مجله علمی پزشکی قانونی / دوره ۱۳ ، شماره ۳ ، پاییز ۱۳۸۶، ۱۸۱-۱۸۶

شیوع آسیبهای روانی در بیماران با اختلال هویت جنسی

دکتر محمد عسگری*، دکتر سید مهدی صابری، دکترامیدرضائی***، دکتر بهروز دولتشاهی*****

* دستیار روانپزشکی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
** استادیار روانپزشکی، مرکز پزشکی قانونی استان تهران
*** استادیار روانپزشکی،دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
**** استادیار روانشناسی بالینی ،دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

چکیده

زمینه و هدف: درمان اختلال هویت جنسی پیچیده بوده و وقتی هدف باز گرداندن اختلال باشد، به ندرت موفقیت آمیز است. در نهایت تعدادی از این بیماران موفق به اخذ مجوز برای عمل جراحی و تغییر جنسیت می گردند که درمانی قطعی و غیر قابل برگشت است. از طرفی ۳۰٪ مردها و ۲۰٪ زنهایی که تحت درمان جراحی قرار می گیرند، احساس رضایت نمی کنند. نتایج نامطلوب به علل مختلفی بستگی دارد، که یکی از مهم‌ترین علل آن آسیب‌های روانی همراه می‌باشد. با شناسایی آسیب‌های روانی همراه و درمان آنها، می توان وضعیت روانی بهتری را برای بیماران قبل و بعد از عمل مهیا نمود.

روش بررسی: بیماران با اختلال هویت جنسی که طی سال‌های ۸۳ و ۸٤ به سازمان پزشکی قانونی کشور برای تغییر جنسیت مراجعه نموده و از قبل جهت بررسی و پژوهش‌های بعدی اعلام آمادگی کرده بودند، به روش نمونه‌گیری تمام شماری انتخاب شدند. که در نهایت ۵۵ نفر بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی (۳۰ نفر مؤنث و ۲۵ نفر مذکر) با پرسشنامه SCL-۹۰-Rاز نظر آسیب‌های روانی همراه، مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها: بررسی سلامت روان این بیماران نشان داد که در این بیماران شیوع انواع متفاوت آسیب‌های روانی در حدود ۲۰٪ است. بیشترین اختلال همراه، افکار پارانوییدی با شیوع ۳۸٪ بوده و اختلالات شایع بعدی به ترتیب شیوع شامل هراس، جسمانی‌سازی و حساسیت در روابط بین فردی است. همچنین مشخص گردید، پسران در کلیه مقیاس‌ها نسبت به دختران اختلالات بیشتری دارند بخصوص در دو مورد حساسیت در روابط بین فردی و افکار پارانوییدی این اختلاف معنی‌دارتر بود.

نتیجه‌گیری: شیوع آسیب‌های روانی در این بیماران چندان بالا نبوده، پسرها نسبت به دخترها آسیب‌های روانی بیشتری دارند.

واژگان کلیدی: اختلال هویت جنسی، آسیبهای روانی، سلامت روان

وصول مقاله: پذیرش مقاله:

نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان امام خمینی، بعد از مجلس قدیم، کوچه صابری، پلاک۲ واحد۴ کد پستی: ۱۳۱۷۷۱۳۷۵۳ m-Asgari@uswr.ac.ir

مقدمه

هویت جنسی یک حالت روان‌شناختی است که نمایانگر احساس فرد از مذکر یا مؤنث بودن خود می‌باشد (۱) که معمولاً هماهنگ با جنس زیستی فرد است، به این معنا که سیستم روانی فرد بتواند، جنس فیزیولوژیکش را به عنوان هویت جنسی قبول نماید.

بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی خود را متعلق به گروه جنسی مخالف می‌دانند و از وضعیت جنسی- بدنی خود ناراحت هستند و می‌کوشند با استفاده از هورمون‌ها و اعمال جراحی، وضعیت خود را به وضعیت جنس مقابل نزدیک کنند (۲).

این افراد خود را دارای تفاوتهای محسوسی با گروه جنسی فیزیولوژیک موافق خود حس می‌کنند. بیشتر آنان پیش از بلوغ از وضعیت جنسیت خود متنفرند و آرزوی اصلی آنان پیوستن به گروه جنس مخالف است و این اشتغال خاطر دایمی کلیه فعالیت‌های آنان را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد و محور اصلی جهان‌بینی آنان می‌شود (۲).

گرچه فشار اجتماعی موجود بر بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی به علت عدم همانندسازی صحیح با جنس موافق خود بسیار بالا می‌باشد (۳)؛ اما تأثیر آن مثل هر استرس دیگری تا حد زیادی به ارزیابی شناختی آنها از مسآله و نیز منابعی که برای کنار آمدن با آن در دسترس دارند، بستگی دارد (۴). در مطالعه‌ای ۱۶٪ مردان مبتلا، اقدام به خودکشی داشته‌اند (۵). طبق تحقیق دیکسن و همکاران (۱۹۸۴) که بر روی ۴۷۹ مرد داوطلب تغییر جنسیت به عمل آمده است، نشان-

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-12]

دهنده وجود تمایلات خودکشی، بیماری‌های روانی، قطع عضو، اعتیاد، فاحشگی، سابقه جنایی و غیره در این افراد بوده است.

دکوپر و همکاران در سال۱۹۹۵ تحقیقی بر روی بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی هر دو جنس انجام دادند. در این بررسی نشان دادند که مبتلایان به اختلال هویت جنسی مرد به زن از نظر وضعیت اجتماعی و مشخصات فردی تفاوتهای اساسی با مبتلایان به اختلال هویت جنسی زن به مرد دارند. آنان همچنین در زمینه هویت جنسی، تاریخچه رشد مراحل جنسی و میزان اختلالات شخصیتی منجر به اختلال هویت جنسی، متفاوت‌اند. در عین حال هر دو گروه از نظر کارکرد روانی آسیب دیده‌اند اما بیماران مرد به زن از این نظر دارای اختلال بیشتری هستند (۶).

با کمی تفکر در روند آسیب اختلال هویت جنسی به این استنباط می‌رسیم که، اغلب این آسیب‌دیدگان را آسیب‌دیدگان بعد اجتماعی آن تشکیل داده‌اند، که علت عمده آن، عدم همانندسازی صحیح با هم جنس خود می‌باشد (۳). با توجه به بافت فرهنگی و مذهبی کشور ما، تصور بر این است که فشار مضاعفی به این بیماران وارد شود. بطور کلی، اختلال هویت جنسی با روش‌های درمانی امروزه یک وضعیت غیر قابل برگشت است. این وضعیت سیر تدریجی و وخیم‌تر شدن ندارد بلکه به مرور در شخص بصورت یک نقص و عیب مزمن بروز می‌کند که زندگی او تماماً تحت شعاع قرار می‌گیرد که نیاز به بازسازی دارد. از طرفی ۳۰٪ مردها و ۲۰٪ زن‌هایی که تحت درمان جراحی قرار می‌گیرند احساس رضایت نمی‌کنند، نتایج نامطلوب به علل مختلفی بستگی دارد از جمله، بیماری روانی قبلی فرد (۳) با شناسایی اختلالات روانی همراه، می‌توان وضعیت روانی بهتری را برای بیماران مهیا نمود. با توجه به اینکه در بررسی متون، تحقیقات در زمینه رفتارهای جنسی انسان همواره اندک بوده است و به گفته پروفسور رایس از دانشگاه آیوا که عنوان می‌نماید «مطالعات در هیچ دامنه دیگری از علوم اجتماعی به ضعیفی مطالعه روابط جنسی انسان نیست» و اینکه در ایران پژوهشی در این مورد یافت نشد، اهمیت انجام این پژوهش روشن‌تر می‌شود.

حال این سؤال مطرح است که وضعیت سلامت روان در بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی چگونه است؟ اختلالات همراه با این آسیب روانشناختی کدام هستند؟ آیا اختلال هویت جنسی می‌تواند زمینه‌ساز سایر اختلالات روانی گردد؟ آیا وضعیت سلامت روان در بیماران با جنس فیزیولوژیک مؤنث در مقایسه با بیماران با جنس فیزیولوژیک مذکر تفاوت دارد؟ و آیا سن بیماران با سلامت روان آنها رابطه دارد؟ شناسایی نیم‌رخ آسیب‌های روانی در بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی و مقایسه آسیب‌های روانی در دو جنس.

روش بررسی

این پژوهش از نوع توصیفی و گذشته‌نگر است. موارد بررسی کلیه بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی بودند که جهت تغییر جنسیت از سرتاسر ایران طی سال‌های ۸۳ و ۸۴ به سازمان پزشکی قانونی کشور مراجعه نموده بودند و تشخیص قطعی اختلال هویت جنسی بر اساس معیارهای DSM- IV - TR در آنها انجام گرفته و در مراجعه قبلی رضایت خود را جهت بررسی و پژوهش‌های بعدی اعلام نموده بودند در زمان انجام این مطالعه طی تماس تلفنی از آنها درخواست همکاری گردید تا جهت بررسی بیشتر مراجعه نمایند. در نهایت تعداد ۵۵ نفر از آنها (۳۰ بیمار با جنس فیزیولوژیک مؤنث و ۲۵ بیمار با جنس فیزیولوژیک مذکر) مراجعه نمودند. هر کدام به صورت انفرادی معاینه گردیده و پس از جلب رضایت آنها طی یک جلسه انفرادی مورد ارزیابی قرار گرفتند. میزان تحصیلات بایستی حداقل پنجم ابتدایی می‌بود و در هنگام مطالعه تغییر جنسیت انجام نشده بود. بیمارانی که سابقه اختلال طبی - نیازمند بستری یا درمان دارویی جدی - داشتند یا در هنگام ارزیابی تحت روان‌درمانی طولانی مدت (بیش از ۶ ماه) قرار گرفته بودند از مطالعه خارج گردیدند. بیماران با پرسشنامه مشخصات فردی و خانوادگی پژوهشگر ساخته، مصاحبه ساختار یافته بر اساس معیارهای چک لیست DSM –IV- TR و علایم تجدیدنظر شده ۹۰ موردی(SCL-۹۰-R) مورد بررسی قرار گرفتند. که آسیب‌های روانی بیماران بر اساس آیتم‌های SCL-۹۰-R مورد برسی قرار گرفت. داده ها با روش‌های آمار توصیفی و با ضریب همبستگی پیرسون و با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۱,۵ مورد تجزیه و تحلیل قرارگرفت.

یافته‌ها

با توجه به اینکه گروه نمونه مطالعه حاضر از دو گروه دختر وپسر مبتلا به اختلال هویت جنسی تشکیل شده است، مشخصه‌های جمعیت‌شناختی آنها به تفکیک میزان تحصیلات محاسبه و در جداول (۱-۴) نشان داده شده است.

چنانچه در جدول (۱-۴) دیده می‌شود، بیشترین فراوانی میزان تحصیلات در گروه دختران (۳۵/۷٪) مربوط به کارشناسی و در

جدول ۱ - فراوانی و درصد میزان تحصیلات بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی به تفکیک جنسی

جنس / میزان تحصیلات	دختر	پسر
	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
زیردیپلم	۶ (۴/۲۱)	۶ (۲۴)
دیپلم	۷ (۲۵)	۱۰ (۴۵)
فوق‌دیپلم	۵ (۹/۱۷)	۵ (۲۰)
کارشناسی	۱۰ (۷/۳۵)	۴(۱۶)

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-12]

گروه پســران متعلق به تحصیلات دیپلم (۴۵٪) اســت. کمترین میزان تحصیــلات در گروه دختــران (۱۷/۹٪) متعلق به فوق‌دیپلم و در گروه پسران (۱۶٪) متعلق به تحصیلات کارشناسی است. میانگین سنی هر دو گروه تقریباً یکسان است. میانگین سنی دختران ۲۵/۹ سال (۵/۲۷ =SD) و میانگین سنی پسران ۲۵/۴ سال (۴/۵۷ = SD).

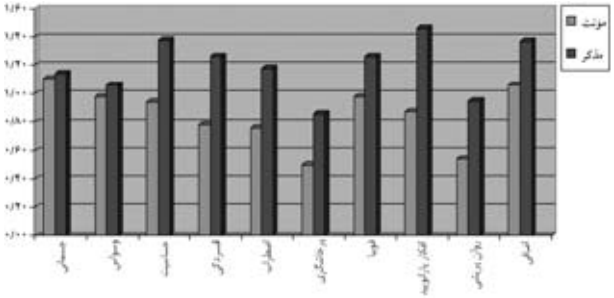
همــان گونه که در جدول ۲ و نمودار ۱ دیده می‌شــود تفاوت دو گروه پسران و دختران در خرده‌مقیاس‌های SCL-۹۰-R قابل ملاحظه اســت. در این اندازهها که میانگین بالاتر نشــان‌دهنده شــدت علایم و اختلال اســت، میانگین گروه پســران مبتلا به اختلال هویت جنســی بالاتر از گروه دختران است. این تفاوت در خرده‌مقیاس حساسیت بین فردی و افکار پارانویید بیشتر از سایر متغیرهاست. از سوی دیگر، گروه دختران مبتلا به اختلال هویت جنســی از همگونی بیشتری نسبت به پســران برخوردارند. زیرا انحراف استاندارد نمره‌ها در این گروه کمتر از گروه پســران است. این تفاوت به ویژه در خرده مقیاس افکار پارانویید، افسردگی، اضطراب و پرخاشگری قابل ملاحظه است.

جهت بررســی شــیوع آســیبهای روانی به صورتِ کلــی بهترین شاخص ضریب کلی علایمGSI)) است که بر اساس کتاب deragatis و همکاران از نقطه برش ۱/۲۴ برای بیماران ســرپایی استفاده می‌نماید که طبق آن شیوع کلی آسیب‌های روانی ۲۰٪ برآورد گردید (۷).

چنان که در جدول ۳ دیده می‌شود، افکار پارانوییدی با شیوع ۳۸٪، بیشترین فراوانی را در بین گروه نمونه دارد. به بیان دیگر، اختلال افکار پارانوییدی در بین بیماران اختلال هویت جنســی، بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده اســت. پس از افــکار پارانوییدی، هراس با ۳۲٪ در رتبه دوم قرار دارد. جسمانی‌سازی و حساسیت در روابط متقابل هر

جدول ۲- مشخصه های آماری نمره های آزمون SCL-۹۰-R به تفکیک خرده مقیاس‌ها و جنس

جنس / متغیرها	دختر		پسر	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
جسمانی سازی	۱/۱۰	۰/۱۵	۱/۱۴	۰/۲۶
وسواس	۰/۹۸	۰/۲۲	۱/۰۶	۰/۴۰
حساسیت بین فردی	۰/۹۴	۰/۲۱	۱/۳۸	۰/۸۰
افسردگی	۰/۷۸	۰/۱۹	۱/۲۶	۰/۷۴
اضطراب	۰/۷۶	۰/۳۲	۱/۱۸	۰/۸۱
پرخاشگری	۰/۵۰	۰/۳۸	۰/۸۷	۰/۸۲
فوبیا	۰/۹۸	۰/۲۷	۱/۲۶	۰/۵۷
افکار پارانویید	۰/۸۷	۰/۴۱	۱/۴۶	۱/۰۲
روان‌پریشی	۰/۵۴	۰/۳۴	۰/۹۵	۰/۷۳
اضافی	۱/۰۶	۰/۳۷	۱/۳۷	۰/۶۸



نمودار ۱- میانگین نمره‌های آزمون SCL-۹۰-R به تفکیک خرده مقیاسها و جنس

کدام با ۲۴٪ در رتبه‌های بعدی قرار دارند. اضطراب ۱۸٪، افسردگی و پرخاشــگری هر کدام ۱۶٪ و روانپریشی ۱۴٪ شیوع داشتند و کمترین میزان فراوانی را وسواس (۱۳٪) دارد.

چنانکه در جدول ۴ دیده می‌شود، هیچکدام از ضرایب همبستگی بین ســن و آســیب‌های روانی افراد گروه نمونه از لحاظ آماری معنادار نیســت. به بیان دیگر، بین ســن و آســیب‌های روانی در این بیماران همبستگی وجود ندارد.

جدول۳- مشخصه‌های آماری نمره‌های کل آزمودنی‌ها در خرده مقیاس‌های SCL-۹۰-R به همراه میزان شیوع هر آسیب

اختلال روانی	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین نمره	بیشترین نمره	چولگی	درصد شیوع اختلالات
جسمانی سازی	۱/۱۲	۰/۲۱	۰/۷۵	۱/۹۲	۱/۴۰	۲۴
وسواس	۱/۰۲	۰/۳۲	۰/۶۰	۲/۴۰	۲/۱۴	۱۳
حساسیت بین فردی	۱/۱۵	۰/۶۱	۰/۴۴	۴/۰۰	۲/۵۶	۲۴
افسردگی	۱/۰۱	۰/۵۷	۰/۳۱	۳/۰۸	۲/۲۷	۱۶
اضطراب	۰/۹۷	۰/۶۳	۰/۴۰	۳/۸۰	۲/۷۹	۱۸
پرخاشگری	۰/۶۸	۰/۸۲	۰/۰۰	۴/۰۰	۲/۱۰	۱۶
هراس	۱/۱۶	۰/۴۶	۰/۵۷	۳/۱۴	۲/۲۷	۳۲
افکار پارانویید	۱/۱۵	۰/۸۱	۰/۱۷	۳/۸۳	۱/۳۲	۳۸
روان‌پریشی	۰/۷۳	۰/۵۹	۰/۲۰	۳/۱۰	۱/۹۰	۱۴
شاخص‌اضافی	۱/۲۱	۰/۵۶	۰/۵۷	۳/۰	۱/۵۲	۳۰

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-12]

جدول ٤ - ضرایب همبستگی پیرسون بین سن و خرده‌مقیاس‌های SCL-۹۰-R

	جسمانی سازی	وسواس	حساسیت بین فردی	افسردگی	اضطراب	پرخاشگری	هراس	افکار پارانوئید	روانپریشی
r	- ۰/۰۵۵	۰/۰۹۹	- ۰/۱۱۱	- ۰/۱۱۸	- ۰/۱۵۲	- ۰/۰۹۲	- ۰/۱۴۷	- ۰/۱۸۷	- ۰/۱۸۵
p	۰/۶۸۸	۰/۴۷۴	۰/۴۱۸	۰/۳۹۰	۰/۲۶۷	۰/۵۰۶	۰/۲۸۴	۰/۱۷۲	۰/۱۷۷

بحث

در پژوهش حاضر اولین موردی که جلب نظر می‌کند، نسبت بیماران مراجعه‌کننده به پزشکی قانونی می‌باشد که تعداد مراجعان دختر، بیشتر از پسر بود و این موضوع، بر خلاف آمارهای جهانی می‌باشد که اغلب، بیماران بزرگسال مبتلا به اختلال هویت جنسی مذکر را بیشتر از مؤنث گزارش می‌کنند. مثلاً در کتاب Kaplan و سادوک ۲۰۰۵ شیوع بیماری در مردان (یک یازده هزارم) و در بیماران مؤنث (یک سی هزارم) و نسبت جنسی مذکر به مؤنث ۳ تا ۵ به ۱ ذکر گردیده است (۸). در همین کتاب و در ویرایش سال ۲۰۰۳ نسبت جنسی از ۳۰ به ۱ تا ۶ به ۱ ذکر گردیده است (۱). باید به این نکته توجه داشت که، بیشتر برآوردهای شیوع در کشورهای دیگر هم متکی بر تعداد افرادی است که طالب جراحی برای تغییر جنسیت هستند (۱).حال این سوال مطرح است که دلیل این اختلاف فاحش چیست ؟به نظر می‌رسد: ۱- خانواده‌ها و بافت فرهنگی، مذهبی کشور ما پذیرش بیشتری برای بروز رفتار پسرانه در دختران سنین پایین داشته و شاید به نوعی باعث افزایش ابراز و در نتیجه افزایش شیوع این بیماری در بین دختران می‌گردند. ۲- یکی از شروط پزشکی قانونی برای بررسی این بیماران در کمیسیون حضور والدین است، شاید عدم همکاری والدین بیماران مذکر دلیل مراجعه کمتر پسران به پزشکی قانونی باشد. ۳- ممکن است بیماران مذکر جهت برآورده شدن نیازهای خود انجام عمل جراحی را ضروری ندانند. در هر حال در مورد شیوع بیماری در کشورمان نیاز به بررسی و آمارهای دقیق‌تر احساس می‌گردد.

در زمینه تحصیلات، در تحقیقی که توسط آقای دکتر فریدون مهرابی بین سالهای ۱۳۶۸ تا ۱۳۷۴ انجام گردید بیشتر افراد مراجعه کننده را دیپلمه‌ها تشکیل داده بودند (۲) که در تحقیق حاضر هم اکثر مراجعه کنندگان مذکر دارای مدرک دیپلم (۴۵٪) بودند. ولی اکثر مراجعه‌کنندگان مؤنث دارای تحصیلات کارشناسی ۳۵/۷٪ بودند. شاید دلیل این امر افزایش کلی در سطح تحصیلات جامعه باشد. دلیل سطح تحصیلات پایین‌تر بیماران مذکر می‌تواند به این دلیل باشد که طرد شدن از جانب همتاها می‌تواند منجر به مشکلات مدرسه مخصوصاً در پسرها و انصراف از تحصیل آنها گردد (۸).

همانطور که پیش‌تر ذکر شد شیوع کلی آسیب‌های روانی در این بیماران ۲۰٪ برآورد گردید که با پژوهش آقای دکتر نوربالا و همکاران که شیوع کلی آسیب‌های روانی را در سراسر ایران ۲۱٪ برآورد نمودند (۹) تفاوت چندانی ندارد و به بیان دیگر شیوع آسیب‌های روانی در این بیماران بالا نیست.

بررسی سلامت روان بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی نشان داد که، در این بیماران بیشترین اختلال همراه افکار پارانوییدی و اختلالات بعدی به ترتیب شیوع پرخاشگری، وسواس و حساسیت بین فردی است.

در پژوهش حسین رنجبر شایان به روی ۱۵ نفر افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی مذکر به مؤنث (۱۸ تا ۲۳ سال) نشان داد که در آزمون شخصیتی (۲ - MMPI) در مقیاس‌های L (دروغ پردازی)، F (نابسامدی)، K (مقیاس اصلاح)، D (افسردگی)، HY (هیستری)، PD (انحراف روانی- اجتماعی)، SI (درونگرایی اجتماعی)، MF (مردانگی- زنانگی)، PA (پارانویا)، PT (ضعف روانی)، SC (اسکیزوفرنی)، MA (شیدایی ضعیف) تفاوت معنی‌داری بین دو گروه کنترل و شاهد مشاهده گردید (۱۰) که در اکثر موارد یافته های پژوهش فوق مشابه یافته‌های پژوهش حاضر می‌باشد.

پیش‌تر نیز اشاره گردید که مقیاس افکار پارانوییدی بیشترین اختلال (شیوع ۳۸٪) در بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی می باشد. با توجه به این‌که به طور کلی در شرایط استرس افکار پارانوییدی افزایش پیدا می‌کند، می‌توان انتظار داشت که افکار پارانوییدی در این بیماران بیشتر باشد. این یافته مشابه یافته تحقیق دکتر احمد علی نوربالا، دکتر فیروزه رئیسی، دکتر زهرا عالم است که بیان می‌دارند تفاوت معنی‌دار آماری در میزان پارانویا بین دو گروه مردهای مبتلا به اختلال هویت جنسی و گواه وجود دارد. به این معنی که عقاید بدبینانه در گروه بیماران، شایع‌تر است (۱۱).

پس از افکار پارانوییدی، هراس با ۳۲٪ در رتبه دوم قرار دارد. لازم به ذکر است جدا کردن هراس از اضطراب (۱۸٪) و وسواس (۱۳٪) خالی از اشکال نیست. با توجه به اینکه هراس و وسواس هر دو اختلال اضطرابی هستند و جداسازی آنها با سؤالات ساختار یافته مشکل است و همپوشانی آنها محتمل می‌باشد. جهت تفکیک این سه اختلال که از اختلالات اضطرابی هستند نیاز به مصاحبه‌های تکمیلی است و از آنجا که رایج‌ترین واکنش به یک عامل فشار اضطراب است (۴) شیوع بالای این سه اختلال قابل توجیه است. مقیاس شایع دیگر، حساسیت در روابط بین فردی با شیوع ۲۴٪ است که به علت تعارض بین احساسات فرد از مردانگی یا زنانگی خود و تفاوتهای ادراکی در بین بیمار و افراد دیگر، لذّت بردن از روابط با دیگران، به ویژه انواع عاشقانهٔ آن به طور

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-12]

مشخصی تحت تأثیر قرار می‌گیرد.

جسمانی‌سازی همانند حساسیت در روابط بین فردی ۲۴٪ شیوع دارد. برای بروز جسمانی سازی دلایل متعددی مطرح می‌گردد که یکی از دلایل نوعی ابراز هیجان نمودن است (۱) برای مثال خشم نسبت به دیگران که در این بیماران هم میزان پرخاشگری و خشم بالا می‌باشد؛ از طرفی عنوان می‌گردد افرادی که مورد سوءاستفاده جنسی یا جسمی قرار می‌گیرند در معرض پیدایش نشانه‌های جسمانی‌سازی هستند که این اتفاق هم در این بیمارن وقوع بالایی دارد. در این بیماران افسردگی ۱۶٪ شیوع دارد. در تحقیقی که در کشور ایران در سال ۱۳۷۴ توسط دکتر مهرابی انجام گرفت شایع‌ترین بیماری موجود در این بیماران افسردگی بود که در ۳۵٪ موارد گزارش شده بود.

در مطالعهٔ نوربالا و همکاران در سال ۱۳۷۵ شیوع افسردگی در مناطق تهران ۱۶/۱٪ تا ۱۸/۶٪ گزارش شده به نظر می‌رسد که افسردگی در این بیماران از شیوع بالایی برخوردار نیست (۱۰). پرخاشگری ۱۶٪ شیوع داشته است یک واکنش رایج دیگر به وضعیت پر فشار خشم است که ممکن است به پرخاشگری منجر شود. هر گاه تلاش‌های شخص در رسیدن به هدفی با مانع روبرو شود، سائق پرخاشگری ایجاد می‌گردد (۴). پس پرخاشگری با توجه به استرس بالا و خشم نسبت به عدم درک حالات درونی و روانی بیماران توسط اطرافیان و جامعه قابل انتظار است .

مقیاس شایع دیگر روان‌پریشی با ۱۴٪ شیوع است که به نظر می‌رسد غیر قابل توجیه است. بالا بودن روانپریشی می‌تواند به دلایل زیر باشد: سؤالات روان‌پریشی در جامعه ما مناسب نیست، برای مثال «تنبیه به خاطر گناه»، «احساس تنهایی در جمع»، «اعتقاد به وجود مشکل بدنی جدی»، «عدم ارتباط صمیمی با دیگران» و «افکار آزار دهنده جنسی» پنج سؤال از ده سوال روان‌پریشی هستند که به نظر، در مورد بیماران با اختلال هویت جنسی مناسب نمی‌باشند. «تنبیه به خاطر گناه» می‌تواند ناشی از بافت مذهبی ما و نوع نگرش بیمار به داشتن رابطه با هم جنس فیزیولوژیک باشد.

«عدم ارتباط صمیمی با دیگران» می‌تواند ناشی از نگرش‌های منفی از طرف اعضای خانواده و اجتماع نسبت به افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی باشد که آنها را افرادی منحرف و نه بیمار می‌دانند؛ این نگرش سبب طرد کردن آنها از اجتماع و خانواده‌هایشان شده، سبب تشدید مشکل فوق می‌شود؛ سه مورد دیگر می‌تواند ناشی از خود اختلال هویت جنسی باشد. سؤالات ۷۷، ۸۴، ۸۵، ۷۸، ۸۸ و ۹۰ پرسشنامه SCL-۹۰-R به روان‌پریشی اختصاص دارد که با خستگی آزمون شونده همراه است و احتمال گزارش اختلال بالا می‌رود. در مطالعهٔ دکتر افشاری در سال ۱۳۸۳ در مادران کودکان اوتیستیک شیوع روانپریشی ۲۷/۵٪ گزارش گردیده است (۱۳).

پسران میانگین نمرات بیشتری در همهٔ خرده مقیاس‌های SCL-۹۰-R دارند، که بیان کننده این موضوع می‌باشد که پسران اختلالات روانی بیشتری دارند و این موضوع هماهنگ با نتیجهٔ تحقیق دکوپر و همکاران در سال ۱۹۹۵ می‌باشد.

دکوپر و همکاران در سال ۱۹۹۵ تحقیقی بر روی بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی هر دو جنس انجام دادند. در این بررسی نشان دادند که مبتلایان به اختلال هویت جنسی مرد به زن از نظر وضعیت اجتماعی و مشخصات فردی تفاوت‌های اساسی با مبتلایان به اختلال هویت جنسی زن به مرد دارند.

در عین حال هر دو گروه از نظر کارکرد روانی آسیب دیده‌اند اما بیماران مرد به زن از این نظر دارای اختلال بیشتری هستند و اختلال هویت جنسی برای زن‌ها پیامدهای کمتری دارد، که ممکن است به علت تحمل اجتماعی بالاتر در مورد رفتارهای جنس مقابل در دخترها و زنها باشد.

لازم به ذکر است که تست SCL-۹۰-R اختلالات محور II را نمی‌سنجد و در این بیماری احتمال اختلالات محور II مانند اختلالات شخصیت نیز متصور است که می‌تواند زمینه پژوهش‌های دیگری گردد.

نتیجه‌گیری

بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی گروه ویژه‌ای هستند که شرایط و نیازمندیهای خاصی دارند که باید شناخته شوند. شیوع کلی آسیب‌های روانی در این بیماران چندان بالا نیست. ولی مشکلاتی از قبیل پارانویا و هراس در این بیماران فراوان است که در درمان باید به آن توجه نمود. همچنین با توجه به شیوع اختلالات طیف اضطرابی مانند هراس، اضطراب و وسواس در این بیمارا ن لازم است در زمینه اختلالات اضطرابی در این بیماران اقدامات تشخیصی درمانی کاملتری صورت گیرد

تقدیر و تشکر

در پایان از روان‌شناسان بخش روان‌پزشکی سازمان پزشکی قانونی کشور بخصوص جناب آقای حسین شاهمرادی، سرکار خانم آرمیندخت احمدی، جناب آقای عطاء اله محمدی و جناب آقای علیرضا اشرفی اصفهانی، مراجعین محترم که حاضر به همکاری صمیمانه گردیدند و کارمندان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی که در انجام این پژوهش ما را یاری دادند سپاسگزاریم.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-12]

منابع

1-Kaplan HI, sadock BJ. Synopsis of psychiatry. 9th ed. Williams and Wilkins, 2003.

۲ – مهرابی فریدون. بررسی برخی از ویژگیهای "تبدل خواهی جنسی" در بیماران ایرانی. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۱۳۷٤، شماره ۳، صفحات ٤ تا ۱۲.

۳ – کاهانی علیرضا، فخری شجاعی پیمان. اختلالات هویت جنسی(GID) دگرجنسیت جوها TS)). چاپ اول، تهران: تیمور زاده– نشر طبیب، ۱۳۸۱، صفحات ٤ تا۸ و ٥٦.

٤ – رفیعی حسن، سمیعی مرسده، ارجمند محسن، در ترجمه زمینه روان– شناسی هلیگارد، اتکینسون اسمیت، اتکینسون ارنست (مؤلف). چاپ چهارم. تهران: انتشارات ارجمند، ۱۳۸۳، جلد دوم، صفحات ۱۳۲ تا ۱۳٦.

5- Blanchard R, Steiner B. clinical management of gender identity disorders in children and adults, 1st ed. American psychiatric press, 1990.

6- Hyenes G J. callan VG, Terry DJ, Gallois C.The psychological well being of infertile women after a failed attempt. The effect of coping jornal of psychiatry, vol 65, 269-278.

7- Deragatis LR, SCL-90-R Administration, scoring & procedures manual. Clinical psychometric Research. 2nd Edition 1983.

8- Kaplan HI, And sadock BJ. Comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Williams and Wilkins, 2005.

۹ – نوربالا احمدعلی، محمد کاظم، باقری یزدی سید عباس، یاسمی محمد تقی. نگاهی بر سیمای سلامت روان در ایران؛ ۱۳۸۰.

۱۰ – رنجبر شایان حسین. انستیتوی روانپزشکی تهران، زمستان۱۳۷۷.

۱۱ – نوربالا احمد علی، رئیسی فیروزه، عالم زهرا، فصل ٤، رئیسی فیروزه، ناصحی عباسعلی، چاپ اول، تهران صدا و قصیده، بهار ۱۳۸۳، صفحات ۱٤۰ تا ۱٥٥.

۱۲ – محمدی محمدرضا، داویدیان هاراتون، نوربالا احمدعلی، باقری یزدی سید عباس و همکاران (۱۳۸۲). همه‌گیرشناسی اختلالات روانپزشکی در ایران (۱۳۸۰)، مجله حکیم، دوره ٦، شمارهٔ ۱.

۱۳ – افشاری رامین، بررسی راهبردهای مقابله‌ای و سلامت روان در مادران کودکان اتیستیک. پایان نامهٔ دکتری تخصصی، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۳۸۳.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-12]