

شیوع آسیبهای روانی در بیماران با اختلال هویت جنسی

دکتر محمد عسگری^{*}، دکتر سید مهدی صابری^{**}، دکتر امید رضائی^{***}، دکتر بهروز دولتشاهی^{****}

* دستیار روانپژوهی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

** استادیار روانپژوهی، مرکز پژوهشی قانونی استان تهران

*** استادیار روانپژوهی، 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 می‌گردد که درمانی قطعی و غیر قابل برگشت است. از طرفی ۲۰٪ مردها و ۲۰٪ زن‌هایی که تحت درمان جراحی قرار می‌گیرند، احساس رضایت نمی‌کنند. 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، می‌توان وضعیت روانی بهتری را برای بیماران قبل و بعد از عمل مهیا نمود.

روش بررسی: بیماران با اختلال هویت جنسی که طی سال‌های ۸۴ و ۸۳ به سازمان پژوهشی قانونی کشور برای تغییر جنسیت مراجعه نموده و از قبیل 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 مذکور) با پرسشنامه SCL-۹۰-R از 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.

نتیجه گیری: 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

پذیرش مقاله:

وصول مقاله:

نویسنده پاسخ‌گو: تهران، خیابان امام خمینی، بعد از مجلس قدیم، کوچه صابری، پلاک ۲ واحد ۴ کد پستی: ۱۳۱۷۱۳۷۵۳
m-Asgari@uswr.ac.ir

مقدمه

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 تحت الشعاع قرار می‌دهد و محور اصلی جهان‌بینی آنان می‌شود (۲). گرچه فشار اجتماعی موجود بر بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی به علت عدم هماندسازی صحیح با جنس موافق خود بسیار بالا می‌باشد (۳)، اما تأثیر آن مثل هر استرس دیگری تا حد زیادی به ارزیابی شناختی آنها از مساله 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-

هویت جنسی یک حالت روان‌شناختی است که نمایانگر احساس فرد از مذکور یا مؤنث بودن خود می‌باشد (۱) که معمولاً همانگ با جنس زیستی فرد است، به این معنا که سیستم روانی فرد بتواند، جنس فیزیولوژیک 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

از سرتاسر ایران طی سال‌های ۸۳ و ۸۴ به سازمان پژوهشی قانونی کشور مراجعه نموده بودند و تشخیص قطعی اختلال هویت جنسی بر اساس معیارهای TR - DSM- IV 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 در خواست 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 مذکور) 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 موردي(R- SCL- ۹۰) مورد بررسی قرار گرفتند. که آسیب‌های ۹۰ روانی بیماران بر اساس آیتم‌های R- SCL- ۹۰ مورد بررسی قرار گرفت. داده‌ها با روش‌های آمار توصیفی و با ضریب همبستگی پیرسون و با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۱,۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

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

چنانچه در جدول (۴-۱) دیده می‌شود، بیشترین فراوانی میزان تحصیلات در گروه دختران (۷۵٪) مربوط به کارشناسی و در

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

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

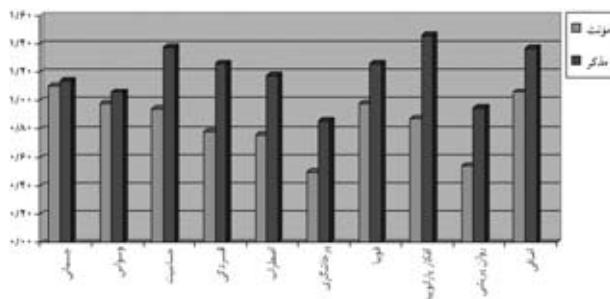
دهنده وجود تمایلات خودکشی، بیماری‌های روانی، قطع عضو، اعتیاد، فاحشگی، سابقه جنایی و غیره در این افراد بوده است. دکوبر و همکاران در سال ۱۹۹۵ تحقیقی بر روی بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی هر دو جنس انجام دادند. در این بررسی نشان دادند که مبتلایان به اختلال هویت جنسی مرد به زن از نظر وضعیت اجتماعی و مشخصات فردی تفاوت‌های اساسی با مبتلایان به اختلال هویت جنسی زن به مرد دارند. 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 عدمه 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 آیووا 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 روش‌تر می‌شود.

حال این سؤال مطرح است که وضعیت سلامت روان در بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی چگونه است؟ آیا اختلال هویت جنسی می‌تواند زمینه‌ساز سایر اختلالات روانی گردد؟ آیا وضعیت سلامت روان در بیماران با جنس فیزیولوژیک مذکور تفاوت دارد؟ آیا سن بیماران با بیماران با جنس فیزیولوژیک مذکور تفاوت دارد؟ آیا 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



نمودار ۱- میانگین نمره‌های آزمون R-SCL-۹۰ به تفکیک خرد مقياسها و جنس

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

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

جدول ۳- مشخصه‌های آماری نمره‌های کل آزمودنی‌ها در خرد مقياس‌های R-SCL-۹۰ به همراه میزان شیوع هر آسیب

آسیب	اختلال روانی						
	میانگین اختلالات	انحراف استاندارد	کمترین نمره	بسیاری بیشترین نمره	جولگی درصد شیوع	میانگین استاندارد	انحراف استاندارد
جسمانی سازی	۱/۱۲	۰/۲۱	۰/۷۵	۱/۹۲	۱/۴۰	۱/۴۰	۲۴
وسوس	۱/۰۲	۰/۳۲	۰/۶۰	۲/۴۰	۲/۱۴	۲/۱۴	۱۳
حساسیت بین فردی	۱/۱۵	۰/۶۱	۰/۴۴	۴/۰۰	۲/۵۶	۲/۱۴	۲۴
افسردگی	۱/۰۱	۰/۵۷	۰/۳۱	۳/۰۸	۲/۲۷	۲/۲۷	۱۶
اضطراب	۰/۹۷	۰/۸۳	۰/۴۰	۳/۸۰	۲/۷۹	۲/۷۹	۱۸
پرخاشگری	۰/۶۸	۰/۸۲	۰/۰۰	۴/۰۰	۲/۱۰	۲/۱۰	۱۶
هراس	۱/۱۶	۰/۴۶	۰/۵۷	۳/۱۴	۲/۲۷	۲/۲۷	۳۲
افکار پارانویید	۱/۱۵	۰/۸۱	۰/۱۲	۳/۸۳	۱/۳۲	۱/۳۲	۲۸
روانپریشی	۰/۷۳	۰/۵۹	۰/۲۰	۳/۱۰	۱/۹۰	۱/۹۰	۱۴
شخص اضافی	۱/۲۱	۰/۵۶	۰/۵۷	۳/۰	۱/۵۲	۱/۵۲	۳۰

گروه پسران متعلق به تحصیلات دبیلم (۴۵٪) است. کمترین میزان تحصیلات در گروه دختران (۱۷٪) متعلق به فوق دبیلم 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 = ۴/۵۷) و میانگین سنی پسران ۲۵/۴ سال (SD = ۴/۵۷).

همان گونه که در جدول ۲ و نمودار ۱ دیده می‌شود تفاوت دو گروه پسران و دختران در خرده‌مقیاس‌های R-SCL-۹۰ قابل ملاحظه است. در این اندازه‌ها که میانگین بالاتر نشان‌دهنده شدت عالیم و اختلال است، میانگین گروه پسران مبتلا به اختلال هویت جنسی بالاتر از گروه دختران است. این تفاوت در خرده‌مقیاس حساسیت بین فردی و افکار پارانویید بیشتر از سایر متغیرهای است. از سوی دیگر، گروه دختران مبتلا به اختلال هویت جنسی از همگوئی بیشتری نسبت به پسران برخوردارند. زیرا انحراف استاندارد نمره‌ها در این گروه کمتر از گروه پسران است. این تفاوت به ویژه در خرده‌مقیاس افکار پارانویید، افسردگی، اضطراب و پرخاشگری قابل ملاحظه است.

جهت بررسی شیوع آسیب‌های روانی به صورت کلی بهترین شاخص ضریب کلی عالیم (GSI) است که بر اساس کتاب deragatis و همکاران از نقطه برش ۱/۲۴ برای بیماران سرپایی استفاده می‌نماید که طبق آن شیوع کلی آسیب‌های روانی ۲۰٪ برآورد گردید (۷). چنان‌که 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 جنسی، بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده است. پس از افکار پارانوییدی، هراس با ۳۲٪ در رتبه دوم قرار دارد. جسمانی‌سازی و حساسیت در روابط متقابل هر

جدول ۲- مشخصه‌های آماری نمره‌های آزمون R-SCL-۹۰ به تفکیک خرد مقياس‌ها و جنس

متغیرها	جنس		پسر	دختر		میانگین استاندارد	انحراف استاندارد
	میانگین	انحراف		میانگین	انحراف		
جسمانی سازی	۱/۱۰	۰/۱۵	۱/۱۴	۰/۱۵	۰/۱۵	۰/۲۶	۰/۲۶
وسوس	۰/۹۸	۰/۲۲	۰/۰۶	۱/۰۶	۰/۰۶	۰/۴۰	۰/۴۰
حساسیت بین فردی	۰/۹۴	۰/۲۱	۰/۳۸	۱/۳۸	۰/۸۰	۰/۸۰	۰/۸۰
افسردگی	۰/۷۸	۰/۱۹	۰/۲۶	۱/۲۶	۰/۷۶	۰/۷۶	۰/۷۶
اضطراب	۰/۷۶	۰/۳۲	۰/۲۱	۰/۲۱	۰/۳۲	۰/۸۲	۰/۸۲
پرخاشگری	۰/۵۰	۰/۳۸	۰/۲۷	۰/۲۷	۰/۲۷	۰/۵۷	۰/۵۷
فویبا	۰/۹۸	۰/۹۸	۰/۲۷	۰/۲۷	۰/۲۷	۰/۵۷	۰/۵۷
افکار پارانویید	۰/۸۷	۰/۴۱	۰/۴۱	۱/۴۶	۰/۱۰۲	۱/۱۰۲	۱/۱۰۲
روانپریشی	۰/۵۴	۰/۳۴	۰/۳۴	۰/۹۵	۰/۷۳	۰/۷۳	۰/۷۳
اضافی	۱/۰۶	۰/۳۷	۰/۳۷	۱/۳۷	۰/۶۸	۱/۳۷	۱/۳۷

جدول ۴ - ضرایب همبستگی پیرسون بین سن و خرده‌مقیاس‌های SCL-۹۰-R

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

(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 مذکور 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)، MF (انحراف روانی - اجتماعی)، SI (درونگرایی اجتماعی)، PD (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 یافته‌های 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 می‌باشد. با توجه به این که 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 بدینانه 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 سوالات 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 (۱۲) 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، لذت بردن از روابط با دیگران، به ویژه انواع عاشقانه آن به طور

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 مذکور را بیشتر از مؤنث گزارش می‌کنند. مثلاً در کتاب Kaplan و سادوک ۲۰۰۵ شیوع بیماری در مردان (یک باره هزارم) و در بیماران مؤنث (یک سی هزارم) و نسبت جنسی مذکور به مؤنث ۳ تا ۵ به ۱ ذکر گردیده است (۱۳). در همین کتاب و در ویرایش سال ۲۰۰۳ نسبت جنسی از ۳۰ به ۱ تا ۶ به ۱ ذکر گردیده است (۱۴). 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 (۱۵). 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 می‌گردد. ۲- یکی از شروط پزشکی قانونی برای بررسی این بیماران در کمیسیون حضور والدین است، شاید عدم همکاری والدین بیماران مذکور دلیل مراجعه کمتر پسران به پزشکی قانونی باشد. ۳- ممکن است بیماران مذکور 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 (۱۶) که در تحقیق حاضر هم اکثر مراجعه کنندگان مذکور دارای مدرک دیپلم (۴۵٪) بودند. ولی شاید دلیل این امر افزایش کلی در سطح تحصیلات جامعه باشد. دلیل سطح تحصیلات پایین تر بیماران مذکور 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 (۱۷).

همانطور که پیش‌تر ذکر شد شیوع کلی آسیب‌های روانی در این بیماران ۲۰٪ برآورده گردید که با پژوهش آقای دکتر نوربالا و همکاران که شیوع کلی آسیب‌های روانی را در سراسر ایران ۲۱٪ برآورد نمودند

پسران میانگین نمرات بیشتری در همهٔ خرده مقیاس‌های SCL-R دارند، که بیان کننده این موضوع می‌باشد که پسران اختلالات روانی بیشتری دارند و این موضوع همانگ 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 مقابله در دخترها و زنها باشد.

لازم به ذکر است که تست R-SCL-90 اختلالات محور II را نمی‌سنجد و در این بیماری احتمال اختلالات محور II مانند اختلالات شخصیت نیز متصور است که می‌تواند زمینهٔ 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 بیماران لازم است در زمینه اختلالات اضطرابی در این بیماران اقدامات تشخیصی درمانی کاملتری صورت گیرد

تقدیر و تشکر

در پایان از روان‌شناسان بخش روان‌پژوهی سازمان پژوهشی قانونی کشور بخصوص جانب آقای حسین شاهمرادی، سرکار خانم آرمیندخت احمدی، جانب آقای عطاء الله محمدی و جانب 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.

مشخصی تحت تأثیر قرار می‌گیرد.

جسمانی‌سازی همانند حساسیت در روابط بین فردی ۲۴٪ شیوع دارد. برای بروز جسمانی‌سازی 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 بیماران 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 (۰). پرخاشگری ۱۶٪ شیوع داشته است یک واکنش رایج دیگر به وضعیت پرشمار 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: سوالات روان‌پریشی در جامعه ما مناسب نیست. برای مثال «تنبیه به خاطر گاه»، «احساس تنها 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. سوالات ۷۷، ۸۴، ۸۵، ۸۸ و ۹۰ به روان‌پریشی اختصاص دارد که با خستگی پرسشنامه R-SCL-90 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).

منابع

- 1-Kaplan HI, sadock BJ. Synopsis of psychiatry. 9th ed. Williams and Wilkins, 2003.
- ۲- مهرابی فریدون. بررسی برخی از ویژگهای "تبدل خواهی جنسی" در بیماران ایرانی. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۱۳۷۴، شماره ۳، صفحات ۴ تا ۱۲.
- ۳- کاهانی علیرضا، فخری شجاعی پیمان. اختلالات هویت جنسی(GID) دگر جنسیت جوها(TS)). چاپ اول، تهران: تیمور زاده- نشر طیب، ۱۳۸۱، صفحات ۴ تا ۸ و ۵۶.
- ۴- رفیعی حسن، سمیعی مرسله، ارجمند محسن، در ترجمه زمینه روان-شناسی هلیکارد، انکینسون اسمیت، انکینسون ارنست(مؤلف). چاپ چهارم. تهران: انتشارات ارجمند، ۱۳۸۳، جلد دوم، صفحات ۱۳۶ تا ۱۳۲.
- 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- نوربلا احمدعلی، محمد کاظم، باقری یزدی سید عباس، یاسمی محمد تقی. نگاهی بر سیمای سلامت روان در ایران؛ ۱۳۸۰.
- ۱۰- رنجبر شایان حسین. انتیتوی روانپزشکی تهران، زمستان ۱۳۷۷.
- ۱۱- نوربلا احمد علی، رئیسی فیروزه، عالم زهرا، فصل ۴، رئیسی فیروزه، ناصحی عباسعلی، چاپ اول، تهران صدا و قصیده، بهار ۱۳۸۳، صفحات ۱۴۰ تا ۱۵۵.
- ۱۲- محمدی محمدرضا، داویدیان هارتون، نوربلا احمدعلی، باقری یزدی سید عباس و همکاران (۱۳۸۲). همه گیرشناسی اختلالات روانپزشکی در ایران (۱)، مجله حکیم، دوره ۶، شماره ۱.
- ۱۳- افشاری رامین، بررسی راهبردهای مقابله‌ای و سلامت روان در مادران کودکان اتیستیک. پایان نامه دکتری تخصصی، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۳۸۳.