیه، ۲۰۰۰: ۴۶۱-۴۶۵).

1 SRS
2 MSF
3 FMS
4 Portman

دختری که همه‌جا خود را پسر معرفی می‌کند و دارای اختلال است، می‌گوید که در دوران کودکی خود شاهد رفتار خشونت‌آمیز والدین و بستگان خود بوده؛ به‌طوری‌که عمویش دیوانه‌وار او را مورد اذیت و آزار قرار داده و حتی قصد برقراری رابطه جنسی با او را داشته است. با فوت پدر، که دختر خود را مانند پسرها تربیت کرده، و تمام فنون رزمی مردانه را، مثل کاراته، به اسم دفاع از خود به او یاد داده و حتی در یک رختخواب با او می‌خوابیده، حمایت عاطفی را هم از دست می‌دهد. از طرفی، مادرش هم نقش‌های پسرانه برای او تعریف می‌کند و حتی لباس‌هایش را پسرانه انتخاب می‌کند (جفریز، ۲۰۰۵).

کاتز و همکارانش (۱۹۸۵) با بررسی مراجعه‌کنندگان به مرکز خدمات درمانی هویت جنسیتی، به این نتیجه رسیدند که بچه‌های دارای اختلال هویت جنسیتی، دچار اضطراب، نگرانی، افسردگی و مشکلات عاطفی و رفتاری هستند. تعدادی از بچه‌ها نیز مشکلات یادگیری و مردودشدن در مدرسه را تجربه کرده‌اند و تلاش برای خودکشی در سن بلوغ در بین آنها زیاد بوده است (دیسگلیه، ۲۰۰۰: ۴۶۵-۴۶۶).

نظریه‌های مرتبط با موضوع

در مورد عوامل ایجادکننده اختلال هویت جنسیتی نظریه‌های متعددی وجود دارد. اما در مورد علل اصلی آن اتفاق نظر نیست. گروهی علت اصلی را عوامل بیولوژیکی و گروه دیگر یادگیری اجتماعی بیان می‌کنند و عوامل اجتماعی را در پدیدآمدن این بیماری مؤثر می‌دانند. برخی دیگر نیز عوامل روانی را در ایجاد بیماری مؤثر می‌دانند. در اینجا به برخی از نظریه‌های مطرح در هریک از این سه حوزه اشاره می‌کنیم:

عوامل بیولوژیکی

در آغاز قرن حاضر آشکار شد که فرآیند تفاوت جنسی (مرد یا زن بودن) کاملاً وابسته به ویژگی‌های ظاهری نیست. علاوه بر ویژگی‌های فیزیکی، خصوصیات جنسیتی مغز زنان و مردان هم تفاوت دارد. صاحب‌نظران معتقدند که سطوح بالای تستوسترون یا استروژن در دوره‌های مشخص رشد ممکن است باعث ایجاد ویژگی‌های مردانه در زنان یا ویژگی‌های زنانه در مردان شود. عده‌ای از پزشکان دریافته‌اند که در بیماران ترانس سکسوال بخش قدامی (پایانه BS) غده هیپوتالاموس مغز که دربرگیرنده خصوصیات جنسیتی انسان است، شبیه به جنس مخالف است. این پزشکان معتقدند که این اختلال مغزی در دوره جنینی به وجود می‌آید. خصوصیت

جنسیتی مغز مردان، به دلیل وجود مقدار کافی تستوسترون است؛ بنابراین، زمانی که تستوسترون وجود ندارد، مغز مردان دارای ویژگی‌های مغز زنان می‌شود. این اختلال پدیده‌ای مادرزادی و کاملاً طبیعی است که قابل تغییر نیست و از آنجا که نمی‌توان به این بخش از مغز دسترسی پیدا کرد و در آن تغییر به وجود آورد، تنها راه نجات این بیماران این است که جسم آن‌ها از طریق جراحی، با روح و مغزشان تطبیق داده شود. بنابراین، در این دیدگاه، تفاوت عضو تناسلی از یک سو و تفاوت جنسی مغز از سوی دیگر، برای تبیین پدیده ترانس سکسوالیسم مورد استفاده قرار می‌گیرد. تحقیقات بیولوژیکی سه علت را مورد توجه قرار می‌دهند: ۱. اختلال هویت جنسیتی به علت غده درون‌ریز نابهنجار، افزایش آندروژن، هورمون مردانه، در زنان و کمبود آندروژن در مردان ۲. نوعی واکنش استروژن از LH ۳. تفاوت جنسیت مغز این بیماران با جنسیت فیزیولوژیکی آن‌ها (کوهن کتنیس و دیگران، ۱۹۹۹: ۳۱۸-۳۱۹).

عوامل روان‌شناختی اجتماعی

کودکان هماهنگ با تربیت جنسی خود، که جنسیت تعیین‌شده نیز نامیده می‌شود، هویت جنسیتی پیدا می‌کنند. هویت جنسیتی تحت تأثیر تعامل مزاج کودک و نگرش‌ها و ویژگی‌های والدین است. از نظر فرهنگی، نقش‌های جنسی قابل قبولی وجود دارد: از پسرها انتظار نمی‌رود دخترانه رفتار کنند و از دخترها هم انتظار نمی‌رود پسرانه بار آیند. بازی‌های پسرانه (مثل دزد و پلیس) و بازی‌های دخترانه (مثل عروسک‌بازی) وجود ندارد. این نقش‌ها آموخته می‌شوند، هرچند برخی محققان معتقدند که برخی پسرها مزاج ظریف و حساسی دارند و برخی دخترها پرخاشگر و پرانرژی هستند که این صفات در فرهنگ امروز به صورت قالبی به ترتیب زنانه و مردانه محسوب می‌شوند.

زیگموند فروید معتقد بود که مشکلات هویت جنسی ناشی از تعارضاتی است که کودک در مثلث ادیپی تجربه می‌کند و این تعارض‌ها بر اثر رویدادهای واقعی خانواده و تخیلات کودک تقویت می‌شوند. هر چیزی که در محبت کودک نسبت به والد مخالف و هماهنگ‌سازی با والد همجنس تداخل کند، در پیدایش هویت جنسی طبیعی مشکل ایجاد می‌کند. کیفیت روابط مادر-کودک در نخستین سال‌های زندگی در برقراری هویت جنسی اهمیت فوق‌العاده دارد. در خلال این دوره، مادرها به طور طبیعی کودکان را از هویت جنسی خود، آگاه می‌کنند و سبب می‌شوند که آن‌ها به جنسیت خود افتخار کنند؛ به کودک به‌عنوان دختر یا پسر کوچک بها داده می‌شود، ولی مادر خشن و تحقیرکننده می‌تواند در رشد هویت جنسیتی کودک اختلال

ایجاد کند. ضمناً در همین دوران فرآیند جدایی از هویت جنسی قبلی، فردگروی نیز در جریان است. وقتی مشکلات جنسیتی با مشکلات جدایی و فردگروی همراه شود، نتیجه ممکن است این باشد که از تمایلات جنسی برای باقی ماندن در روابطی استفاده شود که بین صمیمیت کودکان از روی ناچاری و فاصله گرفتن خصمانه و بی‌ارزش کننده در نوسان است. برخی کودکان با این پیام مواجه می‌شوند که اگر هویت جنس مقابل را داشتند، از ارزش بیشتری برخوردار بودند. کودکان طرد شده و آزار دیده ممکن است بر اساس چنین باوری عمل کنند (کاپلان، ۱۳۸۰: ۲۷۵).

زوکر معتقد است اختلال هویت جنسیتی ممکن است در سنین خیلی پایین به وجود بیاید. وقتی که بعضی بچه‌ها عادت می‌کنند رفتارهای جنس مخالف را انجام دهند و این رفتارها ممکن است تقویت یا تشویق شوند. او در مورد علت تقویت یا تشویق رفتارهای جنس مخالف، واژه آسیب‌شناسی جنسیتی را به کار می‌برد و معتقد است که این امر ممکن است زمانی اتفاق بیفتد که مادر از تولد فرزندی با جنسیت دلخواهش ناامید شود که این امر ممکن است بر روابط والدین با فرزندان تأثیر منفی داشته باشد. تحقیقات نشان داده است، پسرهایی که اختلال هویت جنسیتی دارند، تمایل دارند در خانواده‌هایی باشند که تعداد کمتری برادر داشته باشند. به علاوه، زوکر و همکارانش دریافتند، پسران دارای اختلال، نسبت به پسرانی که اختلال ندارند، تمایل دارند بچه‌های دیگری از جنس مؤنث هم بعد از آن‌ها به دنیا بیایند. در اینجا زوکر اشاره می‌کند اگر مادری توقع داشته باشد دختر به دنیا بیاورد، اما فرزندش پسر به دنیا بیاید، ممکن است نادانسته رفتارهای میان‌جنسیتی را تقویت کند.

کوهن کتنیس و گورین تأثیر رفتار والدین را، مثل نزدیکی و صمیمیت شدید با مادر، غیبت پدر، یا آرزوی مادر برای داشتن دختر، باعث به وجود آمدن و رشد اختلال هویت جنسیتی می‌دانند. این امر شاید به این دلیل باشد که این والدین به بچه‌ها امکان تشخیص والد همجنس را نمی‌دهند و انجام رفتار میان‌جنسیتی را تقویت می‌کنند. همچنین، آن‌ها معتقدند که والدین بچه‌های دارای اختلال هویت جنسیتی، به لحاظ روانی، آسیب‌دیده هستند. مثلاً والدین متزلزل و ضعیف ویژگی‌های زنانگی را در پسران پرورش می‌دهند. به عقیده آن‌ها، آسیب‌های محیط خانواده در بعضی از افراد انواع اختلال هویت جنسیتی ملایم، مثل اشکالی از آشفتگی جنسیتی، را ایجاد می‌کند و بنابراین معتقدند که عوامل محیطی ضروری، اما ناکافی‌اند (کوهن کتنیس و دیگران، ۱۹۹۹: ۳۱۵).

استالر نیز، به طور خاص، عوامل خانوادگی مؤثر در ایجاد اختلال هویت جنسیتی در دختران و پسران را مشخص کرد. در مورد پسران، به وجود رابطه بیش از حد نزدیک به مادر و فاصله با پدر اشاره می‌کند و در مورد دختران، به وجود مادر افسرده در طی ماه‌های اولیه زندگی و پدرانی که غایب‌اند و حامی مادران نیستند اشاره می‌کند. بلیبر و همکاران نیز رشد اختلال هویت جنسیتی را به ناتوانی کودکان از سازگاری با از دست دادن یک والد (پدر یا مادر) یا به اهمیت وابستگی آن‌ها در سنین کودکی مربوط می‌داند. مارانتز نیز اختلال هویت را به نفوذ مادرانه‌ای که تأثیر منفی بر رشد بچه‌ها دارد منسوب می‌کند (دیسگلیه، ۲۰۰۴: ۴۶۷).

البته هیچ‌کدام از عوامل ذکرشده، به تنهایی، برای ایجاد و رشد اختلال هویت جنسیتی کافی نیست. مارانتز و کاست معتقدند تعداد زیادی از این عوامل با یکدیگر در دوره‌های حیاتی و بحرانی، اختلال هویت جنسیتی را به وجود می‌آورند.

چودروف معتقد است یادگیری احساس مذکر یا مؤنث بودن، یکی از نخستین تجربیاتی است که از دلبستگی کودک به پدر و مادرش ناشی می‌شود. او بر اهمیت مادر تأکید می‌کند. کودکان به درگیری عاطفی با مادر گرایش دارند، چون مادر مهم‌ترین تأثیر را در مرحله اولیه زندگی آن‌ها دارد. این دلبستگی، برای به دست آوردن حس جداگانه‌ای از خود، باید در مرحله‌ای گسسته شود. لازم است کودک وابستگی کمتری به مادر داشته باشد که این فرآیند برای پسران و دختران به شیوه‌ای متفاوت رخ می‌دهد. از نظر چودروف، هویت مردانه از طریق از دست دادن وابستگی نزدیک مستمر به مادر شکل می‌گیرد. از سوی دیگر، زنان عکس این مورد را تجربه می‌کنند؛ به این معنی که فقدان رابطه عاطفی برای زنان، عزت نفس ایشان را تهدید می‌کند (میردامادی، ۱۳۷۹: ۳۵۷-۳۵۶).

بم در نظریه طرح‌واره ساختاری-شناختی، که شبکه‌ای ارتباطی است و ادراکات فرد را سازماندهی و هدایت می‌کند، معتقد است علت بسط رفتارهای جنسیتی در کودکان به شکل‌گیری طرح‌واره مربوط می‌شود که آن‌ها را به سوی چنین رفتارهایی سوق می‌دهد. در اینجا کودک خود را با طرح‌واره‌های خاص مربوط به جنسیت تطبیق می‌دهد. بر اساس این نظریه، فرهنگ نقش مهمی در رشد جنسیت دارد. بم (۱۹۸۵) معتقد است که این نقش از طریق فراهم‌آوردن مرجعی برای شکل‌دادن طرح‌واره‌های جنسیتی انجام می‌شود (خسروی، ۱۳۸۲: ۴۶).

در نظریه جورج هربرت مید، هویت یا خویشتن خود از طریق سازماندهی نگرش‌های فرد در قالب نگرش‌های سازمان‌یافته اجتماعی یا گروهی تشکیل می‌شود. به بیان دیگر، تصویری که

فرد از خود می‌سازد و احساسی که نسبت به خود پیدا می‌کند، بازتاب نگرشی است که دیگران به او دارند. بنابراین، مید خود را محصول اجتماع می‌داند، که از خلال اخذ دیدگاه دیگری، مخصوصاً دیگران مهم یا دگری عام، شکل می‌گیرد (ریترز، ۱۳۷۴: ۸). با توجه به نظریهٔ مید، می‌توان گفت که هویت جنسیتی هم به‌عنوان یکی از ابعاد هویت، از طریق آگاهی فرد از نگرش دیگران نسبت به او شکل می‌گیرد. بنابراین، اگر خانواده به‌عنوان اولین محیط اجتماعی که فرد در آن قرار می‌گیرد، به شیوهٔ نامناسب با فرد برخورد کند و از فرد انتظار انجام نقش‌های جنسیتی مخالف را داشته باشد، نگرش فرد هم به این صورت شکل می‌گیرد که از جنس مخالف است و نقش جنسیتی نامناسب را انجام می‌دهد. با توجه به نتایج تحقیقات و نظریه‌های مطرح‌شده دربارهٔ موضوع مورد بررسی، سؤالات زیر برای سنجش مطرح شد:

- آیا تمایل پدر و مادر به داشتن فرزندی از جنس مخالف و ابراز آن در مقابل کودک، در میان افراد دارای اختلال هویت جنسیتی و عادی تفاوت دارد؟
- آیا پوشاندن لباس‌های جنس مخالف به فرد در کودکی، در میان افراد دارای اختلال هویت جنسیتی و عادی تفاوت دارد؟
- آیا وادار کردن فرد به انجام وظایف و رفتارهای جنس مخالف، در میان افراد دارای اختلال هویت جنسیتی و عادی تفاوت دارد؟
- آیا رابطهٔ عاطفی با والدین، در میان افراد دارای اختلال هویت جنسیتی و عادی تفاوت دارد؟
- آیا آمیختگی عاطفی بین اعضای خانواده، در میان افراد دارای اختلال هویت جنسیتی و عادی تفاوت دارد؟
- آیا کنترل رفتار فرد توسط خانواده، در میان افراد دارای اختلال هویت جنسیتی و عادی تفاوت دارد؟
- آیا همراهی عاطفی اعضای خانواده، در میان افراد دارای اختلال هویت جنسیتی و عادی تفاوت دارد؟
- آیا توانایی اعضای خانواده در برقراری ارتباط، در میان افراد دارای اختلال هویت جنسیتی و عادی تفاوت دارد؟
- آیا مورد سوءاستفادهٔ جنسی قرارگرفتن یا تهدیدشدن به برقراری رابطهٔ جنسی، در میان افراد دارای اختلال هویت جنسیتی و عادی تفاوت دارد؟

روش‌شناسی پژوهش

تعریف نظری و عملیاتی متغیرها: اختلال هویت جنسیتی عبارت است از تمایل پایدار به تعلق به جنس مقابل یا اصرار بر تعلق داشتن به جنس مقابل و ناراحتی مفرط از جنسیت تعیین‌شده و نقش جنسی نسبت داده شده به فرد (کاپلان، ۱۳۸۰: ۲۷۴). اختلال هویت جنسیتی، با پوشش لباس جنس مخالف^۱ یا فتی‌شیسم^۲ متفاوت است. پوشش لباس جنس مخالف، برای به دست آوردن لذت جنسی اتفاق می‌افتد و در این حالت، فرد از جنسیت خود رضایت دارد. مبدل‌پوشی جنسی، به معنای همانندشدن با جنس مخالف نیست و ممکن است پوشیدن لباس جنس مخالف هم نوعی بی‌نظمی باشد، اما دلیل رفتار کاملاً متفاوت است. در حقیقت، در اختلال هویت جنسیتی، هدف اولیه لذت جنسی نیست، اما شامل تمایل کلی‌تر به زندگی آزادانه است. همچنین، اختلال هویت جنسیتی نباید با الگوهای همجنس‌باز اشتباه گرفته شود؛ مثل مردان همجنس‌بازی که به روش‌های زنانه رفتار می‌کنند. همچنین این افراد را نباید با دوجنسیتی‌ها^۳ اشتباه گرفت. افراد دوجنسیتی دارای آلت تناسلی هر دو جنس هستند، از این رو دارای اختلال هویت جنسی یا ابهام در جنسیت هستند. در جراحی تغییر جنسیت، یکی از دو آلت تناسلی که ضعیف، کوچک یا غیر مناسب تشخیص داده شود حذف و آلت دیگر تقویت و جایگزین می‌شود. در این حالت، بیمار دوجنسیتی، به یکی از دو جنس مذکر یا مؤنث تبدیل می‌شود (کاپلان، ۱۳۸۰: ۲۷۷).

اختلال هویت جنسیتی وضعیتی است که احتمال دارد در بچگی، بلوغ و بزرگسالی اتفاق بیفتد. در هر سه مرحله، این اختلال شامل ایستادگی و مقاومت در برابر هویت جنسیتی است. بچه‌های دارای اختلال جنسیتی ممکن است به طور مداوم بگویند که تمایل دارند از جنس مخالف باشند و ممکن است حتی تأکید کنند که از جنس مخالف هستند. پسرها ممکن است نشان دهند که ترجیح می‌دهند لباس دخترانه بپوشند و دختران ممکن است تمایل به پوشیدن لباس‌های پسرانه داشته باشند. همچنین ممکن است تمایل داشته باشند نقش‌های پسرانه ایفا کنند. این بچه‌ها ممکن است تمایل شدید به مشارکت در بازی‌ها و سرگرمی‌هایی داشته باشند که به طور قالبی متعلق به جنس دیگر است. به‌علاوه، پسرها ممکن است از بازی‌های آکروباتیک و خشونت‌آمیز اجتناب کنند و اسباب‌بازی‌ها و مسابقات قالبی مردان را رد کنند. بچه‌ها ممکن

1 Transvestitism

2 Transvestic fetishism

3 Herma phroditite

است از آلت تناسلی‌شان ابراز بیزاری کنند. دختران ممکن است ایستاده دفع ادرار کنند و بگویند آلت تناسلی مردانه دارند یا در آینده خواهند داشت. همچنین، ممکن است اصرار کنند که نمی‌خواهند قاعدگی داشته باشند. علایم اختلال هویت جنسیتی در بچگی، بلوغ و بزرگسالی را می‌توان به صورت زیر خلاصه کرد. اختلال هویت جنسیتی در بچه‌ها شامل:

۱. علاقه به رفتار به شیوه جنس مخالف؛
۲. منزوی شدن و پذیرفته‌نشدن در گروه همسالان به دلیل نشان‌دادن رفتارهای جنس مخالف؛
۳. ناراحتی و افسردگی از انزوا و وضعیتی که دارند؛
۴. ناراحتی در استفاده از توالت‌های عمومی؛
۵. ناراحتی از آلت تناسلی و تمایل برای تغییر آن به جنس مخالف (بنوتو، ۲۰۰۹؛ کالج سلطنتی روانپزشکان،^۱ ۱۹۹۸).

اختلال هویت جنسیتی بچه‌ها پیامدهایی دارد که به راحتی نمی‌توان آن‌ها را پیش‌بینی کرد، اما قسمت عمده‌ای از این موارد حل می‌شود و ضرورتاً منجر به اختلال در بزرگسالی نمی‌شود.

مطالعات انجام‌شده درباره پسران دارای اختلال هویت جنسیتی نشان داده که این پدیده احتمالاً در دوره بلوغ به همجنس‌گرایی منجر می‌شود تا ترانس سکسوالیته بعدی. اما گاهی اوقات این اختلال تا بزرگسالی ادامه می‌یابد. معمولاً در بزرگسالی اختلال هویت جنسیتی به شکل کنش درمی‌آید نه آرزو و تمایل. با شروع دوره بلوغ مشکلات افراد دارای اختلال هویت جنسیتی افزایش می‌یابد. رشد ویژگی‌های ثانویه ناخواسته، مخصوصاً در مردان، نگرانی و سرخوردگی (یأس) شخص را افزایش می‌دهد. بعضی از مردان دارای اختلال جنسیتی در تلاش برای چیره‌شدن بر احساساتشان، ممکن است در فعالیتهای کلیشه‌ای مبتذل درگیر شوند یا حتی فعالیتهای مردانه داشته باشد. مثلاً یک مرد دارای اختلال ممکن است در ورزش‌های مردانه مثل کشتی و فوتبال شرکت کند برای اینکه بیشتر احساس مردانگی کند. متأسفانه نتیجه معمولاً افزایش ناراحتی است و این ناراحتی به دلیل ناتوانی افراد برای کنترل کردن مشکلاتشان است. آن‌ها به دلیل ناتوانی از کنترل آنچه جامعه به‌عنوان فعالیتهای انحرافی می‌شناسد، احساس شرمندگی می‌کنند. افراد دارای اختلال، به‌خصوص به دلیل عدم صداقت با

خانواده و دوستانشان، احساس گناه می‌کنند. گاهی اوقات افراد دارای اختلال جنسیتی ازدواج می‌کنند و بچه‌دار می‌شوند، بدون اینکه به همسرشان در مورد اختلالشان چیزی بگویند. این امر به دلیل این است که آن‌ها به غلط تصور می‌کنند ازدواج کردن و بچه‌دار شدن مشکل را از بین می‌برد یا درمان می‌کند. ترس از برملا شدن مشکل، نگرانی افراد دارای اختلال هویت جنسیتی را افزایش می‌دهد. همچنین، آن‌ها از برچسب بیمار خوردن و ترس از دست دادن دوستان و عزیزانشان ممکن است به شدت افسرده شوند و نیاز به معالجه پزشکی پیدا کنند و حتی اگر افسردگی شدید باشد، نیاز به جراحی به وجود می‌آید، به طوری که اگر فرد جراحی نشود خودکشی می‌کند (سایت دایره‌المعارف سلامت روانی).^۱

علایم اختلال در بزرگسالی به اشکال زیر است:

۱. نشان دادن تمایل به زندگی به‌عنوان جنس مخالف؛
۲. لباس پوشیدن مثل جنس مخالف؛
۳. تمایل به تغییر عضو تناسلی به عضو تناسلی جنس مخالف؛
۴. کناره‌گیری از تماس اجتماعی با دیگران؛
۵. افزایش مشکلات فیزیولوژیکی و روانی که گاهی اوقات مستلزم حمایت‌های تخصصی و توجهات ویژه است (سایت کافامیلی،^۲ ۲۰۰۰).

ویژگی‌های خانوادگی: جهت بررسی ویژگی‌های خانوادگی افراد، از ابزار سنجش خانواده^۳ که پرسش‌نامه‌ای ۶۰ سؤالی است، استفاده شده است. این ابزار سنجش بر اساس الگوی مک‌مستر است که ایشاین، بالدوین و پیشاب در سال ۱۹۸۳ تهیه کردند و مورد استفاده قرار دادند. بنابراین روایی و پایایی آن نیز سنجیده شده است. در اینجا چهار بعد ارتباط، همراهی عاطفی، آمیختگی عاطفی و کنترل رفتار در میان اعضای یک خانواده مورد ارزیابی و سنجش قرار می‌گیرد.

همراهی عاطفی در خانواده: آمادگی اعضای خانواده برای بیان احساسات مثبت مثل عشق، محبت و مهربانی و احساسات منفی مثل غم و افسردگی است. این متغیر در قالب طیف لیکرت با گویه‌های زیر مورد سنجش قرار گرفته است:

1 Encyclopedia of Mental Health.net

2 Cafamily

3 FAD

۱. اگر کسی در خانواده ما دچار مشکل شود، سایرین هم درگیر حل آن می‌شوند ۲. ما از ابراز محبت به دیگران اکراه داریم ۳. بعضی از اعضای خانواده ما خونسرد برخورد می‌کنند ۴. ما احساس محبت خود نسبت به یکدیگر را نشان نمی‌دهیم ۵. اعضای خانواده ما مستقیم و بدون واسطه با یکدیگر صحبت می‌کنند ۶. ما احساسات (غم، شادی، خشم، و...) خود را در خانه راحت و آشکار بروز می‌دهیم.

آمیختگی عاطفی: علاقه، توجه و سرمایه‌گذاری اعضای خانواده در برابر یکدیگر است، که در قالب طیف لیکرت با سؤال‌های زیر مورد سنجش قرار گرفته است:

۱. ما فقط وقتی با یکدیگر همراه می‌شویم که منافی در بین باشد ۲. ما از تبادل نظر درباره ترس‌ها و نگرانی‌های خود پرهیز می‌کنیم ۳. ما بیش از حد به فکر خود هستیم ۴. اعضای خانواده ما فقط وقتی به یکدیگر علاقه نشان می‌دهند که خودشان بتوانند از آن بهره‌مند شوند.

کنترل رفتار: استانداردها و آزادی رفتاری را توصیف می‌کند که شامل چهار شیوه اقتدار منطقی، آشفته، خشک و سهل‌انگارانه است. این متغیر در قالب طیف لیکرت با گویه‌های زیر بررسی شد:

۱. در خانواده ما به‌آسانی می‌توان مقررات خانه را نقض کرد ۲. ما برای زدن و دست بلند کردن روی دیگران ضابطه داریم ۳. اگر مقررات خانواده نقض شود نمی‌دانیم چه انتظاراتی باید داشت.

ارتباط: توانایی اعضای خانواده برای تبادل مؤثر و مستقیم اطلاعات و خواسته‌هایشان است. این متغیر نیز در قالب طیف لیکرت با گویه‌های زیر بررسی شد:

۱. از گفته‌های اعضای خانواده نمی‌توانیم به احساس آن‌ها پی ببریم ۲. در خانه ما، حرف‌ها بدون کنایه و بی‌پرده گفته می‌شود ۳. اعضای خانواده ما مستقیم و بدون واسطه با یکدیگر صحبت می‌کنند.

رابطه عاطفی با والدین: میزان احساس صمیمیت و نزدیکی است که فرد احساس می‌کند در کودکی با والدین داشته و دارد و همچنین نوع ابراز این صمیمیت و نزدیکی از طرف والدین نسبت به شخص است. این متغیر در قالب طیف لیکرت و با سؤال‌هایی که درجه احساس صمیمیت را نسبت به هریک از والدین می‌سنجد مورد بررسی قرار گرفته است:

۱. رابطه شما در کودکی با پدرتان چگونه بوده است ۲. آیا روابط عاطفی قوی در حد در آغوش گرفتن با پدرتان داشتید ۳. آیا رابطه عاطفی در حد بوسیدن هم داشتید ۴. رابطه شما

در کودکی با مادران چگونه بوده یا هست ۵. آیا روابط عاطفی قوی در حد بوسیدن با مادران داشتید ۶. آیا رابطه عاطفی قوی در حد در آغوش گرفتن هم داشتید؟

روش تحقیق و جامعه آماری مورد بررسی

روش مورد استفاده در تحقیق حاضر روش نیمه‌آزمایشی است. این روش با آزمایش حقیقی متفاوت است. هرگاه امکان انتخاب آزمودنی‌ها به صورت تصادفی وجود نداشته باشد، می‌توان از این روش تحقیق استفاده کرد (ببی، ۱۳۸۱: ۷۰۸). در این تحقیق برای بررسی پدیده مورد نظر، دو گروه انتخاب شدند. گروه اول شامل افرادی که دچار بیماری اختلال هویت جنسیتی بودند و به مرکز بهزیستی مراجعه کرده و در این مرکز دارای پرونده بودند و بیماری آن‌ها توسط کمیسیون روان‌پزشکی سازمان مزبور محرز شده بود. این گروه، گروه آزمایش نامیده می‌شوند. گروه دوم، گروه گواه است که شامل افرادی است که عدم اختلال هویت جنسیتی در آن‌ها از طریق مصاحبه عمیق مورد بررسی قرار گرفت و با همسان‌سازی در متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل و شغل انتخاب شدند. اطلاعات مورد نظر با پرسش‌نامه‌ای در مورد داشتن یا نداشتن مشکلات هورمونی، سابقه بیماری، و اطلاعات فردی و خانوادگی، از گروه آزمایش جمع‌آوری شد. گفتنی است تکنیک یا ابزار مورد استفاده، پرسش‌نامه همراه با مصاحبه عمیق و کیفی بوده است. همچنین، برای به دست آوردن اطلاعات دقیق و صحیح، پرونده‌های موجود در مرکز نیز مورد بررسی قرار گرفته است. پرسش‌نامه‌های اصلی در اختیار گروه گواه نیز قرار گرفت و اطلاعات مورد نیاز از این گروه هم با مصاحبه عمیق جمع‌آوری شد. بعد از جمع‌آوری اطلاعات از هر دو گروه، این اطلاعات مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در اینجا شایان ذکر است که در ایران از اواخر سال ۱۳۸۱ سازمان بهزیستی کشور (دفتر امور آسیب‌دیدگان اجتماعی) با تهیه طرحی به‌عنوان طرح حمایت اجتماعی از بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی، مسئولیت حمایت اجتماعی از این گروه را پذیرفت و از آن پس، در مرکز مداخله در بحران‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی سراسر کشور اقدام به پذیرش و حمایت اجتماعی از این افراد کرد. در مصاحبه با افراد مذکور در بهزیستی استان کرمان، این افراد اعلام کرده‌اند که خدمات ارائه‌شده در مرکز به صورت راهنمایی، خدمات روان‌شناسی، روان‌پزشکی، مددکاری و پرداخت کمک‌هزینه جراحی، خدمات حقوقی و آموزش مهارت‌های زندگی و بازدید از منزل است.

جامعه آماری تحقیق حاضر، کلیه افراد دارای اختلال هویت جنسیتی هستند که بیماری آن‌ها توسط روان‌پزشک و روان‌شناس محرز شناخته شده و در بهزیستی استان کرمان دارای پرونده هستند. تعداد آن‌ها ۱۵ نفر است و ۱۵ نفر هم افراد سالم همتای گروه آزمایش‌اند.

تجزیه و تحلیل یافته‌های پژوهش

یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین سنی افراد دارای اختلال هویت جنسیتی مورد بررسی ۲۷ سال است و از نظر جنسیت ۴۵ درصد آن‌ها مرد و ۵۵ درصد آن‌ها زن هستند. از نظر اشتغال، ۳۶/۴ درصد از آن‌ها بیکار، ۹/۱ درصد خانه‌دار، ۴۵/۵ درصد فروشنده و ۹/۱ درصد کارمند هستند. همچنین، ۸۱/۱ درصد آن‌ها مجرد و ۱۸/۲ درصد متأهل بوده‌اند. از نظر تحصیلات، ۲۷/۳ درصد دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۵۴/۶ درصد دیپلم و فوق دیپلم و ۱۸/۲ درصد لیسانس هستند. در میان افراد مورد بررسی، ۸ نفر برای تغییر جنسیت اقدام کرده‌اند که ۴ نفر آن‌ها موفق به تغییر جنسیت شده‌اند؛ از میان آن‌ها ۳ نفر تا حدی از عمل رضایت دارند و ۱ نفر به دلیل مشکلات بعد از عمل جراحی، همچنین کم‌بودن حمایت‌های مالی رضایت چندانی از عمل ندارد. در میان افراد مورد بررسی، ۲۷/۳ درصد اعلام کرده‌اند که در کودکی آن‌ها پدرشان به علت فوت، اعتیاد یا شغل دور از خانه، با آن‌ها زندگی نمی‌کرده است. پاسخگویان دارای اختلال هویت اعلام کرده‌اند که هیچ‌یک از اعضای خانواده آن‌ها دچار این اختلال نیستند.

در بررسی نوع اختلال و تمایلات پاسخگویان مشخص شد ۸/۳ درصد پاسخگویان به پوشیدن لباس جنس مخالف علاقه‌مند بوده‌اند؛ یعنی اگر دختر بوده‌اند دوست داشته‌اند لباس پسرانه بپوشند و برعکس. ۲۵/۱ درصد به کل رفتارهای جنس مخالف علاقه داشتند و ۸/۳ درصد به آرایش به شیوه جنس مخالف (مخصوصاً در پسرها) و ۵۸/۳ درصد نیز به همه موارد ذکرشده؛ یعنی پوشش، آرایش، رفتار و استفاده از سرگرمی‌های جنس مخالف تمایل داشته‌اند. با جست‌وجو در زندگی گذشته افراد دارای اختلال هویت جنسیتی، متوجه شدیم که اکثراً در سال‌های بین ۴ تا ۸ سالگی به این فکر افتاده‌اند که جنسیتشان مناسب آن‌ها نیست و فکر می‌کردند که بهتر است از جنس دیگری باشند. همچنین، در میان این افراد، تمایل به تغییر جنسیت کاملاً مشهود بوده؛ به طوری که این تمایل را ابراز کرده‌اند و در دوران نوجوانی، یعنی بین ۱۲ تا ۱۸ سالگی، تمایل کامل به تغییر جنسیت را در خود احساس کرده‌اند و این تمایل را به افراد خانواده خود بروز داده‌اند. برخورد اعضای خانواده این افراد نیز شامل مخالفت، ابراز

ناخشنودی و رفتارهای نابجا و نامناسب و حتی تمسخر بوده است. گفتنی است نقطه شروع اولین مشکل، خانواده است. بر اساس نتایج به دست آمده می‌توان گفت که پدران و مادران این افراد به هیچ وجه حاضر به قبول مسئله نبوده‌اند و به دلیل ترس از آبروریزی و انگشت‌نمایش در میان فامیل و دوستان و محل زندگی و اجتماع، به تمایل فرزندانشان بی‌توجهی کرده‌اند و موضوع در مواقعی به ضرب و شتم و مشاجره و دعوا هم ختم شده است.

در میان دختران ۳۳/۳ درصد اعلام کرده‌اند که در دوران کودکی، تجربه رابطه جنسی یا تهدید به برقراری رابطه جنسی داشته‌اند. از این تعداد، اکثراً تهدید مذکور را از طرف پدر و وابستگان نزدیک، مثل پسرخاله خود اعلام کرده‌اند.

۳۳/۳ درصد دختران دارای اختلال هویت، در کودکی رابطه‌ای خشک و سرد با پدرشان داشته‌اند یا اصلاً رابطه‌ای نداشته‌اند. ۵ درصد آن‌ها رابطه معمولی و ۱۶/۷ درصد هم رابطه بسیار صمیمی و نزدیک، در حد تماس بدنی و بوسیدن، داشته‌اند. در مورد برقراری رابطه عاطفی دختران با مادرشان، ۳۳/۳ درصد رابطه خشک و سرد داشته‌اند، ۵۰ درصد معمولی و ۱۶/۷ درصد رابطه نزدیک و صمیمی داشته‌اند. ۶۰ درصد پسران دارای اختلال هویت با پدر رابطه معمولی و ۴۰ درصد آن‌ها رابطه بسیار صمیمی داشته‌اند؛ و رابطه ۴۰ درصد از پسران با مادرشان معمولی بوده و ۶۰ درصد آن‌ها رابطه بسیار نزدیک و صمیمی داشته‌اند.

در بررسی افراد گروه گواه درباره رابطه عاطفی در کودکی با پدر و مادر، می‌بینیم که ۱۴/۳ درصد دختران با پدرشان رابطه خشک و سرد، ۴۲/۹ درصد رابطه معمولی و ۲۸/۶ درصد رابطه عاطفی و صمیمی داشته‌اند؛ رابطه ۲۸/۶ درصد پاسخگویان دختر و مادرانشان در کودکی خشک و سرد، ۱۴/۳ درصد معمولی و ۴۲/۹ درصد صمیمی بوده است. در بررسی رابطه عاطفی پسران با پدرشان در کودکی، ۱۶/۷ درصد اعلام کردند رابطه‌ای با پدر نداشته‌اند یا رابطه آن‌ها خشک و سرد بوده است؛ ۸۳/۳ درصد هم رابطه بسیار صمیمی با پدرشان داشته‌اند. بررسی رابطه عاطفی پاسخگویان پسر گروه گواه در کودکی با مادر نیز نشان داد در ۳۳/۳ درصد موارد این رابطه خشک و سرد بوده؛ ۳۳/۳ درصد رابطه معمولی و ۳۳/۳ درصد رابطه صمیمی داشته‌اند.

در میان پاسخگویان دارای اختلال هویت جنسیتی ۳۳/۲ درصد در زمان کودکی شاهد رفتار بد و حتی درگیری فیزیکی والدین بوده‌اند، در حالی که در گروه گواه تنها ۸ درصد این رابطه را تجربه کرده‌اند. همچنین اکثر این افراد اعلام کرده‌اند که والدینشان در کودکی اصلاً از رفتار، آرایش و پوشش جنس مخالف برای آن‌ها استفاده نکرده‌اند و از آن‌ها هم نخواستند که

این کار را انجام دهند. در حالی که ۲۵ درصد از پاسخگویان دارای اختلال، در کودکی تمایل والدین را به داشتن فرزندی از جنسی غیر از جنس آن‌ها تجربه کرده‌اند.

در ادامه، ابعاد مختلف ساختار و کارکرد خانواده‌های گروه دارای اختلال و افراد عادی مورد بررسی قرار گرفت و با توجه به نتایج مشخص شد، خانواده‌های دارای اختلال هویت جنسیتی، در ابعاد همراهی عاطفی در ۲۴/۷ درصد، آمیزش عاطفی در ۱۶/۷ درصد و کنترل رفتار در ۱۶/۷ درصد از موارد دارای کارکرد بالا هستند؛ در حالی که خانواده‌های گروه گواه، در بعد همراهی عاطفی ۷۵ درصد، در بعد آمیزش عاطفی ۷۵ درصد و در کنترل رفتار ۵۷/۹ درصد دارای کارکرد بالا هستند.

میانگین نمره‌های افراد دارای اختلال هویت از متغیرهای مختلف، با میانگین نمره‌های افراد عادی مقایسه شد و برای این کار از آزمون تی برای دو گروه مستقل استفاده گردید.

در ابعاد ساختاری و کارکردی خانواده، نتایج به دست آمده نشان‌دهنده این امر است که میانگین همراهی عاطفی خانواده‌های دو گروه تفاوت معنادار دارد ($p=0/007$) و در این زمینه، کارکرد خانواده‌های دارای اختلال ضعیف‌تر از افراد عادی است.

در بعد آمیزش عاطفی هم تفاوت میانگین مشاهده شده بین دو گروه معنادار است ($p=0/001$) و در این مورد هم کارکرد خانواده‌های گروه دارای اختلال، ضعیف‌تر از گروه دیگر است. در حالی که تفاوت میانگین مشاهده شده در بعد کنترل رفتار بین دو گروه گواه و آزمایش معنادار نیست ($p=0/064$). همچنین تفاوت میانگین دو گروه در بعد توانایی برقراری ارتباط مؤثر بین اعضای خانواده معنادار است ($p=0/002$) و در این مورد نیز در خانواده‌های دارای اختلال، توانایی اعضا برای برقراری ارتباط مؤثر و تبادل اطلاعات ضعیف است و آن‌ها نمی‌توانند خواسته‌ها و تمایلات خود را به راحتی به دیگر اعضای خانواده منتقل کنند.

مقایسه‌ی دو گروه در مورد تشویق والدین در کودکی به استفاده از لباس‌ها، آرایش یا رفتار جنس مخالف نشان داد که در این مورد تفاوت معناداری بین دو گروه وجود دارد ($p=0/009$) و والدین افراد دارای اختلال آن‌ها را در کودکی بیشتر به استفاده از لباس، آرایش یا رفتار به شیوه‌ی جنس مخالف تشویق می‌کردند. در مورد متغیر احساس فرد در کودکی در مورد تمایل والدین به داشتن فرزندی که جنسیتی متفاوت با او داشته باشد، تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد. در مورد متغیر تجربه‌ی رابطه جنسی یا تهدید به رابطه در کودکی، ۳۳/۳ درصد دختران گروه دارای اختلال اعلام کردند که این تجربه را داشته‌اند، در صورتی که هیچ‌کدام از افراد گروه گواه این تجربه را نداشته‌اند. دختران درباره‌ی متغیر رابطه‌ی عاطفی در

کودکی با والدین، اعلام کرده‌اند که در کودکی با پدرشان رابطه عاطفی قوی‌تر (در حد تماس بدنی) داشته‌اند تا با مادرانشان و پسران برعکس، رابطه صمیمی بیشتری با مادرانشان داشته‌اند تا پدرانشان؛ در حالی که در گروه گواه رابطه صمیمی دختران با مادرشان قوی‌تر از رابطه آن‌ها با پدرانشان بوده و پسران صمیمیت بیشتری با پدرانشان داشته‌اند تا با مادرانشان. نتایج به دست آمده در آزمون تی در جدول زیر ارائه می‌شود.

جدول ۱. مقایسه میانگین نمرات متغیرهای مربوط به ویژگی‌های خانواده در دو گروه افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی و افراد سالم

پی	مقدار تی	انحراف استاندارد	میانگین	گروه+	متغیرها
۰/۰۰۷	-۳/۰۱۶	۴/۹۴	۲۱/۲۷	آزمایش	همراهی عاطفی
	-۳/۰۱۶	۲/۴۱	۲۶/۲۷	گواه	
۰/۰۰۱	-۴/۵۲	۴/۵۹	۲۳/۵۴	آزمایش	آمیختگی عاطفی
	-۴/۵۲	۱/۷۹	۳۰/۲۷	گواه	
۰/۰۶۴	-۱/۹۶	۴/۳۶	۲۷/۲۷	آزمایش	کنترل رفتار
	-۱/۹۶	۳/۸۷	۳۰/۲۷	گواه	
۰/۰۰۲	-۱/۶۲	۱/۴۲	۱۸/۷۲	آزمایش	ارتباط
	-۳/۴۹	۱/۹۵	۲۱/۲۷	گواه	
۰/۰۰۹	۲/۸۷	۴/۲	۸/۰۹	آزمایش	تمایل والدین به پوشاندن لباس جنس مخالف
	۲/۸۷	۰/۸۰	۴/۳	گواه	
۱/۰۰	۰/۰۰	۴/۱	۲۰/۶۳	آزمایش	رابطه عاطفی والدین
	۰/۰۰	۴/۴	۲۱/۴۵	گواه	
۰/۰۵۶	۰/۵۸	۲/۴۰	۳/۱	آزمایش	احساس فرد از تمایل والدین به داشتن فرزندی از جنس مخالف
	۰/۵۸	۱/۹۱	۲/۶	گواه	

*تعداد افراد در هر دو گروه ۱۵ نفر بود

بحث و نتیجه‌گیری

اختلال هویت جنسیتی وضعیت نادری است که نتیجه ناهماهنگی ویژگی‌های فیزیکی فرد با جنسیتش است، یعنی شیوه رفتاری که جامعه از او به‌عنوان زن یا مرد انتظار دارد. خانواده اولین محیطی است که فرد در آن هنجارها و شیوه‌های رفتاری را که از یک زن یا مرد انتظار می‌رود می‌آموزد. اگر خانواده به‌عنوان اولین محیطی که فرآیند جامعه‌پذیری در آن صورت می‌گیرد، نقش خود را به‌درستی ایفا نکند، فرزندان دچار مشکلاتی می‌شوند که یکی از آن مشکلات اختلال هویت جنسیتی است.

همان‌گونه که آمد، در این پژوهش، ویژگی‌های مختلف خانواده افراد دارای اختلال هویت بررسی و با ویژگی‌های خانواده افراد بهنجار مقایسه شد. نتایج پژوهش نشان داد که در بعد همراهی عاطفی، تفاوت معناداری بین گروه دارای اختلال و گروه بهنجار وجود دارد. به این صورت که اعضای خانواده افراد دارای اختلال در این بعد نسبت به گروه گواه کارکرد ضعیفی داشتند و اعضای خانواده این افراد، برای بیان احساسات و عواطف خود مثل مهربانی، محبت، عشق، غم، افسردگی و خشم دچار مشکل هستند. در بعد آمیختگی عاطفی هم تفاوت معناداری بین دو گروه وجود دارد. به این معنی که کیفیت علاقه و میزان توجه اعضای خانواده افراد دارای اختلال و عادی متفاوت است و در خانواده‌های گروه اول، افراد بیشتر به فکر خودشان هستند و زمانی به همدیگر علاقه و توجه نشان می‌دهند که سودی برایشان داشته باشد. در بعد توانایی افراد در برقراری ارتباط مؤثر با اعضای خانواده و کنش متقابل نیز تفاوت معناداری بین گروه گواه و آزمایش وجود دارد. بر اساس نتایج می‌توان گفت اعضای خانواده فرد دارای اختلال، در برقراری ارتباط با یکدیگر و انتقال اطلاعات، ارزش‌ها و هنجارهای جامعه مشکل دارند، به طوری که والدین و اعضای خانواده نتوانسته‌اند اطلاعات لازم را برای رفتار مناسب به‌عنوان زن یا مرد، به کودک یا نوجوان بیاموزند و اتفاقی که در اینجا رخ داده این است که پاسخگو در انجام وظایف و نقش‌های مربوط به جنسش دچار سردرگمی شده است. نتایج تحقیقی که در کلینیک پورتمن بر روی ۱۲۴ بیمار انجام شد نیز نشان داد که آن‌ها دارای مشکلات ارتباطی با والدین یا مراقبان و همسالان هستند.

همان گونه که در نتایج تحقیقات آمد، والدین بیماران دارای اختلال هویت جنسیتی، با عصبانیت و سرکوب با این مورد برخورد کرده‌اند یا از شنیدن تقاضای فرزندشان برای تغییر جنسیت متحیر و غمگین شده‌اند.

نتیجه دیگر به دست آمده از این تحقیق، حاکی از آن است که استفاده والدین از پوشش و آرایش جنس مخالف برای کودکان یا تشویق آن‌ها به انجام رفتارهای جنس مخالف در کودکی، در شکل‌گیری اختلال هویت جنسیتی نقش مؤثری دارد و در این مورد بین دو گروه گواه و آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به دیدگاه کنش متقابل نمادین و نظریه مید، نتیجه به دست آمده را می‌توان به این صورت توضیح داد که تصویری که فرد از خود می‌سازد و احساسی که نسبت به خود پیدا می‌کند، بازتاب نگرشی است که دیگران، مخصوصاً دیگران مهم یا دگری عام، به او دارند. بنابراین، اگر خانواده به شیوه نامناسب با فرد برخورد کند و از فرد انتظار انجام نقش‌های جنسیتی جنس مخالف را داشته باشد و از لباس و آرایش جنس مخالف برای او استفاده کند، نگرش او به این صورت شکل می‌گیرد که از جنس مخالف است و برخلاف جنسش نقش جنسیتی نامناسب را انجام می‌دهد. برای صاحب‌نظران کنش متقابل‌گرای نمادین، حتی فرهنگ از خلال تعامل با یکدیگر آموخته می‌شود. در این دیدگاه، به کنشگرانی متکی هستیم که در متن "جهان اجتماعی‌شان" فعال هستند و درون این جهان اجتماعی است که هویت شکل می‌گیرد. این فرآیند در هر گروهی که مردم در آن هویت خود را ایجاد و بازتعریف می‌کنند و مدعی آن‌اند رخ می‌دهد. خانواده چنین گروهی را به نمایش می‌گذارد. درون خانواده نظام‌های اعتقادی مشترک یا دیدگاه خانوادگی تولید می‌شود. پیوندهای درون خانواده، بنیانی را برای جهان‌های اجتماعی متفاوت ایجاد می‌کند. بنابراین، ویژگی‌های یگانه خانواده‌ها مهم هستند (خواجه‌نوری و مقدس، ۱۳۸۸: ۷) و همان‌گونه که زوکر بیان کرده، ارتباط عاطفی والدین و فرزندان در شکل‌گیری این اختلال نقش اساسی دارد. همچنین عواملی که در کودکان اضطراب ایجاد می‌کند و در یک کلام، عدم امنیت در خانواده، با توجه به نتایج آن می‌تواند در این زمینه مؤثر باشد.

نتیجه دیگر اینکه ۳۳/۳ درصد از افراد دارای اختلال اعلام کرده‌اند که در کودکی تجربه رابطه جنسی داشته‌اند یا به برقراری این رابطه تهدید شده‌اند؛ در حالی که این امر در بین پاسخگویان گروه گواه اصلاً مشاهده نشد و هیچ‌کدام از آن‌ها تجربه این رابطه یا

تهدید به برقراری رابطه را اعلام نکرده‌اند. تحقیقات مختلف نیز به نقش این عامل در شکل‌گیری اختلال هویت اشاره کرده‌اند که از آن میان می‌توان به تحقیق دیسلگیه (۲۰۰۰) اشاره کرد.

شاید بتوان در نتیجه‌گیری کلی بیان کرد که اختلال هویت جنسیتی در افراد مورد بررسی می‌تواند با مسائل عاطفی و احساسی و هیجانی و نوع رابطه افراد در خانواده و نحوه برخورد و ارتباط عاطفی آن‌ها ارتباط داشته باشد، بنابراین کارکرد خانواده تشدید می‌شود. در اینجا می‌توان به عواملی نظیر نحوه برخورد، کنترل و نحوه پاسخ به رفتارهای افراد مذکور اشاره کرد. البته در اینجا ذکر این نکته ضروری است که بررسی تقدم و تأخر عوامل و چگونگی بروز و ظهور این مسئله، نه به درستی معلوم است و نه پرداختن به آن در این مقاله می‌گنجد، ولی این مسئله منکر اثر زمینه‌ساز خانواده نبوده و نیست.

در ادامه تأثیر خانواده، می‌توان به نقش خانواده در هدایت افراد مذکور به سمت بهبود و رفتن به سوی جراحی نیز اشاره کرد. همان‌گونه که قبلاً آمد، مشخصه اصلی این اختلال در افراد ذکرشده، همانندسازی مداوم و شدید با جنس مقابل و نیز رنج مداوم از جنسیت خود است. از تظاهرات این اختلال، تمایل به داشتن خصایص جنس مخالف، زندگی کردن یا رفتارکردن همانند آن جنس و نیز تلاش برای تبدیل‌شدن به جنس مقابل است. در شدیدترین نوع این اختلال (ترنس سکسوالیسم) شخص آرزو می‌کند آلت جنسی جنس مخالف را داشته باشد و این اختلالی نومیدکننده است که فرد را به مرز درماندگی می‌کشاند. در پژوهش حاضر، دوسوم افراد مورد بررسی دارای اختلال، واقعاً به این مرز رسیده‌اند و حتی موفق به عمل جراحی نیز شده‌اند، اما مشکلات متعدد مانع رضایت آن‌ها از زندگی شده است: طی کردن مسیر پرپیچ و خم مسائل و مشکلات یادشده، مخالفت شدید خانواده، مشکلات اداری مراجعه به مراجع ذیصلاح، تشخیص‌های اولیه، پرکردن پرسش‌نامه‌های مختلف، شرکت در کمیسیون‌های تخصصی پزشکی و روان‌پزشکی و تأیید توسط آن‌ها، قرارگرفتن در جریان و فرآیند جراحی و دنبال کردن تأمین منابع مالی، مسائل بعد از جراحی و در کنار آن، نداشتن وضعیت اقتصادی مناسب، درآمد بالا، استقلال مالی و برخوردارنبودن از حمایت‌های اجتماعی و عاطفی، زمینه‌ساز بروز مشکلات ثانویه برای این افراد است. گفتنی است به دلیل اینکه مدت طولانی از جراحی افراد تحت درمان نگذشته است، وارد مقوله تطابق نقش مشکلات بعد از عمل نشدیم.

اگر یک بار دیگر، گریزی به تاریخ این جراحی‌ها بزنیم، متوجه می‌شویم در دهه ۵۰ و ۶۰ و ۷۰ میلادی، عقیده کلی این بود که جراحی تغییر جنسیت پیامدهای آسیب‌زایی نظیر روان‌پریشی و اقدام به خودکشی دارد؛ در حالی که بعد از پشت‌سرگذاشتن این دهه‌ها و انجام تحقیقات متعدد مشخص شد که گرچه عمل جراحی تنها شیوه درمانی برای بیماران با تشخیص اولیه اختلال نیست، این جراحی مسائل و مشکلات این افراد را بهبود می‌بخشد، به شرطی که پذیرش درخواست تغییر برپایه بازنگری شرح حال این مراجعان و دقت نظر در خصوص معیارهای تشخیصی باشد. در کنار جراحی، روش‌هایی نظیر روان‌درمانی رفتاری با تأکید بر حل مسئله، مثبت‌نگری (فردی-خانوادگی) و همچنین آموزش خودارزیابی برپایه اصول معنوی-اخلاقی نیز مطرح و استفاده شده است (رک: نتایج تحقیقات خدایاری فرد و همکاران، دانشگاه الزهرا، ۱۳۷۶). یافته‌های پژوهش خدایاری نشان داد، در تمام ۳۰ جلسه درمانی، تمایل مراجعان به تغییر جنس کاسته شده و افراد شرکت در فعالیت‌های مربوط به جنس خود را بیشتر پذیرفته‌اند و از کوشش برای عمل جراحی تغییر جنسیت دست برداشته‌اند. در اینجا می‌توان اضافه کرد که اولین راه، پیشگیری؛ دومین راه، درمان؛ و سومین راه، پیگیری و انطباق با شرایط جدید است. همان‌طور که نتایج تحقیقات نیز نشان می‌دهند، بعد از عمل مشکلات بیشتری برای فرد به وجود می‌آید. لذا مراقبت‌های اجتماعی بعد از عمل جراحی، مخصوصاً از طرف خانواده، از جمله توجه به عملکرد طبیعی اندام تناسلی، کفایت اجتماعی و زیبایی بعد از عمل، نبود بیماری‌های روانی همراه، داشتن شریک جنسی، رضایتمندی از زندگی جنسی و روابط بین فردی، وضعیت اقتصادی مناسب و درآمد کافی، پذیرش اعضای خانواده و حمایت مناسب نیز ضروری و قابل توجه است.

بنابراین، در مقام پیشنهاد به محققان بعدی، توجه و بررسی موارد ذکرشده توصیه می‌شود. همچنین، کمک به خانواده‌ها و افراد مورد بررسی می‌تواند امکان تصمیم‌گیری و رسیدن به راه‌حل درست و مناسب و به دور از دغدغه‌های فردی، خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی را به وجود آورد. تلاش برای آگاهی‌دادن به خانواده‌ها در زمینه‌های مختلف و با استفاده از منابع متعدد، از جمله آموزش‌های رسمی در مدارس، دانشگاه‌ها، آموزش‌های غیر رسمی در مساجد، رسانه‌ها، برگزاری کارگاه‌های آموزشی در مناطق و

محلات اکیداً توصیه می‌شود (ر.ک: یزدان‌پناه، ۱۳۸۸: نتیجه کارگاه آموزشی اختلال هویت جنسیتی).

در این زمینه زوکر می‌گوید مشاوره‌دادن به بچه‌ها و خانواده‌های آن‌ها اضطراب و استرس را کاهش می‌دهد و تضاد را تا حدی تعدیل می‌کند و درک آن‌ها را از اینکه امکان تغییر جنسیت آن‌ها قبل از نوجوانی و بزرگسالی وجود داد (در صورت لزوم) بالا می‌برد. این امر مؤثرترین روش درمانی برای افراد در زمینه مداخله‌های روانی است (زوکر، ۲۰۰۸: ۳۵۸).

در آخر می‌توان گفت هویت جنسیتی بخش قابل ملاحظه‌ای از هویت هر انسان را تشکیل می‌دهد و دربردارنده تصویری است که هر فرد به‌عنوان مرد یا زن از خود دارد. فرد می‌آموزد که از این حیث که مرد یا زن آفریده شده، باید به شیوه‌ای خاص بیندیشد، رفتار کند و احساس نماید. بنابراین، برای برقراری ارتباط اجتماعی موفق با اطرافیان و داشتن زندگی سالم، فرد باید هویت جنسیتی خود را بشناسد و همان‌گونه رفتار کند که جامعه به‌عنوان مرد یا زن از او انتظار دارد. در غیر این صورت، یعنی اگر فرد هویت جنسیتی خود را به‌درستی نشناسد یا آن را نپذیرد، در زندگی فردی و اجتماعی دچار مشکل می‌شود. بنابراین، شناخت عواملی که باعث ایجاد اختلال هویت جنسیتی می‌شود و برنامه‌ریزی برای برطرف کردن این عوامل، می‌تواند میزان افراد مبتلا به این بیماری را کاهش دهد و نهایتاً مشکلات اجتماعی را که به علت این مسئله به وجود آمده از بین ببرد.

منابع

- استونز، راب (۱۳۷۹) *متفکران بزرگ جامعه‌شناسی*، ترجمه مهرداد میردامادی، تهران: نشر مرکز.
- انیکسون، ریتا و دیگران (۱۳۷۹) *زمینه روان‌شناسی*، ترجمه محمدتقی براهنی و دیگران، تهران: انتشارات رشد.
- بی، ارل (۱۳۸۱) *روش‌های تحقیق در علوم اجتماعی*، ترجمه رضا فاضل، تهران: انتشارات سمت.
- ثنایی، باقر و دیگران (۱۳۷۹) *مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج*، تهران: مؤسسه انتشارات بعثت.

- حجازی، آریا و دیگران (۱۳۸۷) «بررسی میزان تطابق نقش و هویت جنسی ۱۲ بیمار ترنس سکسوال با جنسیت جدیدشان پس از عمل جراحی تغییر جنسیت»، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*، دوره سیزدهم: ۷۸-۸۷.
- جواهری، فاطمه، زینب کوچکیان (۱۳۸۵) «اختلال هویت جنسیتی و ابعاد اجتماعی آن: بررسی پدیده نارضایتی جنسی در ایران»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، سال پنجم، شماره ۲۱: ۲۶۵-۲۹۲.
- خواججه‌نوری، بیژن، علی‌اصغر مقدس (۱۳۸۸) «رابطه بین تصور از بدن و فرآیند جهانی‌شدن، مطالعه موردی: زنان شهرهای تهران، شیراز و استهبان»، *جامعه‌شناسی کاربردی*، سال بیستم، شماره ۳۳: ۲۴-۴۰.
- خسروی، زهره (۱۳۸۲) *مبانی روان‌شناختی جنسیت*، تهران: انتشارات مؤسسه قصیده‌سرا.
- خدایاری‌فرد، محمد، یاسمین عابدینی (۱۳۸۶) «گزارش موردی از خانواده‌درمانی شناختی-رفتاری اختلال هویت جنسی»، *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی*، شماره ۳: ۱-۱۵.
- رضایی، امید و دیگران (۱۳۸۶) «کارکرد خانواده در بیماران دچار اختلال هویت جنسیتی»، *ویژه‌نامه توان‌بخشی بیماران اختلال روانی*، شماره ۲۹: ۵۸-۶۳.
- ریتزر، جورج (۱۳۷۴) *نظریه جامعه‌شناسی در دوران معاصر*، ترجمه محسن ثلاثی، تهران: انتشارات علمی.
- ظهیرالدین، علیرضا و دیگران (۱۳۸۴) «روان‌درمانی موفقیت‌آمیز چهار مورد اختلال هویت جنسی»، *مجله علمی پزشکی قانونی*، سال ۱۱، شماره ۳۷: ۳۷-۴۰.
- عریضی، فروغ‌السادات و دیگران (۱۳۸۵) «ماهواره و هویت جنسیتی دختران جوان»، *مجله جامعه‌شناسی ایران*، دوره هفتم، شماره ۲: ۷۶-۱۰۰.
- عسگری، محمد و دیگران (۱۳۸۶) «شیوع آسیب‌های روانی در بیماران با اختلال هویت جنسی»، *مجله علمی پزشکی قانونی*، شماره ۳: ۱۸۱-۱۸۶.
- کاپلان، سادوک (۱۳۸۰) *خلاصه روان‌پزشکی، علوم رفتاری روان‌پزشکی بالینی*، ترجمه رفیعی و رضایی، تهران: نشر سالمی و انتشارات سمت.
- گرت، استفانی (۱۳۸۲) *جامعه‌شناسی جنسیت*، ترجمه کتابیون بقایی، تهران: نشر دیگر.
- گیدنز، آنتونی (۱۳۸۶) *جامعه‌شناسی*، ترجمه منوچهر صبوری، تهران: نشر نی.

- نوریان، ناهید و دیگران (۱۳۸۷) «بررسی اختلال شخصیت و ویژگی‌های شخصیتی مردان مبتلا به اختلال هویت جنسی»، *مجله توان بخشی*، دوره نهم، شماره اول: ۵۵-۶۰.
- یزدان‌پناه، لیلا (۱۳۸۸) کارگاه هویت جنسی و هویت جنسیتی برای کارمندان و مشاوران بهزیستی، نیروی انتظامی، استانداری و... مرکز مشاوره نیروی انتظامی استان کرمان.
- Benuto, Lorraine (2009) "Other sexual Disorder: Gender Identity Disorder, *Mental Help.net*, Essm in Lyon, France.
- Council Report CR63 (1998) Gender Identity Disorder in Children and Adolescents, *Royal College of Psychiatrists*, London.
- Cohen- Kettenis, P. T. & J. G. Gooren (1999) "Transsexualism: A Review of Etiology, Diagnosis and Treatment, *Journal of Psychosomatic Research* , 46: 315-333.
- Dean Byrd, A. (2007) Gender Identity Disorders in Childhood and Adolescence: A Critical Inquiry and Review of The Kenneth Zucker Research, *North Scientific Advisory Committee*, MARCH: 1-13.
- Diceglie, Domenico (2000) Gender Identity Disorder in Young People, *Advances in Psychiatric Treatment*, 6: 458-466.
- Encyclopedia of Mental Helpnet, *Gender Identity Disorder*- Definition, Description, Causes and Symptoms.
- Haraldsen, Ira R. Egeland, Thore, Haug, egil, Finest, Arnstein, Opjordsmoen, Stein (2004) Cross-Sex Hormone Treatment Dose not Change Sex-Sensitive Cognitive Performance in Gender Identity Disorder Patients, *science direct.com*.
- Hershberg, S. L & Daugelli, A. R. (1996) "The Impact of Victimization on the Mental Health and Suicidality of Lesbian Gay and Bisexual Youths", *Developmental Psychology*, 31: 65-74.
- Jeffreys, Sheila (2005) Judicial Child Abuse: The Family Court of Australia Gender Identity Disorder and the "Alex" Case. *Copyright Elsevier Ltd*, Department of Political Science, University of Melbourne , 1-18.
- Zucker, K. J & Taylor, P. (1969) "Effeminate Behaviour Present in Boys from Early Childhood, in Comparison with Similar Symptoms in Non Effeminate Boy", *Pediatrics*, 44: 375-380.

Zucker, K. J. (2008) Children with Gender Identity Disorder: Is There a Best Practice? *Enfants Avec Troubles de l'Identite Sexuee: Y-A-T-I Lune Pratique la meilleure? Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*.france.elsevier.com/direct, 56: 358-364.

Zucker, K. J & Susan J. Bradiey (2005) "Gender Identity and Psychosexual Disorder", *American Psychiatric Association*, 3: 593-617.