پژوهشی

مقایسه سبک‌های دلبستگی در افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی و افراد غیرمبتلا

دکتر محمد علی بشارت* _ **فهیمه تولائیان**** _ **دکتر مسعود غلامعلی لواسانی*****

* دکترای روانشناسی بالینی، استاد گروه روانشناسی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران
** کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران
*** دکترای روانشناسی تربیتی، دانشیار گروه روانشناسی دانشیار دانشگاه تهران

چکیده

زمینه و هدف: اختلال‌های هویت جنسیتی از شرایط بسیار پیچیده بالینی محسوب می‌شوند. این دسته از اختلال‌های روان‌شناختی مشکلات بزرگ و پیامدهای آسیب‌زا برای فرد مبتلا، خانواده وی و جامعه ایجاد می‌کنند. در راستای شناخت بهتر اختلال‌های هویت جنسیتی، هدف اصلی این پژوهش مقایسه سبک‌های دلبستگی در افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی تغییر جنسیت داده، تغییر جنسیت نداده و افراد غیرمبتلا بود.

روش بررسی: سی و پنج فرد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی مذکر به مونث (شامل بیست فرد تغییر جنسیت نداده و پانزده فرد تغییر جنسیت داده) و بیست فرد مونث غیرمبتلا در این پژوهش شرکت کردند. از شرکت‌کنندگان خواسته شد که مقیاس دلبستگی بزرگسال (AAI) را تکمیل کنند.

یافته‌ها: یافته‌های به دست آمده نشان داد که بالاترین میانگین نمرات به دست آمده در سبک‌های دلبستگی ناایمن (اجتنابی و دوسوگرا) به ترتیب مربوط به افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی تغییر جنسیت نداده، افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی تغییر جنسیت داده و افراد غیرمبتلا است. در سبک‌های دلبستگی تفاوت بین افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی تغییر جنسیت داده و افراد غیرمبتلا در هیچ‌یک از سبک‌ها معنادار نبود.

نتیجه‌گیری: به‌طور کلی بر مبنای یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی تغییر جنسیت داده، بر خلاف افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی تغییر جنسیت نداده در سبک‌های دلبستگی بسیار به نمونه غیرمبتلا نزدیک هستند.

واژه‌های کلیدی: اختلال هویت جنسیتی، تغییر جنسیت، سبک دلبستگی

وصول مقاله: ۱۳۹۱/۹/۱۱ تأیید مقاله: ۱۳۹۲/۳/۲۸

نویسنده پاسخگو: تهران، بزرگراه جلال آل احمد، روبروی کوی نصر، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، گروه روانشناسی، صندوق پستی ۶۴۵۶-۱۴۱۵۵. besharat@ut.ac.ir

مقدمه

هویت جنسیتی[1] به‌عنوان یک ویژگی روان‌شناختی، نمایانگر احساس فرد از مذکر بودن یا مونث بودن خود است و در حالت طبیعی با جنسیت آناتومیک فرد مطابقت دارد. اختلالات هویت جنسیتی (GID)[2] به عنوان گروهی از اختلالات تعریف می‌شوند که ویژگی مشترک آنها ترجیح قوی و پایدار برای اتخاذ وضعیت و نقش جنس مخالف است. مبتلایان به اختلال هویت جنسیتی افرادی هستند با هویت جنسیتی پایداری که با جنسی که با آن متولد شده‌اند متباین است و تمایل دارند که ظاهر بدنشان را مطابق با هویت جنسیتی‌شان تغییر دهند (۲). برخی از آنها افرادی هستند با جنس فیزیکی مذکر و هویت جنسیتی مونث (MF-TS)[3] و گروهی دیگر دارای جنس فیزیکی مونث و هویت جنسیتی مذکر (FM-TS)[4] هستند. این اختلال بیشتر، افرادی را که از لحاظ زیست‌شناختی مذکر هستند درگیر می‌کند (۳). اختلال هویت جنسیتی پریشانی بالینی یا تخریب در حیطه‌های مهم عملکرد

1- Gender Identity
2- Gender Identity Disorder (GID)
3- Male-to-Female Transsexual (MF-TS)
4- Female-to-Male Transsexual (FM-TS)

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-24]

اجتماعی، شغلی و دیگر زمینه‌ها ایجاد می‌کند (۴). برخی پژوهشگران تفاوتی را بیـن MF-TSها و FM-TSها در کیفیت زندگی مطرح کرده اند: FM-TSها در مقایسه با MF-TSها سبک زندگی اجتماعی، شغلی، روابـط دوستانـه، بهزیستی روان‌شناختی و سلامـت روانی بهتر و آمار خودکشی و پشیمانی پس از عمل پایین‌تری دارند (۷-۵).

درمـان اختلال هویـت جنسیتی، بـه مجموعـه‌ای از روش‌های هورمونـی و جراحی اطلاق می‌شود که تغییراتـی را در ظاهر فیزیکی و عملکرد اولیـه و ثانویه خصایص جنسی ایجاد می‌کند، به این منظور کـه بدن شخص را تا حد ممکن بـا جنس مخالف همخوان کند. مجوز بـرای جراحی بازگماری جنسـی (SRS)[5] پس از حداقل ۱۲ ماه تجربه زندگـی واقعـی[6] و بعد از حداقل ۶ ماه هورمـون درمانی[7] پیاپی، صادر می‌شـود. مطالعات متعدد گزارش کرده‌انـد که جراحی تغییر جنسیت باعـث بهبود قابل توجه در زندگـی جنسی و همچنین افزایش فعالیت جنسـی افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی می‌شود. به نظر می‌رسد کـه این بهبودها با تغییر در ظاهر بـدن رابطه دارد (۱۱-۸). زمانی که افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی جراحی را پشـت سر می‌گذارند، آسان‌تر می‌توانند شریکی برای خود بیابند، از روابط مستحکم‌تری لذت می‌برند و در جنسی کـه مطابق با هویت جنسیتی آن‌هاست، احساس جذابیت و اعتماد به خود بیشتری دارند (۱۲). در اغلب موارد مبتلایان بـه اختلال هویـت جنسیتی بعد از تغییر جنسیـت از روابط اجتماعی غنی‌تـر و گسترده‌تـری بهره‌مند می‌شونـد (۸،۱۳). مطالعات پیگیری نشان می‌دهند که بازگماری جراحی پیامدهای مثبت برای افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی دارد (۱۲).

بـا این حال، افراد مبتلا به اختلال هویـت جنسیتی حتی بعد از SRS نیـز همچنان آسیب‌پذیر و شکننده باقی می‌مانند. پیچیدگی‌های بعـد از جراحـی و مسایـل زیبایی‌شناختـی نارضایت‌بخـش می‌تواند چالش‌های جدی بـرای افراد مبتلا به اختـلال هویت جنسیتی ایجاد کند (۶). به‌علاوه، خانواده‌ها مسایل هویتی افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتـی را به سادگـی درک نمی‌کنند و با آن کنار نمی آیند. محیط خانواده‌ها به‌جای آن‌که در راستای تلاش برای فهم احساسات فرد مبتلا به اختلال هویـت جنسیتی باشد، عمیقاً تحـت تأثیر پیش‌داوری‌های اجتماعـی اسـت (۵) و ایـن در حالی اسـت که حمایـت اجتماعی و خانوادگـی و کیفیت زندگی می‌توانند متغیرهایـی باشند که به‌عنوان ضربه‌گیر در برابر پریشانی هیجانی این افراد به کار روند (۱۵). حمایت عاطفی و خانوادگی عنصر لازم و اساسی برای یک فرایند تغییر جنسیت موفقیت‌آمیز است و باید در تمامی مراحل تغییر جنسیت وجود داشته باشد (۱۶). با وجـود این، افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی علاوه بـر مشـکلات و محدودیت‌هایی که اختلال جنسیتی بـرای آنها ایجاد می‌کند (مانند مشکلات بدنی، ظاهری، جنسی، شغلی)، با نگرانی‌هایی از قبیل درگیری‌های خانوادگی، درک نشـدن توسط دیگران و طرد از سـوی خانـواده و اجتماع نیز مواجه هستنـد. در واقع حوزه پیوندهای عاطفـی، از مهم‌ترین زمینه‌هایی است که افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتـی در آن دچار مشـکلات زیادی هستند. یکـی از این حوزه‌ها «دلبستگی[8]» است.

نظریـه پرداز اصلی دلبستگی، جان بالبـی (۱۷،۱۸) مدعی است کـه انسان‌ها با یک سیستم انگیزش فطری امـا انطباق‌پذیر متولد می شونـد که به گونه ای طراحی شده است تا از طریق راه‌اندازی یک نیاز بـه جستجوی مجاورت با نگاره‌هـای دلبستگی[9]، مخصوصاً در پاسخ به تهدیـد، امنیـت را ارتقا دهـد. در خلال تعاملات مکرر بـا یک مراقب حمایت کننده و حساس، برای کاهش استرس و ایجاد آرامش و راحتی و حفاظت شـدن در موقعیت‌های تهدیدکننـده احتمالی، روان‌سازه[10] هیجانی- شناختی پایداری از دسترس‌پذیری[11] مراقب در کودک شکل می‌گیـرد. نظریـه دلبستگی بر این فرض اسـتوار است که تجارب بین شخصی اولیه بر عملکرد بین شخصی آینده و روش‌های تنظیم مشکلات از طریق مدل های درونکـاری[12] تاثیر می‌گذارد. مدل‌های درون کاری مجموعـه‌ای از روان‌سازه‌هاست که در آنها خـود، دیگران و روابط آنها مخصوصـاً در زمینه دلبستگی نشـان داده می‌شونـد (۱۹). اگر مراقب نسبـت به نگرانی‌های فرد، پاسخگو و حسـاس باشد، سبک دلبستگی ایمـن[13] و مدل درونکاری مثبت تشـکیل می‌شود کـه با تصویر مثبت از خـود، ظرفیت مدیریت استرس و استقـلال و راحت بودن در ایجاد رابطـه با دیگران مطابقـت می‌کند. در مقابل، اگر مراقب غیر حساس و غیـر پاسخگو باشـد، دلبستگی ناایمن[14] و مـدل درون کاری منفی در فرد تشـکیل می‌شود. در این وضعیت یا سطوحی از استرس و پریشانی در چارچـوب نیازهای دلبستگی فرد مستقر می‌شود (دلبستگی ناایمن اضطرابـی یا دوسوگرا[15]) و یا سیستـم دلبستگی‌اش غیر فعال می‌شود که با سطوح پایین عاطفه و اجتناب از روابط نزدیک (دلبستگی ناایمن اجتنابـی[16]) مطابقت می‌کند. ایمنی یا ناایمنی فرد در روابط بزرگسالی متاثر از تجارب دلبستگی کودکی وی است (۲۰).

چون علایم اختلال هویت جنسیتـی در فرایند تحول خیلی زود پدیدار می‌شود؛ به نظر می‌رسد که تامل در زمینه روابط اولیه دلبستگی در پیدایش آن می‌تواند حایز اهمیت باشد. بنابراین برخی پژوهشـگران در بررسـی و ارزیابی اختلال هویت جنسیتی، کیفیت روابط دلبستگی کودکی را مورد تاکید قـرار می‌دهند. برکنفلد-آدامز[17] در پژوهش‌های خود نشـان داد که حدود ۷۵٪ پسران جوان با اختلال هویت جنسیتی روابط دلبستگی ناایمن را با مادرانشـان نشـان می‌دهند. پژوهش‌های دیگـری نیز درصد مشـابهی را در رابطه با دختران بـا اختلال هویت

5- Sex Reassignment Surgery (SRS)
6- real life experience
7- hormone therapy

8- attachment
9- attachment figure
10- schema
11- accessibility
12- internal working models
13- secure attachment
14- insecure attachment
15- anxious-ambivalent attachment
16- avoidant attachment
17- Birkenfeld-Adams, A. S.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-24]

جنسیتی گزارش کرده‌اند (۲۱). دو مطالعه دیگر در این زمینه نشان داده‌اند که ۷۸٪ مادران کودکان مبتلا به اختلال هویت جنسیتی، در سه سال اول زندگی فرزندشان، تجربه آسیب روانی و یا مشکلات خانوادگی داشته‌اند و اغلب در آن دوره از لحاظ عاطفی در دسترس نبوده‌اند. همچنین گزارش شده است که بیش از ۶۰٪ این مادران از اختلال روانی (افسردگی و اختلال شخصیت مرزی[18]) رنج می‌برند. این‌گونه گزارش شده است که اغلب کودکان مبتلا به اختلال هویت جنسیتی، دلبستگی ناایمن دارند و این مساله بر تنظیم عاطفی[19] و ارزش خود[20] آنها تاثیر می‌گذارد (۲۳، ۲۲). مطالعات نشان می‌دهند که بین اختلال هویت جنسیتی و غفلت هیجانی والدینی (۲۵،۲۴) و همچنین طرد والدینی در آزمودنی‌های مذکر رابطه وجود دارد (۲۶). با توجه به رفتارهای والدینی ادراک شده، سیمون و همکاران دریافتند که هم FM-TSها و هم MF-TSها، در مقایسه با گروه کنترل، مادرانشان را با مراقبت‌کنندگی کمتر، کم‌عاطفه‌تر و کنترل‌کننده‌تر در طول دوره کودکی خود توصیف می‌کردند. از بین همه آزمودنی‌ها MF-TSها مادرانشان را سوء استفاده کننده‌تر و غیر قابل اعتمادتر می‌دانستند. در واقع خودپنداره[21] منفی و مفهوم‌سازی از جهان به‌عنوان مکانی تهدیدکننده، که مخصوصاً در MF-TSها مشاهده می‌شود، می‌تواند ناشی از تجارب اولیه و شدید طرد باشد که بعدها به‌وسیله واکنش منفی اجتماع تایید می‌گردد (۲۶).

مطالعات دیگری نیز دریافته‌اند که پدران افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی به‌خصوص MF-TSها نسبت به پدران گروه کنترل، خصمانه‌تر و طردکننده‌تر رفتار می‌کنند، و دارای تسلط کمتری هستند. بر اساس اطلاعات به‌دست آمده از هر دو گروه افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی، آن‌ها مادرانشان را افرادی توصیف می‌کردند که مراقبت‌کنندگی کمتری داشته‌اند و کم عاطفه‌تر و سردتر بوده‌اند و کنترل و تسلط مداخله‌جویانه نسبت به فرزند خود اعمال می‌کردند. این ویژگی‌ها در مورد مادران MF-TSها با تاکید بیشتری مطرح می‌شد (۲۷). به طور کلی نتایج حاصل از پژوهش سیمون و همکاران نشان داد که سبک فرزندپروری در مورد آزمودنی‌های مبتلا به اختلال هویت جنسیتی به شکل حاکم بودن مادر، سوءاستفاده عاطفی و مورد غفلت قرار گرفتن بوده است (۲۶).

با توجه به گستردگی حوزه مسایل مرتبط با دلبستگی و وجود طیف گسترده‌ای از اختلالات عاطفی و روانی در بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسیتی، به نظر می‌رسد که یکی از زمینه‌های تاثیرگذار بر زندگی افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی، سبک دلبستگی است. بر این اساس هدف پژوهش حاضر مقایسه سبک‌های دلبستگی در افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی تغییر جنسیت داده، تغییر جنسیت نداده و افراد عادی بود. بر اساس این هدف کلی، فرضیه زیر مورد آزمون قرار گرفت: افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی (تغییر جنسیت داده و تغییر جنسیت نداده) در مقایسه با افراد غیرمبتلا، در سبک‌های دلبستگی ناایمن (اجتنابی و دوسوگرا) نمرات بالاتری را کسب می‌کنند. همچنین به دلیل محدودیت پیشینه پژوهش در زمینه مقایسه سبک‌های دلبستگی در افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی تغییر جنسیت داده و افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی تغییر جنسیت نداده، در این مورد به جای تدوین فرضیه، سوال زیر مطرح شد و مورد بررسی قرار گرفت: آیا بین سبک‌های دلبستگی افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی تغییر جنسیت داده و تغییر جنسیت نداده، تفاوت معنادار وجود دارد؟

روش بررسی

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش: این پژوهش شامل سه جامعه آماری بود: (یک) کلیه افراد MF-TS که در سال ۱۳۹۰ توسط پزشکی قانونی و با تشخیص قطعی اختلال هویت جنسیتی، جهت گذراندن مراحل تغییر جنسیت به کلینیک دی میرداماد ارجاع داده شده بودند؛ (دو) کلیه افراد MF-TS که در محدوده زمانی دو تا ده سال گذشته، در کلینیک دی میرداماد، تحت عمل جراحی تغییر جنسیت قرار گرفته بودند؛ (سه) افراد عادی که از لحاظ سن، جنس، سطح تحصیلات، سطح اجتماعی و وضعیت اشتغال با نمونه بالینی پژوهش همتا بودند. انتخاب نمونه بالینی به روش هدفمند-دردسترس، از طریق مراجعه به کلینیک دی و از میان افراد واجد شرایطی که تمایل به همکاری داشتند صورت گرفت و انتخاب نمونه غیرمبتلا بر اساس همتاسازی با نمونه بالینی، به روش هدفمند از میان افرادی که واجد شرایط مذکور و قابل دسترسی بودند و تمایل به همکاری داشتند، انجام شد. بر اساس معیارهای مذکور، پنجاه و پنج نفر در این پژوهش شرکت کردند شامل بیست فرد MF-TS تغییر جنسیت نداده، پانزده فرد MF-TS تغییر جنسیت داده و بیست فرد غیرمبتلا. میانگین و انحراف استاندارد سن افراد به ترتیب ۲۳/۶ و ۲/۹۸ برای TSهای تغییر جنسیت نداده، ۲۹/۲ و ۴/۷۵ برای افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی تغییر جنسیت داده و ۲۳/۱۵ و ۲/۳ برای نمونه غیرمبتلا بود.

ابزار سنجش

مقیاس دلبستگی بزرگسال(AAI) : مقیاس دلبستگی بزرگسال، که با استفاده از مواد آزمون دلبستگی هازن و شیور (۲۸) ساخته و در مورد نمونه‌های دانشجویی و جمعیت عمومی ایرانی هنجاریابی شده است (۲۸، ۲۷)، یک آزمون ۱۵ سوالی است و سه سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا را در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (خیلی کم = ۱، کم = ۲، متوسط = ۳، زیاد = ۴، خیلی زیاد = ۵) می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در زیر مقیاس‌های آزمون به ترتیب ۵ و ۲۵

18- borderline personality disorder
19- affect regulation
20- self-worth
21- self concept

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-24]

خواهد بود. ضرایب آلفای کرونبـاخ پرسش‌های زیر مقیاس‌های ایمن، اجتنابـی و دوسوگرا در مورد یک نمونـه (n= ۱۴۸۰ ;۸۶۰ زن، ۶۲۰ مـرد) برای کـل آزمودنی‌ها به ترتیـب ۰/۸۵، ۰/۸۴، ۰/۸۵؛ برای زنان ۰/۸۶، ۰/۸۳، ۰/۸۴ و برای مردان ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۶ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی[۲۲] خوب مقیاس دلبستگی بزرگسال است. ضرایب همبستگـی بین نمره‌های یک نمونه ۳۰۰ نفـری از آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله چهار هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی[۲۳] محاسبه شد. ایـن ضرایب در مورد سبک‌های دلبستگی ایمـن، اجتنابی و دوسوگرا بـرای کل آزمودنی‌ها به ترتیـب ۰/۸۷، ۰/۸۳، ۰/۸۴؛ برای زنان ۰/۸۶، ۰/۸۲، ۰/۸۵ و بـرای مـردان ۰/۸۸، ۰/۸۳ و ۰/۸۳ محاسبـه شـد که نشـانه پایایی بازآزمایی رضایت بخـش مقیاس است. روایی محتوایی[۲۴] مقیاس دلبستگی بزرگسال با سنجش ضرایب همبستگی بین نمره‌های پانزده نفر از متخصصان روانشـناسی مورد برسـی قرار گرفت. ضرایب توافـق کندال برای سبک‌های دلبستگـی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا به ترتیـب ۰/۸۰، ۰/۶۱ و ۰/۵۷ محاسبـه شد. روایـی همزمان[۲۵] مقیاس دلبستگـی بزرگسال از طریق اجرای همزمان مقیاس های »مشـکلات بیـن شخصی« و »حرمت خود کوپر اسمیت» در مورد یک نمونه ۳۰۰ نفری از آزمودنی‌ها ارزیابی شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در سبک دلبستگی ایمن و زیر مقیاس‌های مشـکلات بیـن شخص همبستگـی منفـی معنـادار (از r= -۰/۶۱ تا r= -۰/۸۳) و بـا زیر مقیاس‌های حرمت خود همبستگی مثبت معنادار (از r =۰/۳۹ تا r =۰/۴۱) وجود دارد. بین نمره آزمودنی‌ها در سبک‌های دلبستگـی ناایمن و زیر مقیاس‌های مشـکلات بین شخص همبستگی مثبت معنـادار (از r= ۰/۲۶ تا r= ۰/۴۵) و بـا زیر مقیاس‌های حرمت خود همبستگی منفی و اما غیرمعنادار به دست آمد. این نتایج نشـان دهنـده روایی کافی مقیـاس دلبستگی بزرگسال اسـت. نتایج تحلیل عوامل نیز با تعیین سـه عامل سبک دلبستگی ایمن، سبک دلبستگی اجتنابی و سبک دلبستگی دوسوگـرا، روایی سازه[۲۶] مقیاس دلبستگی بزرگسال را مورد تایید قرار داد (۳۰، ۲۹).

یافته‌ها

بـه منظور آزمون تفاوت میان سه گروه در سبک‌های دلبستگی از تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده شد. در آزمون M باکس برای برابری ماتریس‌های کوواریانس متغیر سبک‌های دلبستگی، مقـدار M باکس معنادار شـد (معناداری = ۰/۰۲) کـه حاکی از عدم رعایت مفروضه ماتریس‌هـای واریانس-کوواریانس است. با این وصف، جهت اجـرای MANOVA آزمون لوین اجرا شد و تاکید بیشـتری بر آزمـون F تک متغیری صورت گرفت. نتایج آزمون لوین نشـان داد که

جـدول ۱- نتایـج تحلیـل واریانس چند متغیـری در متغیر سبک‌های دلبستگی

آزمون	F	df1	df2	معناداری
اثر پیلایی	۵/۷۱	۶	۱۰۲	۰/۰۰۱
لاندای ویلکز	۶/۹۶	۶	۱۰۰	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۸/۲۴	۶	۹۸	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه ری	۱۷/۱۴	۳	۵۱	۰/۰۰۱

در ارتباط با متغیرهای سبک دلبستگی ایمن، سبک دلبستگی اجتنابی و سبـک دلبستگی دوسوگرا مفروضه همگنی واریانس‌های خطا رعایت شـده اسـت (معنـاداری ۰/۲۴، ۰/۳۴ و ۰/۲۶ به ترتیـب برای سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگـرا). به منظور تحلیل واریانس چند متغیری در متغیر سبک‌هـای دلبستگی از آزمون اثر هتلینگ، لاندای ویلکز، اثر پیلایی و بزرگترین ریشه ری استفاده شد. نتایج این آزمون‌ها نشان داد که تفاوت گروه‌ها در ترکیب متغیرهای سبک‌های دلبستگی معنادار است. نتایج آزمون‌های ذکر شده در جدول ۱ ارایه شده است.

بـا توجه به معنـاداری آزمون‌های چند متغیـری و برای بررسی این نکته کـه معناداری تفاوت گروه‌ها در سبک‌های سه‌گانه دلبستگی حاصل کـدام سبک است، از آزمون‌های F تـک متغیری استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس سه گروه در متغیر سبک‌های دلبستگی در جدول ۲ نشان داده شده است. ملاحظه جدول نشان می‌دهد که گروه‌ها در هر سه سبک دلبستگی تفاوت معناداری در سطح p< ۰/۰۰۱ داشته‌اند. با توجه به معنادار شدن اثر گروه، آزمون تعقیبی توکی برای بررسی سطح معنـاداری انجام شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است. نتایج حاصل از آزمون توکی نشـان می‌دهد که تفـاوت افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی تغییر جنسیت نداده، با افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی تغییر جنسیت داده و افراد غیرمبتلا در هر سه سبک دلبستگی معنادار اسـت، اما تفـاوت در سبک‌های دلبستگی بین افـراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی تغییر جنسیت داده و نمونه غیرمبتلا معنادار نیست.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهـش حاضر با هـدف مقایسه سبک‌های دلبستگـی در افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتـی تغییر جنسیت داده، تغییر جنسیت نـداده و افراد غیرمبتلا صورت گرفـت. یافته‌های حاصل از تحلیل‌های آماری، فرضیه پژوهش را تایید کردند و نشـان دادند که افراد مبتلا به اختـلال هویت جنسیتی تغییـر جنسیت نداده بالاتریـن نمرات را در سبک‌هـای دلبستگی ناایمن کسب کردند و پـس از آن افراد مبتلا به اختـلال هویت جنسیتی تغییر جنسیت داده و بعد افراد غیرمبتلا قرار داشتند. بالاتریـن نمرات کسب شده در سبک‌هـای دلبستگی ناایمن

22- internal consistency
23- test-retest reliability
24- content validity
25- concurrent validity
26- construct validity

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-24]

جدول ۲ - تحلیل واریانس سه گروه در متغیر سبک‌های دلبستگی

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات نوع III	df	میانگین مجذورات	F	معناداری
گروه‌ها	سبک دلبستگی ایمن	۲۲۲/۵۱	۲	۱۱۱/۲۵	۱۵/۰۳	۰/۰۰۱
	سبک دلبستگی اجتنابی	۱۷۳/۸۱	۲	۸۶/۹۰	۹/۱۶	۰/۰۰۱
	سبک دلبستگی دوسوگرا	۵۵۲/۴۳	۲	۲۷۶/۲۱	۲۰/۴۷	۰/۰۰۱
خطا	سبک دلبستگی ایمن	۳۸۴/۶۸	۵۲	۷/۳۹۸		
	سبک دلبستگی اجتنابی	۴۹۲/۸۵	۵۲	۹/۴۷۸		
	سبک دلبستگی دوسوگرا	۷۰۱/۳۸	۵۲	۱۳/۴۸۸		
نمره کل تصحیح شده	سبک دلبستگی ایمن	۶۰۷/۲۰	۵۴			
	سبک دلبستگی اجتنابی	۶۶۶/۶۶	۵۴			
	سبک دلبستگی دوسوگرا	۱۲۵۳/۸۱	۵۴			

جدول ۳ - نتایج آزمون توکی برای انجام مقایسه‌های چندگانه گروه‌ها در متغیر سبک‌های دلبستگی

متغیر وابسته	گروه‌های ۱	گروه‌های ۲	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	معناداری
دلبستگی ایمن	TSهای تغییر جنسیت نداده	TSهای تغییر جنسیت داده	-۳/۴۶۶*	۰/۹۲۹	۰/۰۰۱
		نمونه غیرمبتلا	-۴/۵۵۰*	۰/۸۶۰	۰/۰۰۱
	TSهای تغییر جنسیت داده	TSهای تغییر جنسیت نداده	۳/۴۶۶*	۰/۹۲۹	۰/۰۰۱
		نمونه غیرمبتلا	-۱/۰۸۳	۰/۹۲۹	۰/۴۷۹
	نمونه غیرمبتلا	TSهای تغییر جنسیت نداده	۴/۵۵۰*	۰/۸۶۰	۰/۰۰۱
		TSهای تغییر جنسیت داده	۱/۰۸۳	۰/۹۲۹	۰/۴۷۹
دلبستگی اجتنابی	TSهای تغییر جنسیت نداده	TSهای تغییر جنسیت داده	۲/۹۰۰*	۱/۰۵۱	۰/۰۲۱
		نمونه غیرمبتلا	۴/۰۷۰*	۰/۹۷۳	۰/۰۰۱
	TSهای تغییر جنسیت داده	TSهای تغییر جنسیت نداده	-۲/۹۰۰*	۱/۰۵۱	۰/۰۲۱
		نمونه غیرمبتلا	۱/۱۷۰	۱/۰۵۱	۰/۵۱۱
	نمونه غیرمبتلا	TSهای تغییر جنسیت نداده	-۴/۰۷۰*	۰/۹۷۳	۰/۰۰۱
		TSهای تغییر جنسیت داده	-۱/۱۷۰	۱/۰۵۱	۰/۵۱۱
دلبستگی دوسوگرا	TSهای تغییر جنسیت نداده	TSهای تغییر جنسیت داده	۵/۳۱۶*	۱/۲۵۴	۰/۰۰۱
		نمونه غیرمبتلا	۷/۲۱۵*	۱/۱۶۱	۰/۰۰۱
	TSهای تغییر جنسیت داده	TSهای تغییر جنسیت نداده	-۵/۳۱۶*	۱/۲۵۴	۰/۰۰۱
		نمونه غیرمبتلا	۱/۸۹۸	۱/۲۵۴	۰/۲۹۳
	نمونه غیرمبتلا	TSهای تغییر جنسیت نداده	-۷/۲۱۵*	۱/۱۶۱	۰/۰۰۱
		TSهای تغییر جنسیت داده	-۱/۸۹۸	۱/۲۵۴	۰/۲۰۳

* معناداری در سطح ۰/۰۵

مربوط به سبک دلبستگی دوسوگرا بود. یافته‌های پژوهش در رابطه با سوال پژوهش نشان دادند که شاخص‌های ایمنی دلبستگی افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی تغییر جنسیت داده در مقایسه با افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی تغییر جنسیت نداده بیشتر، و شاخص‌های ناایمنی دلبستگی افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی تغییر جنسیت داده کمتر از افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی تغییر جنسیت نداده است. یافته‌های این پژوهش در راستای نتایج مطالعات پیشین است (۲۷-۲۱) و بر حسب چندین احتمال به شرح زیر تبیین می شوند:

اختلال هویت جنسیتی پدیده‌ای غیر قابل انتظار است و از آنجا

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-24]

کــه فرد مبتلا با بدنی سالم و طبیعی به دنیا می‌آید، بروز هویت جنس مخالف از دو یا سه سالگی کودک برای والدین او قابل درک و پیش‌بینی نیســت. ایــن مساله در پذیرش نسبــت به کودک و وجــود یک رابطه عاطفــی مستحکم و پایدار میــان او و والدین به خصوص مادر، اختلال ایجاد می‌کند. پژوهش‌ها نشــان داده‌اند که اغلب مادران کودکان مبتلا بــه اختلال هویت جنسیتی در سه ســال اول زندگی فرزندشان تجربه آسیب‌های روانی شدید و مشکلات خانوادگی داشته‌اند و بسیاری از آنها مبتــلا به اختلالات روانی بــوده و از لحاظ عاطفی در دسترس نبوده‌اند (۲۳،۲۲). بــر این اساس، تبیین اول در تایید فرضیه پژوهش این است کــه ویژگی‌های روانی و عاطفی مادران کودکان مبتلا به اختلال هویت جنسیتی، کودکان را مستعد شکل‌گیری دلبستگی ناایمن کرده است. در واقــع مادران این کودکــان ویژگی‌های مراقبان کودکــان ناایمن را نشــان می‌دهند. آنها اغلب دسترس‌ناپذیــر، غیرحساس و غیرپاسخگو هستند و بر اساس مطالعات صورت گرفته، این مادران از کودکانشــان غفلــت می‌کنند و کم عاطفه، سرد، مداخله کننده و طرد کننده‌اند. این بستر نامناسب عاطفی، می‌توانــد باعث شکل‌گیری و تحول سبک‌های دلبستگــی ناایمن در کودکان مبتلا به اختــلال هویت جنسیتی شود. بروز رفتارهــای مربوط به جنس مخالف در کودکــان مبتلا به اختلال هویــت جنسیتی، طرد کنندگــی و رفتارهای سرد والدین را تشــدید می‌کنــد. واقعیــت این است کــه پذیرش این مسأله بــرای والدین این کودکان بسیار دشوار است. این مشغله‌های ذهنی، عدم پذیرش نسبت بــه رفتارهای کودک، تلاش عمدی والدین بــرای نادیده گرفتن برخی رفتارهــای کودک به امیــد حذف شدن آن رفتارهــا، از جمله مواردی هستند که علاوه بر ایجاد مشکلاتی برای والدین، کودک را از پیوندهای عاطفــی قوی در سال‌های اول زندگی محروم می‌کند. بنابراین، منطقی بــه نظر می‌رسد که اکثر افراد مبتلا بــه اختلال هویت جنسیتی دارای سبک‌هــای دلبستگی ناایمن باشند. یکــی از یافته‌های جالب پژوهش حاضر این است که بالاترین نمرات سبک‌های دلبستگی ناایمن در افراد مبتلا به اختــلال هویت جنسیتی، مربوط به سبک دلبستگی دوسوگرا بود. این سبک دلبستگی با غیر قابل پیش‌بینی بودن و دسترس پذیری نامنظم مراقب – ویژگی‌هایی که بر اساس مطالعات پیشــین در مادران این افــراد وجود دارد- و ترس کــودک از ارزیابی‌های منفی مراقب در ارتباط است.

از آنجــا که عواطف و اختلال‌های عاطفی در پیدایش بیماری‌های روانــی نقش بنیادین دارند، تبیین دوم مطرح می‌شود (۱۹). سبک‌های دلبستگی ناایمن در کودکــان می‌تواند آنها را مستعد بروز اختلال‌های روانی کند. پژوهش‌های متعدد نشــان داده‌اند که سبک‌های دلبستگی ناایمن زمینــه ساز بروز و تحــول اختلال‌هــای روان‌شناختی هستند. ناایمنــی دلبستگــی در کودکانــی که زمینــه زیستی اختــلال هویت جنسیتی را دارند می‌تواند بروز و رشد این اختلال را تسهیل و تشــدید کند. ارضا نشدن نیازهای عاطفی کودک، تجربه‌های شدید مورد طرد و غفلــت قرار گرفتن در کودکی و تجربه نکردن یک پیوند عاطفی عمیق و پایــدار، افراد ناایمن را مستعد انواع مشــکلات ارتباطی و اختلال‌های روانی می‌کند. نظریه‌پردازان مکتب روان‌پویشــی بــر این عقیده‌اند که دگرســان بینی خود[۲۷] و همانندســازی[۲۸] شدید با جنس دیگر می‌تواند یک مکانیســم دفاعی برای کاهش عواطف منفی باشد. در برخی موارد نیز بی‌کفایتی والد هم‌جنس در فراهم کردن یک الگوی نقش مناسب و مداخله‌گری زیاد در امور کودک، وی را به سمت همانندسازی با جنس مقابل سوق می‌دهد.

یافته‌های این پژوهش نشــان دادند کــه مبتلایان اختلال هویت جنسیتی تغییــر جنسیت داده، نسبت به تغییــر جنسیت نداده‌ها، در سبک‌هــای دلبستگی ایمن‌تر هستند. این‌گونه به نظر می‌رسد که افراد مبتــلا به اختلال هویت جنسیتــی در صورتی که ایمن باشند، به دلیل ویژگی‌های مثبت از قبیل تحمل، انعطاف‌پذیری، حالات عاطفی مثبت، امیــد و خوش‌بینی و ظرفیــت پذیرش تغییر، که ایمنــی دلبستگی و تجربه پیوندهای عاطفی قوی در آن ها ایجاد می‌کند (۲۰)، به احتمال بیشــتری برای درمان و جراحی تغییر جنسیــت مراجعه می‌کنند. این افراد از دغدغه پذیرفته یا طرد شدن، دوست داشتنی بودن یا نبودن، و تــرس غیرمعمول از ارزیابی‌های منفی دیگران فارغ‌اند. به همین دلیل، با احساس امنیت و آرامش بیشتری برای تغییر جنسیت خود و تطبیق آن بــا هویت جنسیتی‌شان تلاش می‌کنند. تبیین دیگر در رابطه با این یافتــه پژوهش، این است که جراحی تغییر جنسیت و ایجاد هماهنگی بین هویت جنسیتی و جنسیت بدنی، علاوه بر ایجاد تغییرات سودمند در ظاهــر و ویژگی‌های بدنــی، منجر به بهبود سلامــت روانی، مسایل ارتباطی، روابط جنســی و ارتباطات اجتماعی می‌شود. افزایش رضایت و اعتمــاد به خود و بهبود کیفیــت زندگی افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی بعد از جراحی تغییــر جنسیت، می‌تواند احتمال شکل‌گیری روابط مطلوب‌تر و مستحکم‌تری را برای آنها به وجود بیاورد (۸،۱۳). در واقع تجربه پیوندهای عاطفی مثبت در بزرگسالی ممکن است نقشی در ایمن‌تر کردن و تلطیف سبک‌های دلبستگی در افراد بزرگسال ایفا کند.

نمونــه پژوهش حاضر شامل FM-TSهــا نمی‌شد و امکان مقایسه هم‌زمــان دو گــروه مبتلایان اختــلال هویت جنسیتــی در سبک‌های دلبستگی وجود نداشت. پیشــنهاد می‌شود در مطالعه‌های بعدی متغیر مــورد نظر در FM-TSها قبــل و بعد از جراحی تغییــر جنسیت مورد بررســی قرار گیرد. جامعه آماری ایــن پژوهش، به مراجعه کنندگان به یــک کلینیک در تهران محدود می‌شد که تعمیم نتایج را با محدودیت مواجــه می‌سازد. عــدم بررسی جهت‌گیــری جنسیتی افــراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی و سابقه مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفتن در کودکی، از دیگر محدودیت‌های این پژوهش است. مطالعه پیشــینه پژوهشــی، لزوم بررســی این موارد را در پژوهش‌های بعدی مشــخص می‌کند. نتایج این پژوهش به شناخت بیشــتر تفاوت‌های افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی تغییــر جنسیت داده و تغییر جنسیت نداده و افراد عادی در حوزه مسایل عاطفی کمک می‌کند. این یافته‌ها اهمیت و

27- depersonalization
28- identification

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-24]

نقش دلبستگی را در تسهیل اقدام برای تغییر جنسیت روشن می‌سازد. همچنین در تدوین برنامه‌هـای آموزشی و اطلاع‌رسانی درباره اختلال هویت جنسیتی، و غنی کردن راهکارهای مواجهه افراد مبتلا و والدین آنها با این اختلال، راهگشـا خواهد بـود. افزایش میزان آگاهی و درک افـراد نسبت به اختلال هویت جنسیتی، جامعه را نسبت به آن پذیراتر می‌کنـد و بسـتـر روانی مناسب و امن‌تری را بـرای افراد مبتلا به‌وجود می‌آورد.

References

1- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistic manual of mental disorders (4th ed). Washington, DC: Author; 2000.

2- Veale JF, Clarke DE, Lomax TC. Biological and psychosocial correlates of adult gender-variant identities: A review. Personality and Individual Differences. 2010; 48: 357-366.

3- Sohn M, Bosinski H. Gender identity disorders: diagnostic and surgical aspects. Journal of Sex Med. 2007; 4: 1193-1208.

4- Sohn M, Exner K. Genital reassignment surgery for transsexual people. Sexologies. 2008; 17: 283-290.

5- Parola N, Bonierbale M, Lemaire A, Aghababian V, Michel A, Lancon C. Study of quality of life for transsexuals after hormonal and surgical reassignment. Sexologies. 2010; 19: 24-8.

6- De Cuyper G, Elaut E, Heylens G, Van Maele G, Selvaggi G, T Sjoen G, et al. Long-term follow up: Psychological outcome of Belgian transsexuals after sex reassignment surgery. Sexologies. 2006; 15: 126-133.

7- Kuiper AJ, Cohen-Kettenis PT. Sex reassignment surgery: a study of 141 Dutch transsexuals. Archive of Sexual Behavior. 1988; 17: 439-57.

8- Rakic Z, Starcevice V, Maric J, Kelin K. The outcome of sex reassignment surgery in Belgrade: 32 patients of both sexes. Archive of Sexual Behavior. 1996; 25: 515-525.

9- Lothstein LM. The postsurgical transsexual: empirical and theoretical considerations. Archive of Sexual Behavior. 1980; 9: 547-64.

10- Lief H, Hubschman L. Orgasm in postoperative transsexual. Archive of Sexual Behavior. 1993; 22: 145-55.

11- Hesari A, Adalati Shateri Z, Mostafavi SS, Sadat Hoseini z, Razaghian M, Moghadam M. Investigating the compatibility of old and new gender identity and gender role following sex reassignment surgery in 12 transsexual patients. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. 2008; 50: 78-87. [Persian]

12- Mohammad K. Investigating the personality characteristics of patients referred to Iranian Legal Medicine Organization For sex reassignment surgery according to MMPI-2. BSc thesis, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran. [Persian]

13- Blanchard R. Typology of male-to-female transsexualism. Archive of Sexual Behavior. 1985; 14: 247-61.

14- Michel A, Ansseau M, Legros JJ, Pitchot W, Mormont C. The transsexual: what about the future? Eur Psychiatry. 2002; 17: 353-62.

15- Gomez-Gil E, Zubiaurre-Elorza L, Esteva I, Guillamon A, Godás T, Almaraz MC, et al. Hormone-treated transsexuals report less social distress, anxiety and depression. Psychoneuroendocrinology. In press 2011.

16- Ross MW, Need JA. Effects of adequacy of gender reassignment surgery on psychological adjustment: a follow-up of fourteen male-to-female patients. Archive of Sexual Behavior. 1989; 18: 145-153.

17- Bowlby J. Attachment and Loss: attachment. New York: Basic Books; 1969.

18- Bowlby J. Attachment and Loss: sadness and depression. New York: Basic Books; 1980.

19- Besharat MA. Therapeutic bases of attachment theory. Psychology Rooyesh. 2012; 1: 15-38. [Persian]

20- Shaver PR, Mikulincer M. Attachment-related psychodynamics. Attachment and Human Development. 2002; 4: 133-161.

21- Zucker KJ. Children with gender identity disorder: Is there a best practice? Neuropsychiatrie de

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-24]

l'enfance et de l'adolescence. 2008; 56: 358-364.

22- Zucker KJ, Bradley SJ. Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents. New York: Guilford Press; 1995.

23- Coates S, Friedman RC, Wolfe S. The etiology of boyhood gender identity disorder: A model for integrating temperament, development, and psychodynamics. Psychoanalytic Dialogues, 1991; 1: 481-523.

24- Parker G, Barr R. Parental representations of transsexuals. Archive of Sexual Behavior. 1982; 11: 221-230.

25- Rekers GA, Mead SL, Rosen AC, Brigham, SL. Family correlations of male childhood gender disturbance. Journal of Genetetic Psychology. 1983; 142: 31-42.

26- Simon L, Zsolt U, Fogd D, Czobor P. Dysfunctional core beliefs, perceived parenting behavior and psychopathology in gender identity disorder; A comparison of male-to-female, female-to-male transsexual and nontranssexual control subjects. Behavior Therapy and Experimental psychiatry. 2011; 42: 38-45.

27- Sípová I, Brzek A. (1983). Parental and interpersonal relationships of transsexual and masculine and feminine homosexual men. Homosexuals and Social Roles, 1983; 75-85.

28- Hazan C, Shaver PR Romantic love conceptualized as an attachment process. Journal of Personality and Social Psychology. 1987;52: 511-524.

29- Besharat MA. Development and validation of the Adult Attachment Inventory. Unpublished research report. 2005; Tehran: University of Tehran. [Persian]

30- Besharat MA. Development and validation of Adult Attachment Inventory. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2011; 30: 475-479.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-24]