

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

ارزیابی روانشناختی و پروتکل درمانی بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی





- عنوان و نام پدیدآور : ارزیابی روانشناختی و پروتکل درمانی بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی / تالیف محبوبه دادفر... (و دیگران)؛ [به سفارش] مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان انسیتو روانپزشکی تهران، بیمارستان فوق تخصصی خاتم الانبیا(ص).
- مشخصات نشر : تهران : میرماه، ۱۳۹۴.
- مشخصات ظاهری : ۱۲۸ص: مصور(رنگی).
- شابک : ۹۷۸-۶۰۰-۳۳۳-۲۱۳-۳-۳: ۱۵۵۰۰۰ ریال
- وضعیت فهرست نویسی : فیبا
- یادداشت : Mahboubeh Dadfar...[et al.]. Psychological assessment and treatment protocol. ص.ع. به انگلیسی:
- یادداشت : تالیف محبوبه دادفر، محمدکاظم عاطف‌وحید، علی‌اصغر صفرنژادفرید، پیرحسین کولیوند، مهرداد کانلم‌زاده‌عطوفی.
- یادداشت : کتابنامه: ص. [۱۰۷]-۱۲۷.
- موضوع : هویت جنسی — اختلالات
- موضوع : هویت جنسی — جنبه‌های روانشناسی
- شناسه افزوده : دادفر، محبوبه، ۱۳۴۶ -
- شناسه افزوده : دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان
- شناسه افزوده : بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی خاتم‌الانبیاء (ص)
- شناسه افزوده : بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی خاتم‌الانبیاء (ص). مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا
- رده بندی کنگره : RC۵۶۰ / ۸۹ الف ۴ / ۱۳۹۴
- رده بندی دیویی : ۶۱۶/۸۵۸۳
- شماره کتابشناسی ملی : ۳۹۷۴۸۸۳

ارزیابی روانشناختی و پروتکل درمانی بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی

تألیف:

دکتر محمد کاظم عاطف وحید

روانشناس بالینی

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان

محبوبه دادفر

دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی

دانشگاه علوم پزشکی ایران - پردیس بین الملل

دکتر پیرحسین کولیوند

معاون مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا

دکتر علی اصغر اصغر نژاد فرید

روانشناس

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان

مهر داد کاظم زاده عطوفی

روانشناس بالینی

دانشگاه علوم پزشکی ایران

دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان



میراث

۱۳۹۴ شمسی



ارزیابی روانشناختی و پروتکل درمانی بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی



تألیف: محبوبه دادفر، دکتر محمد کاظم عاطف و حید، دکتر علی اصغر اصغر نژاد فرید، دکتر پیر حسین کولیوند،
مهرداد کاظم زاده عطوفی

ناشر: میر ماه

گرافیک جلد و متن: مهدیه ناظم زاده

لیتوگرافی و چاپ: قائم چاپ جوربند

صحافی: عطف

نوبت و سال انتشار: نخست / ۱۳۹۴

شمارگان: ۵۰۰ نسخه

قیمت: ۱۵۵۰۰ تومان

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۳۳۳-۲۱۳-۳

تمام حقوق اثر برای مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا محفوظ است.

خیابان ولیعصر^(ع) - خیابان رشید یاسمی - بیمارستان فوق تخصصی خاتم الانبیاء (ص)

تلفن: ۸۸۸۸۴۰۴۰

انتشارات میر ماه: تجریش، دزاشیب، خیابان شهید رضائی، کوی شهید مرتضی عباسی، پلاک ۳، واحد ۲

تلفن: ۲-۲۲۷۲۲۹۰ و ۴-۲۲۷۵۹۲۰۳ فاکس: ۲۲۷۱۹۵۲۳

پیشگفتار

هویت جنسی یک حالت روانشناختی است که بازتاب احساس درونی شخص از زن یا مرد بودن خویش است. اختلال هویت جنسی به میل مستمر فردی برای بودن در جنس مقابل یا اصرار بر تعلق به جنس مقابل همراه با احساس ناراحتی شدید از بابت جنس و نقش جنسیتی تعیین شده اطلاق می‌گردد. فرد مبتلا به اختلال هویت جنسی (ترانس سکسوال T.S یا تراجنسیتی) برای شناخته شدن به عنوان جنس مقابل در جامعه و اخذ درمان هورمونی برای تقلید ریخت بدنی مقابل تلاش می‌کند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷).

اختلالات هویت جنسی اولین بار توسط انجمن روانپزشکی آمریکا (APA) به مجموعه اختلالات طبقه‌بندی بیماری‌های روانپزشکی ویراست سوم (DSM-III) وارد شد. در طبقه‌بندی بین‌المللی آماری بیماری (ICD-9)، اختلالات هویت جنسی در بخش انحرافات و اختلالات جنسی آورده شد، طبق DSM-IV-TR یک نفر از هر ۳۰۰۰۰ مرد و یک نفر از هر ۱۰۰۰۰۰ زن خواهان جراحی برای تغییر جنسیت هستند. اختلال هویت جنسی در نوجوانان یا بزرگسالان می‌تواند به اشکال زیر باشد: فرد از نظر جنسی متمایل به مردان است. فرد از نظر جنسی متمایل به زنان است، فرد از نظر جنسی متمایل به هر دو جنسیت است، فرد از نظر جنسی به هیچ‌کدام از دو جنسیت تمایل ندارد.

علت اصلی اختلال هویت جنسی ناشناخته است، اما چندین نظریه در این باره وجود دارد. عوامل زیستی روانی اجتماعی معنوی در بروز این اختلال دخیل هستند. پژوهش‌ها چهارده مرحله ممکن را برای یک فرد مبتلا به اختلال هویت جنسی در زندگی مطرح نموده‌اند (هاسلبرگ، ۲۰۱۴؛ مینبرگ، ۲۰۱۴).

اختلال هویت جنسی بر کیفیت زندگی بیمار و خانواده وی تاثیر می‌گذارد. اعضای خانواده افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی غالباً با چنین سوال‌هایی روبرو می‌باشند: چرا و چگونه این اتفاق افتاده است؟ ما چه کار اشتباه یا گناهی انجام داده‌ایم؟ چه کار بایستی بکنیم؟ واکنش‌هایی که خانواده نشان می‌دهند شامل حالت شوک، انکار، احساس گناه، تالم و سوگ، احساس خیانت، عصبانیت، خشم، شرم، خجالت زدگی، ترس، کنجکاوای برای حل این معما، نگرانی‌های اعتقادی و مذهبی هستند. لذا حمایت از خانواده افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی امری بسیار حیاتی است (باربو، ۲۰۱۴).

پژوهش‌ها مشکلات روانشناختی، شخصیتی، بین فردی قانونی و حقوقی زیادی را در بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی گزارش نموده‌اند. ناخشنودی و نارضایتی از زندگی در این افراد مشاهده می‌شود. وجود مشکلات شخصیتی و نشانگان‌های بالینی روانپزشکی از عوامل پیش‌آگهی نامطلوب مهم برای سازگاری روانی اجتماعی طولانی مدت این بیماران محسوب می‌شود و ضرورت ارزیابی و برنامه‌ریزی درمانی جامع‌تری را نشان می‌دهد. بنابراین بایستی قبل از درمان از طریق جراحی، ارزیابی روانشناختی، مشاوره و روان درمانی برای این بیماران صورت بگیرد.

کتاب زیر با هدف تشخیص، ارزیابی، درمان، آموزش بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی؛ پذیرش اجتماعی بیشتر این افراد از طرف جامعه؛ پیشگیری از خشونت، مورد تجاوز و آزار و اذیت قرار گرفتن آنها؛ آگاهی‌رسانی به خانواده‌ها در خصوص مشکل اختلال هویت جنسی و نحوه‌ی برخورد با آن با هدف حمایت خانواده‌ها از فرزندان مبتلا به اختلال هویت جنسی و طرد نکردن آنها؛ شناسایی موارد جدید و ایجاد بانک اطلاعاتی به منظور شناسنامه‌دار نمودن بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی؛ وضع قوانین در کشور جهت مورد تبعیض واقع نشدن افراد مبتلا، اصلاح قوانین، برخوردار شدن آنها از تمام حقوق قانونی یک زن یا مرد مانند ازدواج و غیره در جامعه و صدور گواهی تولد و انواع مدارک قانونی با هویت جدید؛ تعویض گواهینامه رانندگی، گذرنامه، کارنامه‌های درسی، مدارک پزشکی، بیمه‌ها، اسناد، مدارک بانکی، کارت‌های اعتباری، قبض‌های آب و برق و تلفن پس از تغییر جنسیت؛ تاسیس نهادهای ارگان‌ها و سازمان‌ها در کشور برای حمایت از افراد مبتلا؛ جلب مشارکت‌های مردمی و نهادینه کردن آنها به منظور کمک به این بیماران؛ حمایت مالی مناسب سازمان‌های مربوطه جهت انجام عمل جراحی تغییر جنسیت و درمان‌های مورد نیاز؛ پرداخت هزینه‌ها و خدمات پزشکی توسط شرکت‌های دولتی و خصوصی و ایجاد اشتغال متناسب برای آنها جهت دوری از فقر و انحرافات اجتماعی نگاشته شده است.

مؤلفین

۱۳۹۴ شمسی

فهرست

تعریف اختلال هویت جنسی.....	۱۱
تاریخچه اختلال هویت جنسی.....	۱۱
ایالات متحده امریکا.....	۱۳
آمریکای لاتین.....	۱۶
اروپای غربی.....	۱۷
استرالیا.....	۱۸
اروپای شرقی و روسیه.....	۱۸
آسیا و کشورهای خاورمیانه.....	۱۸
ایران.....	۲۰
همه گیرشناسی اختلال هویت جنسی.....	۲۱
بیماری شناسی اختلال هویت جنسی.....	۲۵
معیارهای تشخیصی اختلال هویت جنسی در DSM-IV-TR.....	۲۷
اختلالات همراه با اختلال هویت جنسی.....	۲۹
سبب شناسی اختلال هویت جنسی.....	۳۳
نظریه‌ها در باره اختلال هویت جنسی.....	۴۱
نظریه تولد دوجنس گرایی.....	۴۲
نظریه نقص تربیتی.....	۴۳
مراحل تشکیل و رشد هویت افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی.....	۴۴
مرحله اول: اضطراب دائمی.....	۴۵
مرحله دوم: سردرگمی درباره هویت اولیه خود.....	۴۶
مرحله سوم: شرایط جسمانی حاکم.....	۴۸
مرحله چهارم: کشف اختلال هویت جنسی.....	۵۱
مرحله پنجم: سردرگمی در هویت اختلال هویت جنسی.....	۵۲
مرحله ششم: مقایسه‌های هویتی درباره اختلال هویت جنسی.....	۵۳
مرحله هفتم: تحمل هویت اختلال هویت جنسی.....	۵۴
مرحله هشتم: تأخیر قبل از پذیرفتن هویت اختلال هویت جنسی.....	۵۵
مرحله نهم: قبول هویت اختلال هویت جنسی.....	۵۹
مرحله دهم: تأخیر قبل از تغییر جنسیت.....	۵۹
مرحله یازدهم: عمل تغییر جنسیت.....	۶۱
مرحله دوازدهم: قبول هویت در حین جراحی.....	۶۴

۶۵	.....مرحله سیزدهم: انسجام.....
۶۶	.....مرحله چهاردهم: غرور و افتخار.....
۶۷	.....نشانه‌های اختلال هویت جنسی.....
۷۰	.....ارزیابی‌های تشخیصی، روانشناختی و شخصیتی بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی.....
۷۶	.....درمان اختلال هویت جنسی.....
۸۵	.....ایجاد مدل مشاوره آنلاین.....
۸۶	.....پروتکل درمانی اختلال هویت جنسی.....
۸۷	.....فرایند تشخیص و درمان در کلینیک اختلالات جنسی.....
۸۸	.....گزارش درمان موردی اختلال هویت جنسی.....
۹۱	.....مباحث حقوقی بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی.....
۱۰۶	.....منابع.....

تعریف اختلال هویت جنسی

هویت جنسی به احساس فرد در مورد مرد یا زن بودن اشاره دارد که به طور طبیعی به جنسیت آناتومیک فرد وابسته است. اختلالات هویت جنسی گروهی از اختلالات هستند که نمای بالینی آنها ترجیح قوی و پایدار زندگی کردن به عنوان فردی از جنسیت دیگر است (سادوک، ۲۰۰۷). اختلال هویت جنسی عدم رضایت فرد از جنسیتی است که با آن متولد شده است. این افراد تمایل دارند بدنی داشته باشند که به جنسیت مقابل شان تعلق دارد و دوست دارند در جامعه به عنوان فردی از جنسیت دیگر در نظر گرفته شوند (گرین ۲۰۰۹).

تاریخچه اختلال هویت جنسی

سابقه تغییر جنسیت به کشورهای آمریکا و انگلستان برمی گردد. در آمریکا در سال ۱۹۵۲ برای اولین بار مردی اقدام به تغییر جنسیت خود کرد. در انگلستان در فاصله سال‌های ۱۹۴۲ تا ۱۹۴۸ دختری به نام لورا دیلون تغییر جنسیت داد و نام مایک دیلون را برای خود انتخاب نمود (<http://ylym.wordpress.com>). به تدریج در کشورهای مختلف این عمل رواج یافت و به منظور ایجاد وحدت رویه پزشکی هر ساله سمپوزیوم بین‌المللی تشکیل

۱۲ / ارزیابی روانشناختی و پروتکل درمانی بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی

می‌شود که اولین آن در سال ۱۹۹۶ در لندن برگزار شد (www.pfc.org.uk/news). امروزه اکثر کشورهای عضو اتحادیه اروپایی تغییر جنسیت را امری قانونی اعلام کرده و مقرراتی را در این باره وضع نموده‌اند (www.pfc.org.uk/news).

اختلال در هویت جنسی که به اختصار ترانس سکسوال یا T.S نامیده می‌شود، تا اوایل قرن بیستم از لحاظ علمی تعریف نشده بود. تحقیقات بیشتر نشان داد این بیماران با وجود گرایش جنسی و عاطفی به جنس موافق و گرایش نداشتن جنسی و عاطفی به جنس مخالف با همجنس‌گرایان تفاوت‌های عمده‌ای دارند، مشکل اصلی تی.اس‌ها، جنسیت متضاد آنهاست. این تفاوت محققان را بر آن داشت تا تحقیقات گسترده‌ای درباره منشأ این بیماری انجام دهند. در سال ۱۹۹۶ میلادی، پزشکان هلندی با کالبد شکافی مغز شش بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی دریافتند در این بیماران بخش قدامی غده هیپوتالاموس مغز که در برگیرنده خصوصیات جنسی انسان است، شبیه جنس مخالف است.

در ایران حدود سه تا پنج هزار دوجنسی وجود دارد و احتمال می‌رود که آمار مبتلایان به این ناهنجاری بیشتر باشد. بیشتر کسانی که مراجعه کرده و خود را معرفی نموده‌اند، از استان‌های گیلان و مازندران هستند (۱۳۸۶/۲/۳: www.baztab.ir/news). تنها از سال ۱۳۷۴ تا ۱۳۷۹ در بیمارستان حضرت علی اصغر(ع) تهران تعداد ۳۰ مورد دو جنسی تحت درمان قرار گرفته‌اند (مجله علمی پزشکی قانونی، ۱۳۷۹، اصغری آقمشهدی، ۱۳۹۰).

امام خمینی (ره) در سال ۱۳۶۴ با صدور فتوایی، عمل تغییر جنسیت را مجاز اعلام کرد، این فتوا در پی آنی صادر شد که فریدون پورملک آرا (مریم ملک آرا)، یکی از ایرانیانی بود که تغییر جنسیت داد. حضرت امام (ره) فتوا دادند که تغییر جنسیت با نظر متخصص ماهر، شرعاً بلاشکال است. ایشان این فتوا را بر اساس ضرورت صادر کردند ولی در دانشگاه‌های مستندی پخش می‌کنند که وی موافق با هرگونه عمل تغییر جنسیت بوده و این عمل هیچ اشکال شرعی ندارد. بسیاری از مراجع عمل تغییر جنسیت را در دوجنسه‌ها و برای کشف

ارزیابی روانشناختی و پروتکل درمانی بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی / ۱۳

واقعیت جنسی آنها جایز دانسته ولی افرادی که اختلال هویت جنسی دارند این عمل را جایز نمی‌دانند (مهکام، ۱۳۹۳).

سالانه نزدیک هشتاد نفر با مجوز پزشکی قانونی در کشور با انجام عمل جراحی تغییر جنسیت می‌دهند که ۹۰ درصد آنها تغییر جنسیت از مرد به زن بوده است. افرادی که دچار ابهام هویت جنسی هستند، می‌توانند با درخواست انجام عمل جراحی از دادگاه، پرونده آنها بررسی و با ارجاع پرونده به پزشکی قانونی عمل جراحی روی آنها انجام شود. از سال ۱۳۸۲ تا سال ۱۳۹۰، سازمان پزشکی قانونی، بیش از هفتصد مورد بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی را پذیرش کرد که ۷۵ تا ۸۰ درصد آنها را مردان تشکیل داده‌اند.

بر پایه آمارهای رسمی در کشور، شمار افراد مبتلا به بیماری اختلال هویت جنسی یک هزار نفر اعلام شده، این در حالی است که آمارهای غیررسمی، تعدادی نزدیک بیش از چهار برابر یعنی چهار هزار نفر برآورد می‌شود.

هزینه عمل تغییر جنسیت حدود هفتاد میلیون تومان است که سازمان بهزیستی برای این عمل ۲۰ میلیون تومان به متقاضیان این عمل وام می‌دهد. طبق آمار رسمی ۷۵۰ عمل تغییر جنسیت در ایران صورت گرفته است که ۵۰۰ مورد تهران، ۱۲۰ مورد در شیراز و ۱۳۰ در مشهد این عمل انجام شده است (مهکام، ۱۳۹۳).

ایالات متحده امریکا

با در نظر گرفتن خیلی از ملاک‌ها، امریکا بهترین کشور برای زندگی افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی است. در حال حاضر هزینه جراحی جهت تغییر جنسیت را بیمه‌های سلامت پرداخت نمی‌کنند. البته طبیعی است که فرد در مراحل اول شناخت اختلال هویتی خود و گذر از مرحله شناخت به مرحله قبول واقعیت غالباً سعی به تبدیل پوشش ظاهری و آرایشی خود به پوشش ظاهری جنسیت مورد آرزوی خود می‌کند و گاه با آرایش‌های غلیظ و

در حد اغراق سعی به نشان دادن هویت اصلی خود می‌کند. قابل توجه است که شدت این رفتار، جوابگوی سنجش مناسبی برای بیان فشار درونی که فرد متحمل آن است، نیست. احساسی که این افراد را وادار به پوشیدن لباس جنس مقابل، تقلید رفتارهای جنس مقابل و حتی آرزوی داشتن شکل زندگی فردی و اجتماعی جنس مقابل می‌کند، نوعی فشار روانی نیست بلکه آنها به واقع احساس می‌کنند که در پیکر غریبه زندانی شده‌اند و در اصل به پیکر دیگری تعلق دارند. آنها در اجتماع مجبور به ایفای نقشی هستند که محیط اطراف از آنها انتظار دارد که همانا رفتارهای مردانه برای یک مرد و رفتارهای زنانه برای یک زن به شمار می‌رود. این ایفای نقش غریب است که آنها را تحت فشار قرار می‌دهد. در هر فرهنگ انسانی تمایز بین مردان و زنان یکی از اصول اولیه ساختاردهی جامعه است. در این جوامع لازم است تا پسران و دختران مهارت‌های خاص جنسیت خود را به دست آورند و خودانگاره‌ها و خصائل شخصیتی خاص جنسیت خود را آنگونه که همان جامعه یا فرهنگ خاص مردانه یا زنانه تلقی می‌کند، بیاموزند. فرایندی که طی آن یک جامعه افراد مذکر و مؤنث را مردانه یا زنانه بار می‌آورد، تعیین جنسیت نام دارد. از سوی دیگر هویت جنسی به احساس فرد درباره مذکر یا مؤنث بودن اشاره دارد که به طور معمول با جنسیت آناتومیک فرد مطابقت دارد (مونترو، ۲۰۱۴).

مطالعات متعددی خصوصیات شخصیتی افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی و افراد طبیعی را مقایسه کرده‌اند تا شناخت بهتری در مورد اختلال هویت جنسی و تشخیص آن به دست آید و منشأ زمینه‌ای آن بهتر شناخته شود. این مطالعات می‌توانند اطلاعاتی در مورد طبیعت این اختلال را در اختیار پژوهشگران قرار دهند. همان طور که مردان و زنان خصائص شخصیتی متفاوتی با جنسیت دارند، افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی نیز ممکن است در این زمینه‌ها با افراد طبیعی متفاوت باشند. افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی که در آنها هویت جنسی با جنسیت آناتومیک آنها ناهمخوان است با نقش جنسیتی مربوط به جنسیت مخالف خود شناخته

می‌شوند. به بیان ساده تر، پیش‌بینی می‌شود مردان دچار اختلال هویت جنسی (MFTS) نسبت به مردان شاهد بیشتر زنانه و کمتر مردانه باشند و زنان دچار اختلال هویت جنسی (FMTS) نیز شامل گروهی از زنان باشد که نسبت به زنان شاهد بیشتر مردانه و کمتر زنانه‌اند. در جامعه امریکا هزینه‌های پزشکی بالا است، به همین دلیل دولت فقط در شرایط خاص ممکن است پرداخت هزینه‌ای پزشکی را برعهده می‌گیرد. اما با توجه به موقعیت‌های شغلی خوبی که در امریکا برای همه اقشار وجود دارد، این ضعف جبران می‌شود و افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی می‌توانند هزینه‌های قبل، بعد و در حین عمل را پرداخت کنند. حتی بعضی از شرکت‌های دولتی و خصوصی حاضر به پرداخت هزینه‌های کارمندان خود و حمایت مالی افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی هستند و هیچ کشوری در دنیا از لحاظ دادن چنین موقعیت‌های شغلی برای افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی بهتر از امریکا نیست. در کشور امریکا قید و بندهای خانوادگی مانند سایر کشورهای دیگر نیست. در عوض مردم خانواده بزرگ و گسترده‌ای را برای خودشان که متشکل از همکاران و دوستان هست می‌سازند، همین سنتی نبودن فرهنگ جامعه باعث می‌شود که افراد بتوانند برای خودشان و برای خانواده قبلی، خانواده‌ای بسازند. افراد ترسی از رها کردن زندگی قبل و ساختن زندگی نو رو ندارند و از این بابت راحت هستند. در اکثر ایالت‌های امریکا، افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی این امکان برایشان وجود دارد که بعد از جراحی گواهی تولد و انواع مدارک قانونی جدید را داشته باشند و از تمام حقوق قانونی یک زن یا مرد مانند ازدواج در جامعه برخوردار باشند. دولت امریکا برای حقوق شهروندی این افراد تلاش‌های زیادی انجام داده است و امروزه در بسیاری از شهرهای بزرگ امریکا قوانینی جهت مورد تبعیض واقع نشدن این افراد وضع شده است، از طرفی خشونت‌هایی جزئی علیه این افراد به چشم خورده و افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی معمولاً در خیلی از مکان‌ها با حالت تدافعی حضور به هم می‌رسانند که مبادا مورد آزار از طرف برخی افراد قرار بگیرند (مولر، ۲۰۱۴).

آمریکای لاتین

همینطور که به سمت امریکای مرکزی، جنوبی و مکزیک نزدیک می‌شویم وضعیت کاملاً متفاوت می‌شود. در این جوامع مردها ماچو نامیده می‌شوند. ماچو لغتی لاتین به معنای بسیار مردانه است. در این کشورها جامعه کاملاً به صورت دوقطبی می‌باشند. زنها خیلی زن هستند و مردها خیلی مرد می‌باشند. به همین دلیل مردهایی که رفتارهای زنانه دارند، در جامعه به عنوان فردی زننده به حساب می‌آیند، به همین دلیل افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی در این جوامع احساسات و تمایلاتشان را ابراز نمی‌کنند و گاهی تا آخر عمر درصدد درمان بر نمی‌آیند. در عوض افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی زیادی در این کشور جذب صنعت پورنوگرافی (هرزه‌گرایی جنسی اینترنتی) می‌شوند. این گروه از افراد در کلوب‌هایی که مخصوص صنعت سکس هست یا در حوزه‌های دیگری مثل روسپیگری مشغول به کار می‌شوند. این راه تا مدت‌های زیادی برای کسانی که از خانه فرار کردند و سواد و مدارکی برای کار نداشتند باز بوده است. هر چند که برای جوامع کاتولیک این کار ننگ محسوب می‌شوند، اما افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی چون در این کشور برای کار مدارک شناسایی ندارند در همین صنعت سکس باقی می‌مانند. خیلی از این افراد توسط پلیس مورد تجاوز قرار می‌گیرند و آزار و اذیت می‌شوند. عده‌ای هم برای ساختن یک زندگی بهتر تلاش می‌کنند و به کشورهای اروپایی یا امریکا مهاجرت می‌کنند. البته کشور برزیل از جهاتی متفاوت از دیگر مناطق امریکای لاتین می‌باشد. افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی زیبا و با استعداد برزیلی توانسته‌اند برای خودشان حرفه و جایگاه اجتماعی مناسبی پیدا کنند و سمبل ملی کشورشان بشوند. در کشور برزیل با گذشت زمان در سال ۱۹۹۸ ارگان‌هایی برای افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی تاسیس گردید و اجازه برای تغییر جنسیت از طرف دولت به صورت محدود داده شد (لوپز، ۲۰۱۳).

اروپای غربی

بر خلاف امریکای لاتین، در برخی از کشورهای مشخص اروپا، شرایط خوبی برای تغییر جنسیت وجود دارد. در هلند و کشورهای اسکاندیناوی امکانات خوبی برای افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی در اجتماع پذیرفته شده و فراهم می‌شود همینطور در کشوری مانند اسپانیا که ازدواج دو همجنس اخیراً قانونی شده است، تغییر جنسیت هم پذیرفته شده است. هزینه و خدمات پزشکی برعهده دولت می‌باشد. در برخی از کشورهای اروپایی با اینکه خدمات پزشکی خوبی ارائه می‌شود و تأمین مالی برعهده دولت می‌باشد اما چون تأخیراتی در امور دسترسی به این امکانات و خدمات وجود دارد و زمان زیادی را جهت استفاده از این امتیازات از دست می‌دهند، برخی از افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی از این حمایت مالی صرف نظر می‌کنند و برای جراحی به کشور تایلند مراجعه می‌کنند. افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی بعد از جراحی در کشورهای اروپایی دارای تمام مدارک قانونی می‌باشند و به طور قانونی از تمام حقوق برخوردار می‌شوند. یکی از موارد حقوقی ازدواج می‌باشد. هر چند که موقعیت‌های شغلی در کشورهای اروپایی برای افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی به مانند امریکا فراوان نیست. کشور انگلیس کشور مناسبی برای تغییر جنسیت به حساب می‌آید و حمایت کامل مالی برای ارائه خدمات پزشکی صورت می‌گیرد، اما در این کشور افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی بعد از عمل به طور قانونی در هویت جدید شناخته نمی‌شوند. یعنی شناسنامه با نام جدید به آنها داده نمی‌شود و اجازه ازدواج در قالب جنسیت جدید را ندارند. البته این مباحث تا سال ۲۰۰۴ بود اما به دلیل اعتراض افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی در این کشور و انجمن اروپاییان انگلیس این قوانین عوض شد و افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی در هویت جدید شناخته می‌شوند. در سوئیس هزینه‌های جراحی تغییر جنسیت توسط بیمه سلامت پرداخت می‌شود، به شرط آنکه افراد مورد نظر حداقل ۲۵ سال سن داشته باشند، در یک بیمارستان دولتی جراحی صورت بگیرد و قبل از جراحی دو سال توسط یک روانپزشک تحت

معاینه قرار گرفته باشند. مدارک هویت افراد به راحتی از طریق مراجع قانونی بعد از جراحی تغییر می کنند مگر اینکه فرد متاهل باشد. به طور کلی افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی برای حفظ موقعیت اجتماعی و جلوگیری از آسیب های روانی که ممکن است برای آنها در طول زندگی و کار کردن پیش بیاید در تلاش هستند به همراه انجمن ها قوانین را اصلاح کنند (وجوویچ، ۲۰۱۴).

استرالیا

کشور استرالیا در حال تلاش برای بالا بردن امکانات برای متقاضیان تغییر جنسیت می باشد. افراد در استرالیا حداقل شناخته شده هستند. شرایط زندگی و کار کردن در این کشور به کشور امریکا شباهت دارد. بنابراین بسیاری از افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی قبل و بعد از جراحی می توانند شغل خوبی برای خودشان پیدا کنند (داکاکیس، ۲۰۱۳).

اروپای شرقی و روسیه

در این کشورها نهادهایی مخصوص افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی تشکیل شده است و اجازه تغییر جنسیت هم داده می شود. اما به مراتب اوضاع سخت تر از کشورهای اروپای غربی است. زیرا یکسری قوانین بوروکراسی و دیوان سالاری در این کشورها حکم فرما می باشد، که شرایط درمان را سخت تر می کند. هر چند که درمان توسط سیستم پزشکی کشور تامین می شود (وجوویچ، ۲۰۱۴).

آسیا و کشورهای خاورمیانه

شرایط مختلفی در کشورهای آسیا وجود دارد. کشور چین به تازگی و آرامی اجازه تغییر جنسیت را به افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی داده است. اما در مقایسه با جمعیت چین افرادی که این جراحی را انجام داده اند بسیار کم می باشند. افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی هم جراحی اجازه ازدواج را خواهند داشت. در کشور ژاپن وضع از این هم بدتر می باشد. این

افراد در اجتماع پذیرفته نمی‌شوند، اما افرادی هم بوده‌اند که برای جراحی به کشور تایلند رفتند و بعد از بازگشت به ژاپن توانستند موفق هم باشند. در کشور تایلند افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی سابقه زیادی دارند و از سنین پایین جذب تغییر جنسیت می‌شوند. هزینه‌های جراحی گران نیست اما بعد از جراحی به این افراد مدارک قانونی با هویت جدید تعلق نمی‌گیرد و در نتیجه مدارکی برای شغل و کسب درآمد پیدا نمی‌کنند و جذب خانه‌های فساد می‌شوند. این افراد در تایلند تلاش برای مهاجرت به کشورهای دیگر مانند آلمان می‌کنند تا در آنجا بتوانند شغلی پیدا کنند یا ازدواج کنند. در این کشور افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی از زمان قدیم دیده می‌شدند و این اجازه را دریافت می‌کردند که با تغییر جنسیت در قالب یک زن یا مرد کامل ظاهر بشوند اما مشکل اینجاست که این افراد بسیار فقیر هستند و دولت هم برای کمک به آنها تنها می‌تواند هورمون تهیه کند تا به این وسیله شاید بهتر در اجتماع پذیرفته شوند. اما افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی در این کشورها فقیر می‌باشند و معمولاً از عهده هزینه جراحی بر نمی‌آیند. افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی زیادی هم در کشورهای مسلمان سکولار مثل پاکستان و بنگلادش دیده می‌شود که البته وضعیتی به مراتب بدتر یا مشابه هند دارند، چون از نظر اجتماعی پذیرفته شده نیستند. در کشورهایایی مثل مالزی، اندونزی و ترکیه هم وضع افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی مشابه کشورهای امریکای لاتین می‌باشند و کسانی هم که در این کشورها جراحی می‌کنند مایه ننگ به حساب می‌آیند و شغلی نمی‌توانند پیدا کنند. این افراد معمولاً جراحی کامل انجام نمی‌دهند و به مرحله هورمون درمانی رضایت می‌دهند. در کشورهای مسلمان نشین هم حقوق این افراد رعایت نمی‌شود به جزء در ایران (اوکا، ۲۰۱۲).

مراحل مشاوره و پذیرفتن اختلال هویت جنسی یک فرد کاملاً پیچیده و علمی است. این تشخیص به عهده مشاوران بهزیستی، پزشک قانونی و پزشکان متخصص است که باید بطور قانونی صورت گیرد تا فرد در صورت اثبات بیماری موفق به دریافت مجوز برای عمل جراحی

۲۰ / ارزیابی روانشناختی و پروتکل درمانی بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی

و تغییر جنسیت شود. سازمان بهزیستی ایران از سال ۱۳۸۰ طرح شناسایی و بررسی افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی را آغاز کرده و با این کار نقش مؤثری در حل این معضل اجتماعی داشته است (لانست، ۲۰۱۲).

در صورت تغییر جنسیت لازم است مدارک زیر تعویض گردد: گواهی نامه رانندگی، پاسپورت، کارنامه‌های درسی، مدارک پزشکی، بیمه‌ها، اسناد، مدارک بانک، کارت‌های اعتباری قبض‌های آب و برق و تلفن (ماسوموری، ۲۰۱۲).

ایران

ایران تنها کشوری است که قوانین مدونی در مورد افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی دارد اما جامعه هنوز نتوانسته است با این افراد ارتباط خوبی برقرار کند و همین امر باعث شده تا آنها هر روز منزوی‌تر از قبل شوند. مسئله مهم این است که مردم هنوز شناخت کافی از این افراد و مشکل آنها ندارند و اغلب افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی را با افراد همجنس‌گرا اشتباه می‌گیرند. در حالی که افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی از یک بحران هویتی رنج می‌برند و باید تحت درمان قرار گیرند. سالانه حدود ۸۰ نفر در ایران با مجوز سازمان پزشکی قانونی با انجام عمل جراحی، تغییر جنسیت می‌دهند که حدود ۹۰ درصد این تغییر جنسیت‌ها از مرد به زن بوده است. بیشتر مراجعان برای دریافت خدمات ۱۵ تا ۲۴ سال دارند، بنابراین بیشترین میزان تغییر جنسیت در ایران در این سن و سال انجام می‌گیرد. پس از آن جوانان ۲۵ تا ۲۹ ساله به مراکز رفته‌اند تا تحت درمان قرار بگیرند. افراد کمتر از ۱۴ سال و بیشتر از ۴۰ سال هم کمترین درصد مراجعه را داشته‌اند. فرد مبتلا به اختلال هویت جنسی زیر ۱۴ سال به دلیل عدم آگاهی، و افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی بالای ۴۰ سال به خاطر حفظ آبرویشان اقدام به تغییر جنسیت خود نمی‌کنند. بر اساس آمارها و داده‌های این سازمان بیشترین افراد مراجعه‌کننده برای دریافت خدمات، بیشتر از ۱۸ سال و کمتر از ۳۴ سال سن دارند. که این

افراد پیگیرترین گروه برای طی مراحل درمانی و حل مشکل خود از طریق عمل جراحی بوده‌اند. از سال ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۹ این سازمان بیش از ۷۰۰ فرد مبتلا به اختلال هویت جنسی را پذیرش کرده که ۷۵ تا ۸۰ درصد از این تعداد را مردان تشکیل داده‌اند. آمارهای رسمی تعداد افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی در ایران را یک هزار نفر اعلام می‌کنند در حالی که آمارهای غیررسمی این تعداد را بیش از چهار هزار نفر می‌دانند (شاکری فر، ۲۰۱۱).

همه گیرشناسی اختلال هویت جنسی

اختلال هویت جنسی یک اختلال نادر و کمیاب است که کودکان و نوجوانان را مبتلا می‌سازد. این اختلال ممکن است در سال‌های اولیه کودکی نیز مشاهده شود. در حقیقت اغلب افراد تشخیص می‌دهند که آنها قبل از رسیدن به سنین نوجوانی دارای مشکلاتی در هویت جنسی خویش می‌باشند. این اختلال در مردان به میزان بیشتری نسبت به زنان بروز می‌کند. بنا بر آمار موجود - که از سوی سازمان بهداشت جهانی اعلام شده است - از هر صد هزار پسر متولد شده، یک نفر و از هر چهارصد هزار دختر متولد شده، یک نفر دارای این اختلال است. میزان شیوع و نسبت جنسی اختلال هویت جنسی در میان کودکان و بزرگسالان تقریباً یکسان است. میزان شیوع و آسیب پذیری اختلال هویت جنسی در پسران بیشتر از دختران می‌باشد. از نظر بم اختلال هویت جنسی در پسران بیشتر از دختران می‌باشد (جهانگیر، ۱۳۸۴). شیوع این اختلال در کودکان نامشخص است. اما با توجه به نمونه‌های کلینیکی نسبت پسران به دختران ۷ به ۱ و شیوع آن در بزرگسالی ۳ به ۱ است (مصطفوی و دلاوری، ۱۳۸۶). در اروپا از هر ۱۰۰ هزار نفر زن یک نفر و از هر ۳۰ هزار نفر مرد یک نفر مبتلا به این اختلال بوده و به دنبال برنامه تغییر جنسیت هستند. نسبت پسران مبتلا به اختلال هویت جنسی به دختران مبتلا ۷ به ۱ برآورد می‌شود. تمایل برای بودن در جنس مخالف در حدود ۳٪ در پسر بچه‌ها و کمتر از ۱٪ در دختر بچه‌ها وجود دارد. بر اساس آمارهای موجود در ایران، میزان مراجعین به پزشکی

قانونی جهت کسب مجوز تغییر جنسیت از سال ۱۳۶۰ تا ۱۳۶۶ افزایش داشته است. تمایل به تغییر جنسیت از مرد به زن ۳ برابر تغییر جنسیت از زن به مرد می‌باشد (دهره گوی، ۱۳۸۴).
اختلال در پسران پیش از ۴ سالگی شروع می‌شود و کودک در حدود ۷-۸ سالگی در مدرسه مشکل پیدا می‌کند. اگر این کودکان تشویق نشوند، ممکن است رفتار دخترانه کاهش پیدا کند. در ۷۵٪ پسرانی که دگرپوشی دارند، این کار پیش از ۴ سالگی شروع می‌شود. استیون لوین (۱۹۹۶) گزارش کرد مطالعات پیگیری پسرهای دچار آشفتگی جنسی به طور پیوسته نشان داده‌اند که همجنس‌گرایی پیامد معمول این اختلال در نوجوانی است. بیماران مذکر بزرگسالی که ملال جنسیتی داشته‌اند و نسبت به جنس مذکر کشش جنسی دارند احتمالاً از دوران کودکی این ملال جنسیتی را به طور پیوسته داشته‌اند.

برخی از متخصصان سلامت روان معتقدند که تغییر جنسیت دادن به دلایل اخلاقی غیرمعقول بوده و نه تنها در اکثر موارد منجر به نتایج مثبتی نمی‌گردد، بلکه صدمات آسیب‌های خاصی را برای فرد در بردارد. اعتقاد بر این است که درمان اختلال تغییر جنسیت طلبی در دوران کودکی و نوجوانی از تمایل افراد در بزرگسالی برای تغییر جنسیت دهی پیشگیری کرده و مانع از برقراری روابط جنسی با افراد همجنس می‌گردد (عابدینی، ۱۳۸۴).

براساس تخمین شیوع مادام‌العمر اختلال هویت جنسی که معادل ۰/۰۰۱٪ تا ۰/۰۰۲٪ یا ۰/۰۰۱۹٪ تا ۰/۰۰۲۴٪ می‌باشد، این اختلال نادر است. بیشتر کودکان دچار اختلال هویت جنسی در اوایل سنین مدرسه ارجاع می‌شوند، با این حال معمول است که والدین اشاره کنند که رفتارهای مربوط به جنس مخالف پیش از ۳ سالگی نیز وجود داشته است. در میان گروهی از پسران زیر ۱۲ سال که به سبب مشکلات روان‌شناختی مختلفی مراجعه کرده بودند، ۱۰٪ آرزو داشتند دختر بودند. در گروه مشابهی از دختران زیر ۱۲ سال نیز ۵٪ از آنها آرزوی پسر بودن داشتند. نسبت جنسی در کودکان (پسر به دختر) ۴ تا ۵ به ۱ است. مطالعات در مورد شیوع این اختلال در کل محدود و بیشتر متعلق به جوامع اروپایی بوده است. این مطالعات

ارزیابی روانشناختی و پروتکل درمانی بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی / ۲۳

شیوع بیماری را در مردان ۱ به ۳۰۰۰۰ و در زنان ۱ به ۱۰۰۰۰۰ تخمین زده‌اند. به نظر می‌رسد در بزرگسالان نسبت جنسی مرد به زن حدود ۳ تا ۵ به ۱ باشد. اغلب مراجعان بزرگسال اذعان دارند که از کودکی احساس می‌کردند با دیگر افراد هم‌جنس خود متفاوتند (سادوئک، ۲۰۰۷).

در ایران، فریدون مهربابی اولین مطالعه همه‌گیرشناسی را بر روی مبتلایان به اختلال هویت جنسی انجام داده است (مهربابی، ۱۳۷۴). در این بررسی ۵۷ بیمار که از ۱۳۶۸ تا ۱۳۷۴ به مطب روانپزشکی خصوصی پژوهشگر در تهران مراجعه کرده بودند بررسی شدند. مراجعه کنندگان ۳۷ بیمار (۶۴/۹٪) مرد و ۲۰ بیمار (۳۵/۱٪) زن بودند و نسبت جنسی مرد به زن ۱/۸۵ به ۱ بود. بیشتر مراجعان را افراد ۲۰ تا ۳۰ ساله (۷۰/۲٪) تشکیل می‌دادند. تحصیلات این افراد از دوران ابتدایی تا دکترا بود. در میان مردها ۳۸٪ خودشان مراجعه کرده بودند و ۳۵٪ را روانپزشکان ارجاع داده بودند. در میان زنان مبتلا، ۴۵٪ توسط روانپزشکان ارجاع شده بودند و تنها ۱۵٪ خودشان مراجعه کرده بودند. ۱۳٪ مردان و ۳۰٪ زنان نیز توسط بیماران دیگر معرفی شده بودند. تعدادی از بیماران نیز توسط روان‌شناسان یا سایر متخصصان پزشکی ارجاع شده بودند. اغلب قریب به اتفاق افراد (۸۹٪ مردان و ۹۵٪ زنان) برای کسب مجوز عمل جراحی و دیگران برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد بیماری (۸٪ مردان و ۵٪ زنان) مراجعه کرده بودند. تنها یک بیمار مرد (۳٪) برای دریافت خدمات درمانی مراجعه کرده بود (فلمینگ، ۱۹۸۲).

در مطالعه جدیدی که توسط احمدزاد اصل و همکاران بر روی ۲۸۱ مراجعه‌کننده به انستیتو روان‌پزشکی تهران در فاصله سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۸ شامل ۱۳۸ مورد مرد به زن (۴۹/۱٪) و ۱۴۳ مورد زن به مرد (۵۰/۹٪) انجام شد، نسبت جنسی ۰/۹۶ به ۱ بود. اکثریت موارد شامل ۲۱۰ نفر (۷۴/۷٪) از طرف مراجع قانونی جهت ارزیابی تشخیصی برای اخذ مجوز

جراحی تغییر جنسیت ارجاع شده بودند. سابقه خانوادگی اختلال هویت جنسی در ۲۵ نفر (۸/۹٪) مثبت بود.

علوی، جلالی ندوشن و افتخار اردبیلی (۱۳۹۳) گزارش دادند که در گروه مردان مبتلا به اختلال هویت جنسی، یک نفر به زنان گرایش جنسی داشت و بقیه (۹۱/۷ درصد) به مردان گرایش داشتند. در گروه زنان مبتلا به اختلال هویت جنسی، فراوانی گرایش جنسی به زنان و مردان، به ترتیب، ۹۶/۳ و ۳/۷ درصد بود. فراوانی دگرجنس گرایی در مردان و زنان شاهد، به ترتیب ۹۳/۸ و ۶۹/۷ درصد برآورد شد. فراوانی افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی متمایل به جنسیت زیستی خود میان مردان و زنان تفاوتی نشان نداد و هم‌خوانی بالایی میان جنسیت زیستی و گرایش جنسی این افراد دیده شد. در بیماران ایرانی دچار اختلال هویت جنسی هم‌خوانی بالایی میان جنسیت ترجیحی و گرایش جنسی افراد دیده شد.

علوی، جلالی ندوشن و افتخار اردبیلی (۱۳۹۳) گزارش دادند که بر اساس هنجار جمعیت ایرانی مقیاس‌های نقش جنسیتی مردانه GM و GF زنانه از MMPI-2، ۱/۴۷ درصد مردان و ۳۷/۱ درصد زنان از نظر جنسیتی نامتمايز بودند و هیچ‌کدام از افراد بررسی شده دو جنسیتی (آندروژینوس) تلقی نشدند. اما بر اساس پرسشنامه نقش جنسیتی بـم (BSRI)، ۶/۲ درصد مردان و ۱۰/۱ درصد زنان دو جنسیتی بودند و ۳۹/۵ درصد مردان و ۳۶ درصد زنان نامتمايز قلمداد شدند. ضریب همبستگی پیرسون میان نمره مقیاس GM از MMPI-2 و صفات مردانه از پرسشنامه BSRI، ۰/۵۳۰. و بین نمره مقیاس GF از MMPI-2 و صفات زنانه در BSRI ۰/۵۲۸ بود (در هر دو مورد $p < ۰/۰۰۱$). دو پرسشنامه مورد استفاده همبستگی متوسطی داشتند. به نظر می‌رسد این دو پرسشنامه ابعاد متفاوتی از نقش‌های جنسیتی را اندازه می‌گیرند، اگرچه هم‌پوشانی قابل توجهی نیز میان آنها دیده می‌شود.

آقایگل و همکاران (۲۰۱۲) گزارش دادند از تعداد ۶۹ درخواست کننده برای تغییر جنسیت بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی، متوسط سن ۲۵ سال، شروع علائم در دوران

کودکی کمتر از ۱۰ سال در تقریباً ۷۰٪ بیماران، افسردگی و سابقه اقدام به خودکشی در ۲۶٪ وجود داشت. نسبت بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی مرد به زن، به زن به مرد ۱/۷ بود. شایع ترین اختلال روانپزشکی افسردگی بود.

حجازی و همکاران (۲۰۱۳) گزارش دادند که نسبت جنسی اختلال هویت جنسی ۰/۶۹ بود. ۱/۹۳٪ تحت درمان هورمونی بودند. پذیرش اجتماعی بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی مرد به زن کمتر بود.

احمدزاد اصل و همکاران (۲۰۱۳) گزارش دادند که شیوع اختلال هویت جنسی مرد به زن و زن به مرد به ترتیب ۱:۱۴۵۰۰۰ و ۱:۱۳۶۰۰۰ محاسبه شد. نسبت جنسی اختلال هویت جنسی مرد به زن به زن به مرد ۱:۰/۹۶ بود. ۵/۸۱٪ از بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی گزارش دادند که اولین علائم اختلال هویت جنسی را از کودکی و ۹/۶٪ از سن ۱۸-۱۴ سالگی داشتند. بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی زن به مرد در مقایسه با مرد به زن علائم اختلال هویت جنسی کودکی کمتری داشتند. آنها نتیجه گرفتند که نسبت جنسی اختلال هویت جنسی نزدیک به ۱:۱ در ایران ممکن است نشان دهد که بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی مرد به زن در ایران کمتر از سایر کشورها در جستجوی کمک هستند. شیوع دقیق و شیوع فعال در گزارش‌های آینده بسیار بالاتر خواهد بود.

بیماری‌شناسی اختلال هویت جنسی

در اختلالات طبقه‌بندی بیماری‌های روانپزشکی ویراست سوم (DSM-III)، اختلالات هویت جنسی در کنار انحرافات جنسی و اختلالات عملکرد جنسی در دسته اختلالات روانی جنسی قرار گرفت. در فرم تجدید نظر شده اختلالات طبقه‌بندی بیماری‌های روانپزشکی ویراست سوم (DSM-III-R) این اختلالات در دسته اختلالاتی که معمولاً برای نخستین بار در نوزادی، کودکی یا نوجوانی بروز می‌یابند، قرار گرفت. در اختلالات طبقه‌بندی بیماری‌های

روانپزشکی ویراست چهارم (DSM-IV) این اختلال در دسته مجزایی با عنوان "اختلالات جنسی و هویت جنسی" قرار داده شد.

در DSM-III دو دسته خاص از اختلال هویت جنسی معرفی شد: ترانس سکسوالیسم و اختلال هویت جنسی کودکی. در DSM-III-R دسته سوم نیز افزوده شد: اختلال هویت جنسی نوجوانی یا بزرگسالی، نوع غیر ترانس سکسوال این دسته برای افرادی در نظر گرفته شد که شکل خفیف و نوسان کننده‌ای از ملال جنسی داشتند.

در DSM-IV تنها به یک دسته اختلالات هویت جنسی اشاره شده است. این همسان‌سازی به این دلیل بود که معیارهای تشخیصی یکسانی برای کودکان، نوجوانان و بزرگسالان تعریف شود، با این حال در این ویراست نیز نمای بالینی و معیارهای تشخیصی اختلال هویت جنسی در کودکان با نوجوانان و بزرگسالان یکسان نیست. در کدگذاری نوع کودکی آن از نوع نوجوانی و بزرگسالی مجزا می‌شود. اختلال در DSM-III+DSM-III-R و DSM-IV-TR دسته‌های فرعی بر اساس گرایش جنسی تعیین می‌شد. براساس گرایش جنسی سه دسته همجنس‌گرا، دگرجنس‌گرا و تمایل به رابطه جنسی ندارند از اختلال توصیف شدند. این شیوه ادامه یافت، اما دسته چهارمی با عنوان هر دو جنس‌گرا به آن افزوده شد. به این ترتیب کدگذاری اختلال هویت جنسی در DSM-IV-TR به صورت زیر انجام شود:

302. 6 Gender identity disorder in children

302. 85 Gender identity disorder in adolescents or adults

سپس باید بر اساس گرایش جنسی، چهار دسته زیر را مجزا کرد:

Sexually attracted to males

Sexually attracted to females

Sexually attracted to both

Sexually attracted to neither

در طبقه بندی بین المللی آماری بیماری (ICD-9) اختلالات هویت جنسی در بخش

انحرافات و اختلالات جنسی آورده شد، اما معیارهای تشخیصی برای آن ذکر نگردید. در

ویراست بعدی ICD-10، این گروه از اختلالات در بخش اختلالات رفتار و شخصیت بزرگسالان آمده و در زیردسته آن موارد زیر تعریف شده است:

Transsexualism
Dual role transvestism
Gender identity disorder of childhood
Other gender identity disorders
Gender identity disorder, unspecified

معیارهای تشخیصی اختلال هویت جنسی در DSM-IV-TR

اختلال هویت جنسی دو مؤلفه دارد که هر دوی آنها برای تشخیص گذاری این اختلال لازم هستند:

الف) باید شواهدی مبنی بر اتخاذ پایدار و مستمر هویت جنس مخالف، که مایل به داشتن آن است، یا اصرار به این که از جنس مخالف است، وجود داشته باشد.

ب) اتخاذ هویت جنس مخالف نباید تنها به دلیل تمایل به برخورداری از امتیازهای فرهنگی متعلق به آن جنس باشد. به علاوه، باید شواهدی درباره نارضایتی مستمر از جنس تعیین شده خود یا احساس عدم تناسب با نقش جنسی تعیین شده وجود داشته باشد.

ج) از سویی اگر فرد به یک بیماری دوجنسیتی جسمی هم‌زمان دچار باشد (مانند نشانگان عدم حساسیت به آندروژن یا هیپرپلازی مادرزادی غده فوق کلیوی) این تشخیص مطرح نمی‌شود.

د) سرانجام برای تشخیص گذاری این اختلال باید شواهدی از آشفتگی یا اختلال عمده بالینی در کارکرد اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه‌های مهم وجود داشته باشد.

معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR برای اختلالات هویت جنسی در زیر آورده شده است:

الف. اتخاذ شدید و مستمر هویت جنسی مخالف (که صرفاً به دلیل تمایل به برخورداری از امتیازهای فرهنگی متعلق به جنسیت دیگر نباشد).

در کودکان این اختلال با چهار مورد (یا بیشتر) از ویژگی‌های زیر بروز می‌کند:

۱- ابراز تمایل مکرر به تعلق داشتن به جنسیت مخالف، یا اصرار به این که او از جنسیت مخالف است.

۲- در پسران، ترجیح دادن لباس های زنانه یا ظاهر دخترانه؛ در دختران، پافشاری بر پوشیدن فقط لباس های قالبی مردانه.

۳- ترجیح دادن شدید و مستمر نقش های جنسیتی مخالف در بازی وانمودی یا خیال پردازی های مستمر در مورد تعلق داشتن به جنسیت مخالف.

۴- تمایل شدید به شرکت در بازی ها و سرگرمی های قالبی جنسیت مخالف.

۵- ترجیح دادن شدید هم بازی هایی از جنسیت مخالف.

در نوجوانان و بزرگسالان، این اختلال با نشانه هایی مانند ابراز تمایل به تعلق داشتن به جنس مخالف، جا زدن مکرر خود به عنوان جنس مخالف، تمایل به زندگی یا پذیرفته شدن به عنوان جنس مخالف، یا اعتقاد به این که او احساسات و واکنش های خاص جنسیت دیگر را دارد بروز می کند.

ب. ناراحتی مستمر از جنسیت خود یا احساس عدم تناسب با نقش جنسیتی تعیین شده.

در کودکان، این اختلال با هر یک از نشانه های زیر تظاهر می کند:

پسران: وجود این ادعا که آلت تناسلی یا بیضه هایش نفرت انگیز هستند یا ناپدید خواهند شد یا این ادعا که ترجیح می دهند آلت تناسلی نداشته باشند، یا بیزاری نسبت به بازی های جنجالی و اجتناب از اسباب بازی ها و بازی ها و فعالیت های قالبی مردانه.

دختران: اجتناب از ادرار کردن به صورت نشسته، وجود این ادعا که در او آلت تناسلی رشد خواهد کرد یا این عقیده که تمایلی به رشد پستان ها یا قاعده شده ندارد یا بیزاری آشکار نسبت به پوشش معمول زنانه.

در نوجوانان و بزرگسالان، با نشانه هایی مانند اشتغال ذهنی به رها شدن از صفات جنسی اولیه یا ثانویه (مانند تقاضای درمان های هورمونی، جراحی، یا سایر تدابیر برای تغییر جسمی

ویژگی‌های جنسی به منظور مشابهت با جنسیت مخالف) یا اعتقاد به این که او با یک جنسیت اشتباه متولد شده است، تظاهر می‌کند.

ج. این اختلال با بیماری دوجنسیتی جسمی، همانند نیست.

د. این اختلال موجب آشفتگی یا اختلال عمده بالینی در کارکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر زمینه‌های مهم می‌شود.

بر اساس سن جاری کدگذاری کنید:

۳۰۲/۶ اختلال هویت جنسی در کودکان

۳۰۲/۸۵ اختلال هویت جنسی در نوجوانان یا بزرگسالان

مشخص کنید، اگر (برای افراد بالغ از نظر جنسی):

از نظر جنسی متمایل به مردان است.

از نظر جنسی متمایل به زنان است.

از نظر جنسی متمایل به هر دو جنسیت است.

از نظر جنسی به هیچ کدام از دو جنسیت تمایل ندارد.

اختلالات همراه با اختلال هویت جنسی

مطالعات روی اختلالات روانپزشکی همراه با اختلالات هویت جنسی محدود بوده و به سبب تفاوت در تعداد بیماران، جامعه مورد بررسی و ابزار گردآوری اطلاعات نتایج پراکنده‌ای به دست آمده است. بررسی این اختلالات از چند جهت اهمیت دارد. شناخت این اختلالات به بیماری‌شناسی اختلال هویت جنسی کمک می‌کند.

عده‌ای از محققان اختلال هویت جنسی را بخشی از یک بیماری روانپزشکی زمینه‌ای با نام شخصیت مرزی می‌دانند (لوستین، ۱۹۸۰). به عنوان مثال، موری معتقد بوده که اختلال هویت جنسی در مردان تظاهری از ساختار کاراکتر منطبق با معیارهای کرنبرگ برای ارگانیزاسیون شخصیت مرزی است و حتی آن را زیرگروهی از شخصیت مرزی می‌داند. در

بررسی او مردان مبتلا به اختلال هویت جنسی، مردان دچار سازمان‌بندی شخصیت مرزی و مردان هموسکسوال با مردان طبیعی مقایسه شدند. در مقایسه با مردان طبیعی افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی و دچار سازمان‌بندی شخصیت مرزی پرخاشگری بیشتر و واقعیت‌سنجی ضعیف‌تر داشتند و روابط ابژه در آنها در سطوح پایین‌تری قرار داشت. نتایج آزمون رورشاخ در این دو گروه مشابه بود (هاکسلی، ۱۹۸۱). اما در مطالعه سیکوفسکی و همکاران ۱۶۴ بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک (BDI)، پرسشنامه شخصیت فریبورگ (FPI) (Freiburg Personality Inventory) و پرسشنامه برای ارزیابی بدن خود فرد (FBEK) (Questionnaire for Assessment of One's Own Body) بررسی شدند و ۸۰٪ آنها نه شواهدی از اختلال شخصیت مرزی و نه سایر اختلالات شخصیت داشتند. در سایر مواردی که شخصیت مرزی قابل ردیابی بود، این علائم با افسردگی، تسلط کم به لحاظ روانی، اجتماعی بودن کم و فقدان اعتماد به نفس همراه و از روی این نشانه‌ها قابل پیش‌بینی بود. آنها ارتباط اختلال هویت جنسی و اختلال شخصیت مرزی را رد کردند و اشاره کردند که اختلال هویت جنسی یک اختلال مجزاست، ممکن است گاهی علائمی از شخصیت مرزی از آن برخیزد (لوباتا، ۲۰۰۵).

عده دیگری از پژوهشگران این اختلال را در ادامه طیف اختلالات سایکوتیک در نظر گرفته‌اند (گومز، ۲۰۰۷). هذیان در مورد تعلق داشتن به جنسیت مقابل در اسکیزوفرنیا نادر، اما ممکن است وجود داشته باشد (جوہانسون، ۲۰۰۹). برخی از مطالعات نشان داده‌اند حدود ۲۵٪ بیماران دچار اسکیزوفرنیا زمانی از طول عمرشان هویت جنسی مقابل را تجربه می‌کنند (براون، ۲۰۰۹). از طرفی وجود سایکوز نیز در اختلال هویت جنسی گزارش شده است (روچر، ۲۰۰۴ و کلین، ۲۰۰۹). سایر اختلالات سایکوتیک، مانند اختلال اسکیزوفرنیفرم یا اختلال سایکوتیک NOS، هم در اختلال هویت جنسی گزارش شده است (لارنس، ۲۰۰۴). معیارهای تشخیصی اختلالات هویت جنسی در DSM-III جمله "به علت اختلال روانی دیگری مانند

اسکیزوفرنیا نباشد" گنجانده شده بود که در ویرایش‌های بعدی حذف شد. با این حال، گاه تأکید شده که هر زمان معیارهای تشخیصی اختلالات دیگری که تصویر فرد از بدن خود را درگیر می‌کنند (مثل اختلال بدشکلی بدن) وجود داشته باشد این اختلالات باید رد شوند (جوهانسون، ۲۰۰۹). در ویرایش‌های بعدی DSM، و از جمله DSM-IV-TR، با کنار گذاشتن این معیار خروج اجازه داده شده تا بتوان هر دو این اختلالات را در یک فرد تشخیص داد. اگرچه این مورد نادر است (گیوپر، ۲۰۰۴). این خود به این معناست که اختلالات هویت جنسی از دیدگاه انجمن روانپزشکی آمریکا از اختلالات سایکوتیک مجزاست.

از لحاظ تفاوت‌های جنسیتی، میزان اقدام به خودکشی در افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی مرد تغییر یافته به افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی زن بطور بارزی بیشتر از مردان و نیز زنان گروه کنترل بود، اما این میزان در افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی زن تغییر یافته به مذکر صرفاً بیشتر از مردان (و نه زنان) گروه کنترل بود. بنابراین اینطور نتیجه‌گیری شد که این گروه از افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی (زن به مرد) حتی پس از جراحی تغییر جنسیت نیز همچنان یک الگوی زنانه را در زمینه اقدام به خودکشی حفظ می‌کنند (برک، ۱۹۹۳).

از سوی دیگر نشان داده شد که اقدام به جرم و جنایت در افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی مذکر تغییر یافته به مؤنث بطور چشمگیری بیشتر از زنان (و نه مردان) گروه کنترل بود. این بدین معنی است که در زمینه ارتکاب جرم، آنها همچنان الگوی مردانه را حفظ کرده بودند. برعکس، میزان اعمال مجرمانه در افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی مؤنث تغییر یافته به مذکر، بیشتر از زنان گروه کنترل بود اما تفاوتی با مردان گروه کنترل نداشت. بنابراین بدنبال جراحی تغییر جنسیت، تغییر به سمت یک الگوی مردانه در زمینه ارتکاب جرم در این گروه رخ داده بود (هانینگ، ۱۹۷۴ و روس، ۱۹۸۱). فرجام بدتر افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی ارزیابی شده در این مطالعه (به عنوان مثال افزایش میزان مرگ‌ومیر تا ۳ برابر جمعیت عموم)

می‌تواند ناشی از طولانی‌تر بودن مدت پیگیری (بطور متوسط ده سال) در مقایسه با مطالعات قبلی باشد (رابرت، ۱۹۸۳).

مطالعه دیگری توسط «اسمیت» و «کوهن» و همکارانش در سال ۲۰۰۱ انجام شد و عملکرد روانشناختی نوجوانان مبتلا به اختلال هویت جنسی جراحی شده مورد ارزیابی قرار گرفت. در این مطالعه برای ۱۹ فرد مبتلا به اختلال هویت جنسی جراحی شده با میانگین سنی ۲۲/۵ سال (در دامنه ۱۸-۲۷ سال، $SD = ۲/۰۹$)، تست رور شاخ انجام شد. شش نفر از این گروه افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی مذکر تغییر یافته به مؤنث (MFTS) و ۱۳ نفر را افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی مؤنث تغییر یافته به مذکر (FMFTS) تشکیل می‌دادند که از نظر سنی تفاوت بارزی میان این دو زیر گروه وجود نداشت. البته لازم به ذکر است که تمامی افراد قبل از جراحی تغییر جنسیت نیز مورد ارزیابی بوسیله تست رور شاخ قرار گرفته بودند و فاصله زمانی بین رور شاخ قبل از جراحی و پس از آن بطور متوسط ۵۸/۵ (در دامنه ۲/۸۷-۴۰/۵، $SD = ۱۴/۵$) بود. عواملی مانند جنسیت، سن فرد در زمان انجام اولین ارزیابی و یا سن او در زمان انجام دومین ارزیابی، هیچیک بر روی این فاصله زمانی بین دو قسمت تأثیری نداشتند (کیم، ۲۰۰۶).

نتایج این مطالعه نشان داد که در کمتر از یک چهارم این گروه از افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی تفاوت بارزی در تست رور شاخ قبل از جراحی و پس از آن وجود داشت. البته هیچیک از این تفاوت‌ها سیستماتیک و فراگیر نبوده بلکه صرفاً در یک جهت یا یک حوزه از عملکرد آنها مشاهده می‌شد. به عنوان مثال بطور همزمان کاهش در فرکانس تعدادی از متغیرهای رور شاخ همراه با افزایش بارز تعدادی دیگر از آنها مشاهده شد و در عین حال تغییرات تمامی آنها همچنان در محدوده نرمال بود. بنابراین دستیابی به یک تفسیر واحد و منسجم برای چنین تغییراتی امر بسیار مشکلی بود (کیم، ۲۰۰۶).

چشمگیرترین تغییر در تست رور شاخ، افزایش $\% +x$ بود که منعکس کننده کاهش درک تحریف یافته ظاهر بدن و نیز کاهش درک ایدیوسینکراتیک بود. در مطالعه قبلی کوهن بر روی نوجوانان مبتلا به اختلال هویت جنسی در سال ۱۹۹۷ مشخص شده بود که میزان درک تحریف یافته از ظاهر بدن خود در این گروه ($\% -x$)، حد فاصل بین نوجوانان مبتلا به اختلال روانپزشکی (BDD) و نوجوانان گروه کنترل بود. در حالیکه در این مطالعه نشان داده شد که مقیاس $\% -x$ نوجوانان مبتلا به اختلال هویت جنسی جراحی شده بطور چشمگیری ارتقاء یافته و تقریباً یکسان با این مقیاس در نوجوانان گروه کنترل بود. بنابراین می توان اینطور نتیجه گرفت که جراحی بازسازی دستگاه تناسلی موجب کاهش بارز تعارضات روانشناختی افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی و در نتیجه تخطی کمترشان از چهارچوب عرف جامعه می گردد. قبل از انجام اینگونه جراحی ها، افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی دچار نوعی تضاد در روانشناختی جدی میان «خود جسمانی» و «خود واقعی» می باشند. چنانچه جراحی تغییر جنسیت موفقیت آمیز باشد، قادر به کاهش و یا حذف کامل چنین تضاد روانشناختی، و در نتیجه کاهش میزان تنش ها و تأثیرات تخریب کننده آن بر روی فرد می باشد (روس، ۱۹۸۱) نتایج حاصل از این مطالعه همخوانی دارد با نتایج حاصل از مطالعات قبلی انجام شده در این زمینه؛ به عنوان مثال «کوهن» و «ون کوزن» در سال ۱۹۹۷ نوع خلاصه شده تست MMPI و نیز چک لیست ویژگی های شخصیتی دانمارکی را بر روی نوجوانان مبتلا به اختلال هویت جنسی (هم قبل از جراحی تغییر جنسیت و هم پس از آن) انجام دادند. نشان داده شد که پس از جراحی، مقیاس های برون گرایی، غالب بودن، و اعتماد به نفس همگی افزایش یافته و مقیاس احساس بی کفایتی نیز کاهش یافته بود (روس، ۱۹۸۱).

سبب شناسی اختلال هویت جنسی

هویت جنسی بخش قابل ملاحظه ای از هویت هر انسان را تشکیل می دهد و دربردارنده تصویری است که فرد به عنوان یک مرد یا زن از خود دارد. هویت جنسی انسان تحت تأثیر دو

مؤلفه اکتسابی و غیراکتسابی تکوین می‌یابد. جنسیت یک ویژگی غیراکتسابی است و شامل ویژگی‌های زیستی، جسمانی و کروموزومی است که مرد و زن را از یکدیگر متمایز می‌سازد. جنسیت ویژگی اکتسابی است که زن و مرد را از جهت رفتاری، اجتماعی و فرهنگی و مذهبی از یکدیگر جدا می‌کند و براساس ویژگی‌های که اغلب به عنوان خصوصیات ویژه دو جنس محسوب می‌شود شکل می‌گیرد (کوچکیان، ۱۳۸۵). یکی از طبقه‌بندی‌های اجتماعی عمده هر جامعه‌ای، جنسیت است. غالباً در بعد اجتماعی و مفهوم‌سازی هویت خود در هنگام تولد نوزاد، اولین سوالی که در مورد یک بچه پرسیده می‌شود این است که پسر است یا دختر؟ در فرهنگ ما و سایر فرهنگ‌ها، مجموعه‌ای از علائق، خصوصیات شخصیتی و رفتارها، زنانه یا مردانه تلقی می‌شوند. کودکان در همان آغاز تولد که هنوز کوچکند، این معیارهای فرهنگی را می‌آموزند و کسب می‌کنند (وامویی، ۲۰۱۵). هویت جنسی یعنی قبول جنسیت فیزیولوژیک خود توسط سیستم روانی فرد و در نتیجه همانندسازی صحیح در طول زندگی با همجنسان خود برای کسب رفتارهای متعارف جنسی در زندگی فردی و اجتماعی (هولت، ۲۰۱۴). به رغم نقش تعیین‌کننده و تأثیرگذار عوامل زیستی، در این بین افرادی یافت می‌گردند که به علل مختلف از جمله پرورش نادرست توسط اطرافیان بخصوص والدین و در نتیجه همانندسازی با جنس مخالف، از همان سنین کودکی به بعد به وضعیتی دچار می‌گردند که بر اثر درون‌فکنی رفتار جنس مخالف، دیگر از جنس فیزیولوژی و بدن‌بال آن افکار و رفتارهای جنس خود راضی نبوده و بر اثر تنفر از خود، به مراکز روانپزشکی یا پزشکی قانونی جهت تغییر جنسیت مراجعه می‌کنند. به این افراد اصطلاحاً تبدیل خواه جنسی یا دگر جنس جو می‌گویند. افراد مبتلا به این اختلال از زمان‌های قدیم در اجتماعات مختلف شناخته شده و شرح داده شده‌اند. این افراد خود را متعلق به گروه جنس مخالف می‌دانند و از وضعیت جنسی بدنی خود ناراحت هستند و می‌کوشند با استفاده از انواع راهکارهای قانونی (و گاه غیر قانونی) از جمله مصرف هورمون و اعمال جراحی، وضعیت جنسی خود را به وضعیت جنس مقابل

نزدیک کنند (ونس ۲۰۱۴). شکل زیر هویت جنسی، رفتار جنسی و گرایش جنسی را نشان می‌دهد.



شکل ۱- هویت جنسی، رفتار جنسی و گرایش جنسی

دو دسته عوامل زیستی و روانی اجتماعی در بروز این اختلال دخیل هستند.

الف. عوامل زیستی: در پستانداران پایین‌تر استروئیدهای جنسی رفتار جنسی را کنترل

می‌کنند، اما با بالا رفتن طبقه، این اثر کمتر می‌شود. در میان انسان‌ها، هورمون‌های استروئیدی جنسی بر میل جنسی و برخی خصوصیات مرتبط با آن تأثیر می‌گذارد. به عنوان مثال، در زنان، تستوسترون، لیپیدو و پرخاشگری را افزایش می‌دهد. در مردان نیز استروژن، لیپیدو و پرخاشگری را کاهش می‌دهد. به نظر می‌رسد تستوسترون با اثر روی نورون‌ها در هیپوتالاموس، مغز را مردانه می‌کند هر چند در مجموع هویت جنسی، مردانگی و زنانگی در

انسان بیشتر تحت تأثیر حوادث پس از تولد است تا آثار هورمونی پیش از تولد (اسمیت، ۲۰۰۱).

ب. عوامل روانی اجتماعی: در کودکان، هویت جنسی پیوسته با جنسیت تعیین شده یا تربیتی فرد شکل می‌گیرد. هویت جنسی کودکان تحت تأثیر برهم‌کنش مزاج کودک و ارزش‌ها و نگرش‌های والدین است. نقش جنسی یاد گرفته می‌شود، اما مزاج ممکن است برخی پسران را ظریف و حساس و برخی دختران را خشن و پرانرژی کند (DSM-IV, ۲۰۰۰).
فروید معتقد بود اختلال هویت جنسی به علت تعارضات کودک در مثلث ادیپ شکل می‌گیرد. این تعارضات هم به سبب حوادث داخل خانواده و هم به سبب خیال‌پردازی‌های کودک است. هر چیزی که روی عشق کودک به والد غیرهم‌جنس یا همانندسازی با والد هم‌جنس اثر کند، بر هویت جنسی هم مؤثر است. رابطه مادر-کودک در اوایل زندگی بر هویت جنسی مؤثر است. مادر کودک را نسبت به جنسیت خود آگاه و راضی می‌کند. یک مادر خشن و پرخاشگر سبب نارضایتی کودک از جنسیت خود می‌شود. در همین زمان، فرایند جدایی-تفرد (Separation-individualization process) گشوده می‌شود. اگر مشکلات جنسی با مشکلات این فرایند همراه شود، کودک از جنسیت خود برای برقراری رابطه استفاده می‌کند. این حالت با رفت و برگشت بین نزدیکی کودکانه ناامید و دوری ارزش‌گریز پرخاشگر مشخص می‌شود. ممکن است برخی کودکان این پیام را دریافت کنند که اگر متعلق به جنسیت دیگر باشند، محبوب‌ترند. کودکان طردشده و مورد سوء استفاده این باور را عملی می‌کنند. مشکلات هویت جنسی ممکن است با مرگ مادر، غیبت طول کشیده او یا افسردگی بروز کند. در این موارد کودک مذکر به طور کامل با مادر همانندسازی می‌کند تا با تبدیل شدن به مادر غیبت او را جبران کند. نقش پدر هم مهم است و حضور او به فرایند جدایی-تفرد کمک می‌کند. در غیبت پدر، رابطه کودک با مادر خیلی نزدیک می‌شود. پدر

برای کودک مونث پروتوتایپ ابژه عشق در آینده و برای کودک مذکر مدل همانندسازی مردانه است.

در مطالعه مهراپی (۱۳۷۴) عوامل زیر در بیماران ایرانی مبتلا به اختلال هویت جنسی دیده شد: فقدان والد هم جنس (۲۲٪ مردان و ۲۰٪ زنان)، فقدان والد غیر هم جنس (۱۰٪ مردان و ۱۰٪ زنان)، وجود مادر عصبی و تحقیرکننده (۱۶٪ مردان و ۱۰٪ زنان)، آرزوی خانواده برای داشتن کودکی با جنسیت مخالف (۳٪ مردان و ۱۰٪ زنان)، عدم تفاهم والدین (۲۲٪ مردان و ۳۰٪ زنان)، وجود مشکلات اقتصادی (۱۹٪ مردان و ۱۰٪ زنان) و سایر مشکلات (۸٪ مردان و ۱۰٪ زنان).

جنسیت -مرد یا زن بودن- یک عامل اساسی است که به فرد در ساختن شخصیت انفرادی و حس وی نسبت به خود کمک می کند. اختلال هویت جنسی، شرایطی است که در آن حالت یک مرد یا یک زن خودش را قویاً به عنوان جنس مخالف خویش شناسایی می کند و خود را متعلق به آن جنس می داند. افراد مبتلا به این اختلال اغلب اوقات با هویت جنسی آناتومیکی خویش مشکل داشته و رنج و ناراحتی زیادی را در ارتباط با آن تجربه می کنند. این افراد ممکن است به عنوان عضوی از جنس مخالف خویش رفتار کنند و در جامعه ظاهر شوند و ممکن است تمایل داشته باشند که بدن خویش را تغییر دهند. این اختلال تصویر خود را در افراد تحت تاثیر قرار می دهد و می تواند بر اطوار قالبی، رفتار و پوشش فرد تاثیر بگذارد. افرادی که تصمیم می گیرند تا ظاهر فیزیولوژیکی خویش را از طریق آرامش، هورمون و در برخی موارد با به کار بردن جراحی تغییر دهند را ناراضی از جنسیت (ترانس سکسوال، T.S) گویند.

علت اصلی اختلال هویت جنسی ناشناخته است، اما چندین نظریه در این باره وجود دارد. این نظریه ها اظهار می کنند که این اختلال ممکن است توسط وراثت (کروموزم ها) ناهنجاری ها، عدم تعادل هورمونها در طی دوران جنینی و رشد کودکی، نقص هایی در ارتباط

بین فردی نزدیک و طبیعی و سرپرستی کودکان و یا به علت ترکیبی از عوامل ذکر شده ایجاد شود.

اوحدی، محمدی، رحیمیان و همکاران (۱۳۸۶) گزارش دادند که حجم هسته قرمز و حجم اینترادورال در گروه بیماران دچار اختلال هویت جنسی کمتر از گروه شاهد بود. پارانشیم مغز زنان و مردان تفاوت معنی داری داشت. بین حجم هسته قرمز بیماران مرد و زنان طبیعی تفاوت معنی داری دیده نشد، ولی حجم هسته قرمز بیماران زن کمتر از مردان نرمال بود. بین ساختار آناتومیکی مغز افراد دچار اختلال هویت جنسی و افراد سالم تفاوت‌هایی مشاهده شد. در مراحل رشد و تمایز سامانه عصبی مرکزی، ممکن است ساختار آناتومی مغز این بیماران دچار تغییراتی شده و از مسیر معمول و طبیعی هماهنگ و همراستا با جنسیت فرد پیروی نکرده باشد.

سیف‌اللهی و رازقیان (۱۳۸۷) گزارش دادند که با افزایش سن، هویت جنسیتی زنان بیشتر تحت تأثیر روابط و مناسبات پدرسالاری است و با کاهش، آن هویت تحت تأثیر روابط و مناسبات سرمایه‌داری می‌باشد. در مدل تحلیل مسیر، در میان زنان ۲۰ تا ۳۰ سال، روابط و مناسبات سرمایه‌داری و در میان زنان ۳۰ تا ۴۰ سال پدرسالاری بیشترین تأثیر را داشته است.

ملک‌آرا (۱۳۹۰)، مدیر انجمن حمایت از بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی (تی.اس) ریشه اصلی این بیماری را در خانواده و جامعه می‌داند. از نظر وی نبود فرهنگ سازی درست برای خانواده‌ها، باعث شده که پدر و مادرها تی اس را قبول نکنند و در نتیجه بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی یا از سوی خانواده طرد شده و یا از خانه فرار می‌کنند. وی هدف اصلی خود از راه‌اندازی انجمن را آشنایی عموم مردم با این اختلال به عنوان مشکلی که نیاز به مداخله و درمان دارد، بیان کرد و یادآور شد، علاوه بر آن قصد داریم با شناسایی موارد جدید، بانک اطلاعاتی این اختلال را کامل کنیم. از نظر وی جنسیت را نمی‌شود عوض کرد، بلکه می‌توان با جراحی یک سری مسائل روحی و جسمی را تغییر داد.

از عوامل مهم مرتبط با اختلال هویت جنسی خانواده بوده که احتمالاً در سبب شناسی و در عین حال نگهداری آن موثر است. بررسی رابطه کارکرد خانواده می‌تواند در بالا بردن کیفیت کمک به بیماران مبتلا مفید واقع شود (رضایی، صابری، شاه مرادی و ملک خسروی، ۱۳۸۶).

پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهند که در بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی در دوران کودکی، رفتارهای مناسب جنس خود در آنها تقویت نشده است (رنجبرشایان و قشونی زاده، ۱۳۸۲). گرین هشت عامل را که می‌توانند در ایجاد اختلال هویت جنسی نقش داشته باشند معرفی کرده است. این عوامل عبارتند از:

- ۱- بی‌تفاوتی والدین در قبال رفتارهای دخترانه
- ۲- مبدل پوشی‌های پسران بوسیله یک زن (مادر، خواهر، مادر بزرگ)
- ۳- تشویق‌های والدین از رفتارهای دخترانه
- ۴- حمایت‌های افراطی مادران
- ۵- تماس جسمانی افراطی مادران
- ۶- غیبت یا طرد بوسیله پدر
- ۷- زیبایی پیش از حد پسران
- ۸- فقدان همبازی‌های همجنس

رنجبرشایان و قشونی زاده (۱۳۸۲) گزارش دادند که بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی از نظر سوابق دوران کودکی و نوع تعاملاتی که با آنها شده است با گروه شاهد تفاوت معنی‌داری داشتند و مادران و خواهران این بیماران معمولاً رفتارهای دخترانه را در این افراد تقویت می‌کردند.

عمارلو، غفار تبریزی و عسکری (۱۳۸۶) گزارش دادند که پسران مبتلا به اختلال هویت جنسی در مقایسه با پسران عادی از نظر کارکرد خانواده و کیفیت رابطه پدر فرزندی و کیفیت

رابطه مادر فرزندی متفاوت هستند. کارکرد خانواده در پسران مبتلا به اختلال هویت جنسی ناکارآمد است. این افراد با پدر خود رابطه ضعیفی داشتند. تمایلات دگرجنس‌خواهی در پسران مبتلا به اختلال هویت جنسی که پدرشان فوت کرده، والدین آنها طلاق گرفته یا جدا از هم زندگی می‌کنند، بیشتر از پسران عادی است.

رضایی، صابری، شاه‌مرادی و ملک‌خسروی (۱۳۸۶) گزارش دادند که کارکرد خانواده و همچنین ابعاد کارکردی "آمیختگی عاطفی"، "کنترل رفتار" و "پاسخگویی عاطفی" در بیماران مبتلا اختلال هویت جنسی در مقایسه با گروه گواه، دارای اختلال معنی‌دار و از کارایی پایین‌تری برخوردار بود. آنها نتیجه گرفتند که وجود اختلال هویت جنسی در افرادی که دچار مسایل و مشکلات عاطفی، احساسی و هیجانی بیشتری در خانواده هستند محتمل‌تر و کمک‌گسترده به این افراد از طریق مداخلات خانوادگی می‌تواند موثر واقع شود. همچنین آگاهی دادن به خانواده‌ها در مورد نیازهای عاطفی و تربیتی فرزندان، احتمال بروز این اختلال را کاهش می‌دهد.

هاشمی، ولیدی و قنبری قمی (۱۳۸۴) گزارش دادند که نبود آموزش کافی در مورد فعالیت جنسی و اطلاعات ناکافی جنسی، ناسازگاری در ارتباط به طور کلی، باورهای جنسی نادرست، روابط خانوادگی آشفته و تربیت محدود‌کننده والدین، اضطراب و افسردگی، خشونت‌های دوران کودکی، عدم توجه والدین به کودکان مبتلا به اختلال هویت جنسی و تحقیر آنها در خانواده، دلایل هورمونی، ژنتیکی، مشکلات مغزی و سیستم عصبی مرکزی باعث می‌شود که فرد از هویت خود ناراضی بوده و گرایش به تبدیل به جنس مخالف را نشان دهد.

رفتارهای جنسی تحت تاثیر عوامل درونی و بیرونی خانواده، محیط، معلمان، دوستان و

تاثیرات فرهنگی است (پورحیدری، شماعیان رضوی و سوزنی، ۱۳۸۶).

دادفر، سراجی، فرزادی و دادفر (۱۳۸۴) گزارش دادند که ۴۱٪ از بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی دچار مشکلات جدایی- فردیت یافتگی بودند. کلیه بیماران تمایل به پوشیدن لباس جنس مخالف (میانگین سنی ۷ سال) و ترجیح دادن بازی های جنس مخالف و یا بازی با جنس مخالف (میانگین سنی ۶ سال) را در دوره کودکی گزارش نمودند. ۴۰٪ بیان کردند که برخورد والدین با تمایلات این بیماران به جنس مخالف، بی تفاوت بوده است. ۲۳٪ از والدین در تربیت و شیوه فرزندپروری ناهماهنگ بودند. ۲۵٪ گزارش دادند که به دلیل عدم تمایل به پوشیدن لباس متناسب با جنس خود از مدرسه اجتناب کرده اند. ۲۰٪ اظهار داشتند که والدین هنگام تولد از جنسیت آنها ناراضی بوده اند. ۲۸٪ گزارش دادند که حضور والدین در دوران کودکی ناکافی بوده است. ۳۲٪ به دلیل علاقه به لباس یا بازی با جنس مخالف تنبیه می شده اند. ۱۴٪ با جنس مخالف و ۸۱٪ با جنس موافق رابطه جنسی داشته اند. نحوه رابطه جنسی ۱۰٪ به صورت ناخواسته و ۷۰٪ با غریبه ها بوده است. با توجه به نتایج فوق بنظر می رسد که نحوه تربیت والدین و همینطور برخورد آنها با تمایلات و رفتارهای فرزندان به جنس مخالف به ویژه در فرآیند جدا شدن - فردیت یافتن و همچنین تمایل والدین به داشتن پسر یا دختر و القاء آن به فرزندان می تواند نقش مهمی در ایجاد یا تشدید اختلال هویت جنسی داشته باشد.

۳۴/۹ درصد افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی بدون خانواده زندگی می کنند. برخی از آنان این اعتقاد را دارند که قربانی یک حادثه بیولوژیک گردیده اند. انگ زدن در این افراد احتمال مصرف مواد، افسردگی و اختلال اضطرابی را در خانواده و نیز خود این افراد بالا می برد (وبر، ۲۰۰۸). افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی، عمل جراحی برای تغییر جنسیت را تنها راه ممکن برای رهایی از وضع موجود می دانند (باربو، ۲۰۱۴).

نظریه ها در باره اختلال هویت جنسی

سه نظریه اصلی روانشناختی در باره هویت جنسی وجود دارد:

۱- نظریه شناخت مبتنی بر رشد

۲- نظریه یادگیری اجتماعی

۳- نظریه روانکاوی

هر سه نظریه معتقدند که والدین تأثیری عمده بر تشکیل، حفظ و مراقبت از هویت جنسی فرزندان دارند، اما آنها اختلاف‌هایی نیز در باره ماهیت دقیق این فرایند با یکدیگر دارند (قجاوند، ۱۳۸۲). در شکل‌گیری هویت جنسی رشد زیستی، فرایندهای فرهنگی و تقلید اجتماعی و عوامل فرهنگی-زیستی به شکل تعاملی مطرح شده‌اند (سنسیپر، ۲۰۰۲، به نقل از کریمی، ۱۳۸۶).

نظریه‌های مختلف دلایل زیر را برای اختلال هویت جنسی مطرح می‌کنند: ژنتیک، عدم تعادل هورمون‌ها در دوران نوزادی و کودکی و عوامل روانی اجتماعی مانند تربیت کودک، نگرش‌های والدین و ترجیح‌های جنسی آنها نسبت به فرزندان، افسردگی مادر، مشکلات در تعامل خانوادگی، اشکال در برقراری ارتباطات بهنجار و یا ترکیبی از این عوامل (جهانگیر، ۱۳۸۴).

نظریه تولد دو جنس گرایی

این تئوری بر این تصور است که جنسیت فرد از بدو تولد مشخص نیست و این فرهنگ است که ما را مجبور به ایفای نقش یک جنسیت مشخص می‌کند. بر اساس جمله معروف سیمون دبوور فرد زن متولد نمی‌شود، بلکه به زن تبدیل می‌شود. بر اساس این تئوری بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی افرادی هستند که جنسیت دوگانه را از بدو تولد در خود حفظ کرده‌اند. در دنیای امروز این تئوری تا حد زیادی مردود به شمار می‌آید. نه تنها عوامل بیولوژیک متعددی در مقابله با آن قرار دارند بلکه بسیاری از افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی آن را نیز رد می‌کنند. آنها خود را نامشخص احساس نمی‌کنند بلکه به قوت می‌توان گفت که خود را حتی زن‌تر از یک زن و یا مرد‌تر از یک مرد معمولی تصور می‌کنند. مشکل

آنها خارج از این مسئله است و آن اینکه پوشش بدن آنها با فهم شخصیتی که از خود دارند تطابق ندارد (سادوک ۲۰۰۷، هاسلبرگ و مینبرگ، ۲۰۱۴).

نظریه نقص تربیتی

پدر همیشه آرزوی داشتن فرزند پسری را داشته و به این دلیل دختر خود را مردانه تعلیم و تربیت می‌کند و یا برعکس. هویت جنسی، بازتاب احساس مردانگی یا زنانگی فرد است. هر کودکی تا سن ۳-۲ سالگی باور محکمی در مورد مرد یا زن بودن خود پیدا می‌کند و راحت و قاطع می‌گوید "من یک پسر" یا "من یک دختر" اما حتی اگر رشد جنسی او طبیعی هم باشد حس نرینگی یا مادینگی فرد کامل نیست و باید رشد و تکامل یابد. هویت جنسی به طور ضمنی به معنای وجوه فیزیولوژیک رفتار مرتبط با مردانگی یا زنانگی است. اما باید بین جنسیت اجتماعی و جنسیت بیولوژیک (زیست‌شناسی) تمایز و تفاوت قایل شد. هر چند در اغلب موارد این دو با یکدیگر متناسب و هماهنگ هستند، یعنی مردان رفتار مردانه و زنان رفتار زنانه از خود نشان می‌دهند. ولی گاه در مواردی چون مبحث ما، جنسیت و هویت جنسی با یکدیگر در تعارض و تضادند. تستوسترون روی نوروتهایی از مغز که در نرینگی (مردانگی) مغز در مناطقی از جمله هیپوتالاموس نقش دارند اثر می‌کند. مطالعات اخیر تفاوت‌هایی را در مغز افراد دچار تی اس مرد به زن نشان داده است. در این افراد هسته‌های هیپوتالاموس و هسته‌های قرمز مغزشان و کوچکتر از دیگر مردان و در قد قواره‌ی هسته‌های مغز زنان بوده است. اما بجز این عوامل بیولوژیک عوامل روان‌شناختی و اجتماعی نیز در پیدایش هویت جنسی مؤثرند. از نظر فرهنگی نقش‌های جنسی مشخص است. از پسرها انتظار نمی‌رود که دخترانه رفتار کنند و از دخترها هم رفتار پسرانه پذیرفتنی نیست. این نقش‌ها آموخته می‌شوند هر چند این یک واقعیت است که برخی پسرها مزاج ظرفی و احساسی دارند و برخی دخترها پرخاشگر و پراثری‌اند. ویژگی اصلی اختلال هویت جنسی ناراحتی شدید و

مداوم شخص در مورد جنسیت تعیین شده‌ی اوست و او تمایل و اصرار دارد که به جنس مقابل تعلق دارد. در بسیاری از موارد، از همان کودکی چه دختر بچه‌ها و چه پسر بچه‌ها از پوشیدن لباس‌های جنس آناتومی‌کال (کالبد شناختی) خودداری کرده و لباس‌ها و بازی‌ها و رفتارهای جنس مقابل را بر می‌گزینند. در موارد زیادی آنها ویژگی‌های آناتومی‌ک خاص خود را رد و انکار می‌کنند. آنها ممکن است از ادرار کردن در وضعیت نشسته خودداری نموده و ادعا کنند که آلت مردانه دارند و یا در آینده پیدا خواهند کرد. این دختران از داشتن پستان خوشحال نبوده و از قاعده شدن متنفرند و چنین بیان می‌کنند که هنگامی که بزرگ شوند مرد خواهند شد. این مرد شدن در پندار آنها به این صورت است که واقعاً یک مرد خواهند شد و نه این که صرفاً نقش یک مرد را داشته باشند (سادوک ۲۰۰۷، هاسلبرگ ۲۰۱۴، مینبرگ ۲۰۱۴).

مراحل تشکیل و رشد هویت افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی

شناخت یک فرد به عنوان فرد مبتلا به اختلال هویت جنسی شامل تعدادی مرحله از اکتشافات تحقیقات و تحلیل‌ها در هر دو بعد و سطح میان فردی و فرافردی می‌شود و طی سالیان دراز مورد مطالعه بوده است. نتایج تحقیقات شامل چهارده مرحله ممکن پیش رو برای یک فرد مبتلا به اختلال هویت جنسی در زندگی پیش فرض شده است که آن مراحل شرح زیر هستند (هاسلبرگ، ۲۰۱۴؛ مینبرگ، ۲۰۱۴):

- ۱- اضطراب دائمی
- ۲- سردرگمی در هویت فردی و جنسی
- ۳- مقایسه‌های هویتی فردی و جنسی
- ۴- کشف افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی
- ۵- سردرگمی در رابطه با افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی
- ۶- مقایسه‌های شناختی و هویتی درباره‌ی افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی

- ۷- تحمل هویت افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی
- ۸- تأخیر قبل از قبول هویت افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی
- ۹- قبول هویت افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی
- ۱۰- تأخیر و مکث قبل از عمل
- ۱۱- عمل تغییر جنسیت
- ۱۲- قبول هویت جنسی در حین عمل و پس از آن
- ۱۳- انسجام روحی
- ۱۴- غرور و مباهات نسبت به جنسیت (هاسلبرگ، ۲۰۱۴؛ مینبرگ، ۲۰۱۴).

مرحله اول: اضطراب دائمی

اولین مرحله از چهارده قدم مدل تشکیل هویت بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی شامل حس اضطراب دائمی درباره هویت فردی و جنسی است. این احساس عبارتست از احساس ناراحتی در ایفای نقش اجتماعی و یا ممکن است بدن فرد به دنبال نشانه‌هایی از خاطرات سال‌های اولیه زندگی باشد یا بخش‌هایی از بدن فرد با گذشت زمان‌های طولانی و نه در وقت معین خود شروع به رشد کند. بنا به گزارش اکثر بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی این احساس اضطراب و نگرانی هویتی همیشه و طی سالیان دراز با آنها بوده حتی پیش از آنکه آنها بتوانند تشخیص دهند و یا تحلیل کنند که این مشکل چیست و چه چیزی باعث این ناراحتی شده است. احتمالاً بعد از مدتی برای آنها روشن شده که ریشه این اضطراب در هویت فردی آنها نهفته است و شروع این احساس زمانبست که آنها در معرض ارتباط با مردم قرار می‌گیرند و احساس می‌کنند در جای واقعی و صحیحی قرار ندارند. اگر چه با گذشت زمان این احساس برایشان شفاف‌تر شده چرا که آگاه می‌شوند نحوه ارتباطات اجتماعی آنها مربوط به جنس مخالف‌شان است و انتظارات مردم از آنها در اجتماع غیر از رفتاری است که

آنها ناخودآگاه از خود بروز می‌دهند. معمولاً زنان تمایل به ابراز هویت مردانه و برقرار ارتباط با آنان را دارند و مردها علاقه مند به بودن با زنان و انجام تکالیف زنانه را دارند.

مردی ۴۷ ساله مبتلا به اختلال هویت جنسی از خاطرات خود چنین می‌گوید: «من هیچ دوستی نداشتم، من با مردم راحت نبودم، تنها آشنایی معمولی، اما منجر به دوستی نمی‌شدند؛ آنها را می‌دیدم، با آنها صحبت می‌کردم اما اصلاً با آنها راحت نبودم. در رابطه با زنان نیز تقریباً به همین صورت بود و من احساس راحتی نداشتم و همیشه فکر می‌کردم و می‌دانستم مردم در ارتباط با من مشکلی دارند من فکر می‌کنم مشکل از هویت من بود.»

این اضطراب دائمی می‌تواند به طول بیانجامد تا زمانی که امکان عمل را از فرد در اجتماع بگیرد. خیلی از کسانی که با این مشکل روبرو هستند به مواد مخدره و الکل روی می‌آورند تا خود را از این اضطراب رها کنند و در بعضی افراد این اضطراب به حدی زیاد می‌شود که گاهی اوقات حتماً به خودکشی منجر می‌شود. (هاسلبرگ، ۲۰۱۴؛ مینبرگ، ۲۰۱۴).

مرحله دوم: سردرگمی درباره هویت اولیه خود

یک واکنش در پی آگاهی از اینکه یک نفر با بقیه همجنسان خود مطابقت ندارد و شبیه نیست این خواهد بود که او از خود می‌پرسد آیا واقعا من متعلق به این جنس هستم؟ کودکان گاهی به آرامی متوجه این تفاوت‌ها خواهند شد و به طور آشکارا اعلام می‌کند که آنها در هویت و جسم اشتباهی قرار دارند. حال آنکه والدین و آموزگاران تمام تلاش خود را خواهند کرد که آنان را از این تفکر منصرف کنند چرا که تمام نشانه‌های اولیه هویت و جنسیت را در آنان مشاهده می‌کنند این نوع فشار اجتماعی و روانی به این افراد کافیت تا آنها را از همان سال‌های اولیه زندگی به یک بی‌خیالی دائمی دچار کند و یا این افکار و احساسات را در سنین رشد و بزرگسالی از دیگران مخفی نگاه دارد و یا حتی از خودشان. اگر چه هنوز در ضمیر خود آگاه و ناخودآگاهشان به این امر معتقدند که واقعا و یا شاید متعلق به گروه جنس

مخالف خود هستند. خیلی از کودکان به راحتی سخن گفتن در رابطه با این مسئله را قطع کرده فانتزی یک آینده متفاوت را برای خود می‌سازند و صبر می‌کنند برای بلوغی که متصور هستند. زمانی که بلوغ از راه می‌رسد و آنها تغییراتی را که برای خود تصور کرده بودند از راه نمی‌رسد و شکل ظاهری بدن آنها به طور دلخواه تغییر نمی‌کند به احتمال زیاد دچار افسردگی شدید و یا حتی خودکشی خواهد شد. یک بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی ۳۶ ساله درباره خاطرات خود چنین می‌گوید: «از زمان دوازده سالگی تاکنون احساس می‌کردم در جسمی اشتباهی هستم و در سنین بلوغ نسبت به جنسیت خود بسیار ناراحت بودم. من در فعالیت‌هایم بسیار محدود بودم و برایم جسمی که در آن بودم معنا نداشت. در سنین ۱۲ تا ۱۸ سالگی من همیشه مشغول مصرف الکل بودم.»

در افراد بزرگسال این واکنش‌ها و سردرگمی‌ها با شدت بیشتری همراه است. چرا که آنها بهتر و بیشتر از کودکان قوانین ایفای نقش و هویت خود را در اجتماع می‌آموزند و کمتر علاقه‌ای به صحبت درباره این مشکل خود را دارند آنها متوجه این موضوع خواهند شد که ممکن است این ادعای سردرگمی برایشان لکه ننگی محسوب شود و آنها را دیوانه یا مریض خطاب کنند در هر سنی حقایق اجتماعی و روانشناختی خیلی از بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی را مجبور خواهد کرد که خود را مطابق نرْم جامعه نشان دهند حال آنکه در درون خود با تضادهایی روبرو هستند.

یک بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی ۴۱ ساله از وضعیت خود می‌گوید: «زمانی که به سن بلوغ رسیدم، خیلی از مسئولیت‌ها بر من تکلیف می‌شدند مانند ملاقات با مردها و وظایف دیگری که بر عهده یک زن است. من سعی به انجام آنها داشتم نه بخاطر اینکه می‌خواستم به این خاطر که مجبور بودم و نمی‌خواستم کسی متوجه شود که من متفاوت از بقیه هستم و خیلی در آن مرحله تلاش کردم انتظاراتی را که دیگران از من داشتند برآورده کنم.»

بنابراین حتی کسانی که به ظاهر بی نقص هستند ممکن است به طور پنهان دارای این اضطراب باشند (هاسلبرگ، ۲۰۱۴؛ مینبرگ، ۲۰۱۴).

مرحله سوم: شرایط جسمانی حاکم

در این مرحله افراد معمولاً این حقیقت را قبول می‌کنند که شرایط جسمی آنها بر هویتشان حاکم است و می‌کوشند راه‌هایی را پیدا کنند که آنها را در مقابل انتظارات اجتماعی و نیازها و خواسته‌های شخصی‌شان راهنمایی کند. در طول این دوران افراد تلاش خواهند کرد راه‌های راحت‌تری را پیدا کنند که در عین زندگی در هویت فعلی خود خواسته‌های خود را که مربوط به هویت جنس مخالف است به دیگران برسانند و تفهیم کنند و بدین طریق بهتر بتوانند خود را با خواسته‌هایی که اجتماع از آنها دارد منطبق کنند. این مرحله شامل مقایسه‌هایی است که فرد می‌کوشد احساسات درونی خود را با انواع مختلف هویت‌ها و رفتارهای متغیر قیاس کند. هویت‌هایی که شناخته شده برای جنس مخالف خود هستند مثلاً مردهایی که رفتارها و ظاهری نسبتاً زنانه برای خود می‌سازند یا زنانی که ظاهری مردانه از خود نشان می‌دهند اگر بروز این هویت‌ها موفقیت‌آمیز بود آن هویت را برای مدتی کوتاه یا دائمی حفظ می‌کنند چرا که نتیجه آن برایشان این خواهد بود که در اجتماع به عنوان عضوی از یک گروه خاص شناخته خواهند شد اما اگر بروز این هویت موفقیت‌آمیز نبود آنها به دنبال مدلی دیگر خواهند بود و از خود می‌پرسند به راستی من که هستم؟ اینگونه تلاش‌ها برای پیدا کردن راحتی و آسایش می‌تواند اشکال گوناگونی داشته باشد. برای دخترها اجرای نقش یک دختر پسروار بسیار متداول است و کمتر مانعی بر سر راهشان است. تا زمان بلوغ اکثر دخترها اجازه دارند که تجربه‌هایی پسرانه داشته باشند و در جامعه نیز پذیرفته هستند گر چه نقش دختر مرد مآب و پسروار در سطح جهانی پذیرفته شده نیست و اما در سنین بلوغ به سرعت پسرانه رفتار کردن برای دختر غیر قابل قبول می‌شود و دخترانی که این رفتارهای را ترک نکنند با موانعی در اجتماع روبرو خواهند شد. گر چه تعادل روانی دخترهایی که رفتارهای بسیار پسرانه

دارند در اجتماع رفته رفته بر هم خواهد خورد چرا که آنها توسط بزرگسالان از سنین کم طرد خواهند شد. سلامت روانی آنها اکثر اوقات به خطر خواهد افتاد زمانی که می‌بینند در سنین بلوغ شرایط جسمی‌شان رو به زنانه شدن می‌رود و اما پسرانی که می‌کوشند راهی بیابند تا مقداری زنانه رفتار کنند به هیچ عنوان در اجتماع پذیرفته شده نیستند که بتوانند در آن حضور بیابند ایفای نقش زنانه از طرف مردان در اجتماع بسیار زننده محسوب شده و نتیجه‌ای جز تجاوز به هر نوع حق از حقوق آنها را در برنخواهد داشت؛ مخصوصاً تجاوز فیزیکی از طرف مردان دیگر. از طرفی زنان مبتلا به اختلال هویت جنسی ممکن است برای ادامه و پرورش شخصیت مردانه خود تلاش کنند در خیلی جهات این حرکت آنها از طرف مردم بدین شکل معنا می‌شود که هویت آنها هویت یک لژیون با صفات مردانه است؛ از این بابت خیلی از بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی زن به طور وسیعی همجنس‌گرایی و دوجنس‌گرایی را تجربه می‌کنند. زنانی که هویت مردانه را برای خود برمی‌گزینند به سرعت در خواهند یافت که زنان زیادی هستند و حتی مردانی که آنها را تحسین می‌کنند و برای صفات مردانه آنها، به ایشان شجاعت می‌بخشند. اما در همین حین لژیون‌های مرد مآب فشارهای زیادی را از طرف جامعه متحمل می‌شوند، به عبارتی دیگر گرچه آنها به جهت دارا بودن صفات مردانه خود در روابط عشقی حمایت می‌شوند اما در روابط عادی اجتماعی خود به اندازه رفتار مردانه‌ای که از خود نشان می‌دهند مورد فشار قرار می‌گیرند.

یک بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی ۳۳ ساله از خاطرات خود می‌گوید: «من اسمم را تغییر دادم. موهایم را کوتاه کردم. لباس‌های مردانه خریدم. از دیگه خود به عنوان یک مرد زندگی کردم اما باقی مردم هنوز من را یک زن می‌دانستند و آن هم یک زن بسیار عجیب و غریب. هیچکس نمی‌فهمید و من خودم هم این مسأله را درک نمی‌کردم که چرا. این یک ابراز هویت ناخودآگاه از شخصیت واقعی من بود.»

به همین شکل مردان ممکن است روش زندگانی را برای خود اتخاذ کنند که در گروه‌ها یا جوامعی بتوانند صفات ذاتی و زنانگی خود را به دیگران نشان دهند همینطور این چنین «تحلیل می‌شود» که تمام مردان همجنس‌گرا زن نما هستند. بعضی از آنها تلاش می‌کنند به عنوان یک همجنس‌گرا یا دوجنس‌گرا زندگی کنند. بعضی اگر فضایی پیدا کنند نامهای زنانه بر خود می‌نهند و لباس‌های زنانه می‌پوشند. بعضی دیگر از بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی (ترانس‌سکسوال‌ها) مرد به دلیل شرایط زندگی با زیرکی و احتیاط بیشتری رفتار می‌کنند و کمتر رفتارهای زنانه از خود بروز می‌دهند دگرجنس‌گرا مرد همچنین ممکن است مبدل پوشی را کشف کرده، ابتدا در خفا و سپس در اماکن عمومی این کار را انجام دهند تا نیازهای درونی خود را برآورده کنند معمولاً در سال‌های اولیه تمرین این نوع پوشش در خفاست و همراه با برانگیختگی و اورگاسم خواهد بود. نعوظ و انزالی که مبدل پوش‌ها احساس می‌کنند همراه و متقارن با رضایت سردرگمی و احساس شرم خواهد بود برغم چنین احساسات ناسازگاری نعوظ و انزالی که از بابت این مبدل پوشی به آنها دست می‌دهد می‌تواند اطمینان زیادی از بابت مرد بودن به آنها بدهد و باعث استحکام هویت اولیه فردی و جنسی آنها برای سالیان دراز خواهد شد، بنابراین جنبه جنسی مبدل پوشی ممکن است به یک مرد اجازه دهد که اطمینان پیدا کند که او یک "مرد" است در حالی که می‌تواند به این «اجازه را نیز بدهد» که او یک زن است. به رغم این مبدل پوشی بسیار قبیح به حساب می‌آید، بنابراین کسانی که مایل به پیمودن این راه هستند ناراحتی‌های روحی و روانی زیادی را متحمل خواهند شد به دلیل اضطرابی که از به نمایش گذاشتن این احساس و مخالف دیگران عاید آنها خواهد شد. هر کدام از این تکنیک‌ها به کار گرفته خواهد شد که به افراد اجازه دهد که هویت اصلی خود را به نمایش بگذارند هر چند مقداری غیرعادی به نظر آید. به اندازه کسب مقدار موفقیت افراد ممکن است سال‌های مختلفی در این مرحله باقی بمانند و کسانی که خود را مبتلا به

اختلال هویت جنسی معرفی می‌کنند ممکن است دریافته باشند که توان این را دارند که مدتی طولانی از این گزینه‌ها استفاده کنند (هاسلبرگ، ۲۰۱۴؛ مینبرگ، ۲۰۱۴).

مرحله چهارم: کشف اختلال هویت جنسی

در زندگی بعضی افراد زمانی پیش خواهد آمد که خود را به عنوان یک بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی خواهند شناخت، زمانی که برای اولین بار درخواهند یافت اختلال هویت جنسی وجود دارد. بعضی از آنها وجود این پدیده را از سال‌های اولیه عمر درخواهند یافت، اما برای اکثریت افراد این پدیده زمانی آشکار خواهد شد که سالیان دراز را با حس اضطراب دائمی سردرگمی هویتی و مقایسه هویتی سپری کرده باشند. برای بعضی از افراد، دانش به اینکه اختلال هویت جنسی وجود دارد فرستاده شده از طرف خدا خواهد بود و همراه با احساسی است که گویا سال‌های زیادی با آن زیسته‌اند. برای اکثر مردم این شکل‌گیری دانش و ادراک باعث شروع دوره جدیدی از سردرگمی هویتی و مقایسه هویتی خواهد بود.

یک بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی ۳۷ ساله کانادایی از تجربیات خود می‌گوید: «من فکر کنم در حدود ۱۷ سال داشتم. من علاقه‌مند به خبرنگاری بودم، به همین دلیل به یک ایستگاه رادیویی رفتم؛ آنجا اولین بار واژه اختلال هویت جنسی را شنیدم و آنجا بود که دریافتم من تنها فردی در دنیا نیستم که اینگونه‌ام. تا آن زمان احساس می‌کردم تنها موجودی هستم که بدین شکل در سیاره زمین یافت می‌شود.»

بعضی افراد فوراً قبول خواهند کرد که یک بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی هستند و با سرعت از چهار مرحله بعدی عبور خواهند کرد. آنها با سرعت کمتر یا بیشتر و با یک آسایش خاطر زیاد، اختلال هویت جنسی بودن خود را خواهند پذیرفت حال آنکه در بعضی دیگر سال‌های زیادی باید بگذرد تا با احساس خود کنار بیایند (هاسلبرگ، ۲۰۱۴؛ مینبرگ، ۲۰۱۴).

مرحله پنجم: سردرگمی در هویت اختلال هویت جنسی

اکثر افرادی که روزی خود را به عنوان بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی خواهند یافت، این واقعه را از مهم‌ترین وقایع زندگی خود می‌دانند. این افراد ممکن است فوراً شروع به پذیرفتن این گزینه یعنی اختلال هویت جنسی بودن برای خود نکنند. آنها ممکن است این نظر را به عنوان یک معیار گرانها حفظ کنند. معیاری که از زمانی به زمان دیگر از آن دور شوند و به طرفش برگردند تا وقتی که آماده شروع برای رسیدگی به ارتباط این امر با زندگی‌شان فراهم شود. با گذشت زمان ایده بیماری اختلال هویت جنسی اهمیت بیشتری پیدا می‌کند و آنها شروع به تعجب می‌کنند که آیا یک بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی هستند؟! بنابراین وارد یک مرحله سردرگمی هویت می‌شوند.

به منظور کمک به این سردرگمی که ایجاد شده و سوالاتی که زائیده این سردرگمی است، افراد در پی جستجوی بیشتر اطلاعات در این باره خواهند بود که واقعاً اختلال هویت جنسی چیست. بنابراین در صدد بر خواهند آمد تا تحقیقات درونی و بیرونی عمیقی را درباره کشفیات اولیه خود داشته باشند. اکثر مردم به سمت اینترنت خواهند رفت تا اطلاعات بیشتر و منابع بیشتری را پیدا کنند. جستجوی عکس‌ها و مطالب پزشکی را خواهند داشت. وقتی اطلاعات آنها انباشته و تکمیل شد آنها بیشتر به طور جدی قبول خواهند کرد که ممکن است یک بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی باشند. فراهم بودن این شرایط آنها را به سمت مرحله بعدی سوق خواهد داد.

زمانی که افراد شروع کرده‌اند برای پذیرفتن این امر که ممکن است بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی باشند مرحله بعد این است که تلاش کنند به یک نتیجه مشخص تری برسند. در این مرحله تمرکز بر روی مقایسه فرد بین موقعیت خود و بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی دیگر و یا مقایسه بین موقعیت خود و افراد همجنس و یا جنسی که تمایل به داشتن آن هستند است. هدف از این مقایسه‌ها این است که فرد دریابد کدام مقایسه شباهت

بیشتری را برایش فراهم می‌کند. در خلال این مرحله، افرادی که روزی به عنوان یک بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی زن به مرد شناخته شده‌اند بیشتر درخواست یافت که مشترکات زیادی با مردان معمولی و بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی زن به مرد دارند تا با زنان. در همین حال کسانی که به این مرحله می‌رسند تلاش‌های خود را برای شناخت و انطباق خود با زنان رها می‌کنند بنابراین شروع به شناخت و ساخت هویت خود به عنوان یک زن مردنما می‌کنند و گاهی حتی به عنوان یک همجنس‌گرای مرد مآب. وقتی آنها چنین مقایسه‌هایی را انجام می‌دهند تمام تمرکز خود را بر روی راه‌هایی دارند که متفاوت است با افرادی که زمانی افراد مرجع آنها به حساب می‌آمدند. بیشتر و بیشتر در می‌یابند که دغدغه‌های زنان آینه نیازهای آنها نیست در صورتی که دل مشغولی‌های مردان نیازهای آنان است. وقتی آنان نتایج این مقایسه‌ها را می‌سنجند، بیشتر و بیشتر در می‌یابند که با خصوصیات آنها و خواسته‌هایشان تناسب زیادی دارد. زمانی که آنها شروع به شناخت خود به عنوان یک بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی احتمالی می‌کنند، همزمان شروع به رها کردن هویت زنانه خود می‌کنند.

یک بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی ۳۴ ساله‌ی درباره خود می‌گوید: «من خودم را محکم به اجتماع لژیون‌ها چسباندم. بنابراین مجبور بودم بر روی جنبه‌های مشخصی از خودم پافشاری کنم. من فکر می‌کردم که مرد هستم اما به این دلیل که تنها مکانی که برای خود می‌دیدم انجمن همجنس‌گراها بود، مجبور بودم خود غیر صادق بینم چرا که مجبور بودم وانمود کنم یک زن هستم در صورتی که نبودم و گاهی اوقات با این مسأله روبرو می‌شدم که به من گفته می‌شد تو متفاوتی. تو یک لژیون مردنما نیستی و به نظر نمیاد یک لژیون باشی.»

مرحله ششم: مقایسه‌های هویتی درباره اختلال هویت جنسی

بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی مرد به زن نیز بسیار شبیه به فرآیند گفته شده در این مرحله هستند. گرچه در آنها بعضی تفاوت‌های قابل ذکر است. کسانی که به سمت شناخت خود به عنوان بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی می‌آیند برای مقایسه هویتی خود از دو راه

کاملاً متفاوت وارد می‌شوند. در یک راه خیلی از بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی مرد به زن شبیه بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی زن به مرد هستند. زمانی که به این مرحله می‌رسند مدتی را به عنوان مردانی زن‌نما زندگی می‌کنند. به مقدار زیاد از هویت مردانگی خود دور می‌شوند و خیلی واضح و آشکارا به صورت مردی زن‌نما اعلام وجود می‌کنند. وقتی آنها خود را با زنان معمولی و یا بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی مرد به زن مقایسه می‌کنند، شباهت و تجانس بیشتری احساس می‌کنند تا با مردان معمولی. دسته‌ای دیگر از مردهایی که به این مرحله می‌رسند وضعیتی دیگر دارند. اقلیت قابل ملاحظه‌ای از مردها به این مرحله بعد از سال‌ها بدون نشان در اجتماع زندگی کردن وارد می‌شوند. این گروه شخصیت زنانه خود را در خفا اما به صورت کامل با نام زنانه، پوشش زنانه، آرایش مدل موی زنانه و زیورآلات به نمایش می‌گذارند و ممکن است در شرایطی وارد اجتماع نیز بشوند. این مردانی که در خفا مبادرت به مبدل پوشی می‌کنند هویت بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی را برای خود برمی‌گزینند. بنابراین مقایسه هویتی آنها بین تجربیات خود و زنان عادی و بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی مرد به زن خواهد بود تا اکتشافات خود را پیش ببرند (هاسلبرگ، ۲۰۱۴؛ مینبرگ، ۲۰۱۴).

مرحله هفتم: تحمل هویت اختلال هویت جنسی

برخی از بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی ممکن است از هویت خود احساس رضایت کنند. اما باقی ممکن است احساس کنند که برایشان کافی نیست و به سمت مرحله بعدی پیش بروند. برای برخی از مردم، مرحله مقایسه هویتی و تحمل هویت بسیار کوتاه و نزدیک به هم است. برای آنها باور امکان بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی بودن به حدی قوی است که قادر خواهند بود به سرعت به سمت تحمل و یا حتی قبول هویت پیش بروند. برای اکثر افراد اما این دریافت چنین هویتی مستلزم طی شدن مسیری تدریجی است. پس از یادگیری اختلال هویت جنسی و رد شدن از مرحله سردرگمی و مقایسه هویتی اکثر افراد به

این نتیجه می‌رسند که هویتی اختلال هویت جنسی بهترین تعریفی است که می‌تواند گویای حال آنها باشد. این مابین مرحله «من واقعاً یک بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی هستم». در خلال این مرحله و مرحله بعد، افراد بیشتر از هویتی که با آن به دنیا آمده‌اند دور خواهند شد. در چنین مرحله‌ای آنها بیشتر قادر خواهند بود که به دیگران و به خود بگویند که در معرض یک تغییر در هویت فردی و جنسی خود قرار دارند. در این مرحله است که هویت بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی شروع به برجسته شدن می‌کند.

یک بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی ۴۹ ساله از این فرآیند چنین می‌گوید: «من احساس می‌کردم به اندازه کافی مرموز و خارق‌العاده هستم. به نظر بی‌رحمانه می‌آید. اما باید اعتراف کنیم که یک چیزی این وسط عجیب و غریب هست می‌دونی؟ همه این مردها با ریش رژ لب استفاده می‌کنند و موهای بلند دارند. من غصه و آسیب‌های زیادی رو شاهد بودم و احساس می‌کردم همه عمرم رو همینطور باید عجیب و غریب بمونم. آنها مردم خوبی هستن اما آیا این باید وضع زندگی من تا همیشه باشد؟ آیا من دوستانم رو از دست خواهم داد و تمام عمرم رو باید همینطور عجیب و غریب بمونم؟ اینها تنها موضوعات ابتدایی بودن؛ من تلاش کردم این افراد رو بشناسم و اونها را انسان‌هایی واقعی دیدم و می‌دونستم که نمی‌خوام به این راه برم و این برای من چشم اندازی بسیار اسفناک بود. چون می‌دیدم چقدر آسیب دیده هستن. من ابتدا تمام نکات منفی این مسأله رو دیدم و بعد بیشتر ذهنم رو کنترل کردم و در خانه نشستم و دوباره بعد از مدتی شروع به تعادل احساساتم کردم» (هاسلبرگ، ۲۰۱۴، مینبرگ، ۲۰۱۴).

مرحله هشتم: تأخیر قبل از پذیرفتن هویت اختلال هویت جنسی

خیلی از افرادی که در راه قبول خود به عنوان بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی هستند وارد دوره‌ای تأخیر می‌شوند تا بتوانند اطلاعات کافی درباره خود و اختلال هویت جنسی دریافت کنند تا مطمئن شوند که آنها جز این گروه هستند و راه حل مناسبی را پیدا کرده‌اند.

در مرحله تأخیر، افراد درگیر تکنیک‌ها و تست‌هایی خواهند شد که ببینند آیا می‌توانند هویتی را بپذیرند که می‌خواهند به آن وارد بشوند. افراد برای هویتی که آنها را به سمت آسایش رهنمون می‌کند تحقیق می‌کنند. در این مرحله آنها نیاز به کسی خواهند داشت که کاملاً با خودشان متفاوت باشد و به مانند یک متخصص بی‌تعصب مشاهده و عمل کند. کسی که ببیند احساسات آنها به اندازه کافی معتبر است یا نه. آنها همینطور کسانی را نیاز خواهند داشت که شباهت زیادی با خودشان داشته باشد. کسی که آینه تمام‌نمای فرد باشد و به او بگوید بله تو از ما هستی. احساسات صمیمانه و یا ارتباطات جنسی یکی از اصلی‌ترین عرصه‌های چنین تست‌هایی هستند. تجربه این احساس صمیمانه و عاشقانه و یا شریک جنسی، فرد قادر خواهد بود که اعتبار و تاییدی بر هویت جدید او باشد و همینطور راهی برای مردود کردن هویت قبلی فرد. بدین ترتیب افراد قادر خواهند بود که به طور کامل هویت اختلال هویت جنسی را برای خود اتخاذ کنند بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی با بدن زنانه که در حال انجام چنین تست‌هایی برای خود هستند اغلب اوقات گواهی‌های با ارزشی از آغاز هویت اختلال هویت جنسی خود را خواهند یافت. زمانی که شریک عشقی و جنسی آنها تاریخچه‌ای از جذب شدن‌هایشان به طرف یک مرد را دارند. در مقایسه بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی که بدنی مردانه دارند نیز ممکن است چنین اکتشافاتی را دنبال کنند اما معمولاً کمتر قادر خواهند بود تا گواهی‌های مورد نظر خود را در ارتباط‌های عاشقانه و جنسی با مردان دیگر و یا حتی زنان دیگر بیابند و مجبورند به ارتباطات زودگذر و با سطحی اکتفا کنند مانند ارتباطات جنسی تصادفی برای گرفتن تاییدیه. زمانی که افراد صمیمی و خودمانی نتوانند چنین گواهی‌های آنها فراهم کنند بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی ممکن است بیشتر در مرحله تأخیر در پذیرش هویت درنگ داشته باشند شاید به صورت دائمی برچسب‌های تشریحی دیگری را برای خود برگزینند مانند عجیب و غریب یا خل و چل و غیر عادی و به طور عکس زمانی که یک ارتباط پیش‌بینی شده به خوبی پیش نمی‌رود و کار نمی‌کند افراد ممکن است آن را دلیلی

بر شکست و درماندگی در هویت اولیه خود بدانند و از هویت اصلی و اولیه خود بیشتر رویگردان شوند. آنها ممکن است ناتوانی خود را در برقراری یک رابطه احساس کرده و تاییدیه‌ای را که می‌خواهند دریافت نکنند در نتیجه روابط خود را دور انداخته و مصمم‌تر شوند تا به سمت هویت ترانس سکسوال خود حرکت کنند.

یک بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی ۳۱ ساله چنین می‌گوید: «بودن با زنان بازخوردی برای من به همراه داشت. عشقی که من دریافت کردم در نتیجه ارتباط جنسی با یک زن بود و برای من یک ارتباط جنسی پر کشمکش بود به این دلیل که من احساس جنسی متفاوتی داشتم. احساس عشقی که در وجود من بود احساس عشقی یک زن نسبت به زن نبود. من احساس می‌کردم یک مرد هستم. این یک محرک کاملاً متفاوت بود و همینطور به این بستگی داشت که شما با یک لژین ارتباط عشقی برقرار می‌کنید یا با یک زن هتروسکسوال (زنی که تمایل به مردها دارد). اکثر کسانی که عاشق من بودند هتروسکسوال بودند و توضیح این تفاوت‌های احساسی برای من مشکل است. چرا که محرک من کاملاً بسته به درجه احساس من دارد چرا که دستاوردهای متفاوتی از ارتباط یک زن با مردش در مقابل ارتباط یک زن با زن دیگر وجود دارد و تفاوت قدرت این دو کاملاً با هم متفاوت است».

افراد در این مرحله همچنین به سمت بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی دیگر برای گرفتن تاییدیه گرایش دارند و آن عده که شانس این را دارند که در گروه‌های حمایت کننده در اینترنت یا اجتماع با بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی دیگر ارتباط برقرار کنند می‌توانند از این بابت به خودشان کمک کنند تا احساسات و تجربیاتشان را با دیگر افراد مقایسه کنند. وقتی در آیینۀ دیگران تصویری از خود را دیدند می‌توانند نتایج بهتری را درباره هویت خود بگیرند. با توجه به دسترسی وسیع به بیوگرافی‌ها، ویدئوهای تصویری، فایل‌های صوتی و غیره قادر خواهند بود تصمیم بگیرند که آیا واقعا بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی هستند یا نه.

به عنوان مثال یک بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی ۴۵ ساله چنین می گوید: «من دوازده ساله بودم، هنگامی که یک داستان را درباره یک بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی خواندم. عکس ها را دیدم و متوجه شدم که آن زن و من تشابهات زیادی با هم داریم و دیدم می توانم کارهای زیادی برای خود انجام دهم چرا که دیگرانی مانند من نیز هستند و منابعی وجود دارند که می توانم در سنین مختلف آنها را دنبال کنم. هجده یا نوزده ساله بودم زمانی که شروع به بررسی این موضوع کردم که من چه کارهایی را می توانم برای خود انجام دهم و برای خود مقداری کتاب خریدم و خواندم و کارهایی از این قبیل باعث شد من درک بیشتری از مشکلم داشته باشم. تصویرهایی که دیدم از نزدیک بودند و بسیار وحشتناک؛ با خود گفتم این هم یک انتخاب ترسناک است! آیا من باید آنقدر عجیب و غریب بمانم با برای خود کاری انجام دهم؟!»

مرحله تأخیر کاربرد دیگری برای خیلی بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی مرد به زن دارد. خیلی از مردهایی که مبدل پوشی دارند به این سوال می رسند که آیا مبتلا به اختلال هویت جنسی هستند و همینطور به سمت مراحل سردرگمی هویتی، مقایسه هویتی و تحمل هویت پیش می روند. در هر کدام از این مراحل بعضی مردها در دریایی از احساس شرم و ترس نسبت به اجتماع و احساسات روانی خود مستغرق می شوند. به طور مقطعی این احساسات در بخش هایی از انزوای اساسی و بنیادی ابراز خواهند شد. در طول مدت انزوا استفاده از پوشش زنانه از زندگی شان بیرون خواهد رفت. بسیاری از مردانی که مبدل پوش هستند و پا به مرحله قبول ترانس سکسوال نمی گذرانند بیشتر از این الگو پیروی می کنند تا از الگوی بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی و این غیر معمول نیست که فردی در طول زندگی خود برای مدتی این الگوی پاک سازی از پوشش زنانه را اجرا کرده و دوباره به سمت مبدل پوشی باز گردد (هاسلبرگ، ۲۰۱۴؛ مینبرگ، ۲۰۱۴).

مرحله نهم: قبول هویت اختلال هویت جنسی

قبول کامل یک نفر به عنوان بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی نشانه یک شروع دیگر است. زمانی افراد به این مرحله دست می‌یابند که اطلاعات کافی را جمع آوری کرده باشند و روی اضطراب خود بسیار کار کرده باشند تا حدی که به دیگران و خودشان بگویند: بله من یک بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی هستم. برای بعضی افراد این مرحله بسیار سریع می‌آید یعنی تقریباً زمانی که اختلال هویت جنسی را در می‌یابند. برای باقی افراد راه برای رسیدن به این مرحله می‌تواند خیلی سخت‌تر و طولانی‌تر باشد. برای همه معنای قبول این هویت عظیم است. برای بعضی افراد چیزی نیست جز باوری شگرف در آخرین سطوح از دانایی به اینکه او کیست و چه کارهایی احتیاج دارد در این باره انجام دهد برای اکثر مردم اما قبول چنین هویتی واقعه‌ای بسیار پیچیده و مبارک است عموماً زمانی که افراد به این مرحله می‌رسند زندگی پیچیده‌ای دارند شامل التزامات متعددی که برای یک هویت جدید متصور شده‌اند. منظره تشکیل دوباره خانواده شامل شغل، عشق، دوستی و ارتباطات معمولی. تمام کسانی که به این مرحله می‌رسند مواجه می‌شوند با این وظیفه که آیا این فرآیند دگرگونی را خود باید انجام دهند و اگر بله چگونه (هاسلبرگ، ۲۰۱۴؛ مینبرگ، ۲۰۱۴).

مرحله دهم: تأخیر قبل از تغییر جنسیت

تا رسیدن به تصمیمی که کسی را یک بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی بنامند تنها یک پله وجود دارد. هر کسی که به این مرحله از شناخت می‌رسد فوراً تصمیم به اتخاذ یک راهکار برای این امر نمی‌کند و نه هر بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی مبادرت به تغییر جسمی یا اجتماعی خود می‌کند. به دلایل گوناگون نظیر سلامت، خانواده و یا مسائل مالی بعضی از افراد تصمیم می‌گیرند و تصور می‌کنند که شرایط آنها تضمینی برای تغییر جنسیت آنها نخواهد داشت و یا آنکه آنها تنها بخشی از اختیارات این چنین تغییری را دارا خواهند شد.

برای آن دسته‌ای که تصمیم به انجام چنین تغییری می‌گیرند معمولاً تجربه یک دوره تأخیر دیگر را خواهند داشت چرا که مراحل عملی زیادی هستند که باید انجام بشوند. عده کمی از افراد در این مرحله دقیقاً می‌دانند که تغییر شامل چه مراحل است و چگونه باید درباره آن عمل کنند. آنها ممکن است اطلاعات عمومی داشته باشند در این باره که دیگران چگونه این عمل را انجام داده‌اند اما آنها "باید" زمانی وقت بگذارند تا دریابند جزئیات دقیقی که برای موقعیت خود باید انجام دهند، چه چیزهایی هستند. اکثر مردم "باید" تعداد عظیمی از مقدمات عملی و شخصی را فراهم کنند. خانواده، دوستان، کارمندان، همکاران و غیره ممکن است نیاز به آماده شدن داشته باشند. پولی باید ذخیره شود و مقدمات توسط مشاوران و پرسنل‌های پزشکی فراهم شوند. آمادگی جسمی باید فراهم شود و افرادی که در این مرحله از حمایت قوی برخوردارند می‌توانند به سرعت از این پله عبور کنند و کسانی که خانواده و بچه دارند و مشکلات دیگر ممکن است تا سال‌ها در این مرحله بمانند.

یک بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی ۴۴ ساله چنین می‌گوید: "من بیکار هستم و بسیار وحشت‌زده. من همه چیزم را گرو گذاشتم چگونه می‌توانم این کار را انجام دهم؟ من نمی‌خواهم در یک گروه و در جمع کار کنم. من نمی‌توانم فشار را تحمل کنم. من حتی سعی هم نخواهم کرد. می‌دانم به خودم گفتم نه من نمی‌تونم این کار را انجام بدهم. بهتره فراموشش کنم. هیچ آینده‌ای برای من وجود ندارد. فقط سن من داره بیشتر می‌شود و عجیب‌تر از نظر ظاهری می‌شوم. هیچکس نمی‌خواد عجیب و غریب باشد. اما معنی ندارد بخوای خودتو نگران عمل جراحی کنی؛ چون به هر حال نمی‌تونی این کار را انجام بدی، بخاطر مشکلات مالی یا هر مشکل دیگه‌ای".

در طول مدت این تأخیر اختلال هویت جنسی بیشتر به سمت واگذاری هویت اولیه خود پیشروی می‌کنند که می‌تواند به نوبه خود یک تلاش خاص باشد. در این نقطه افراد به این سمت می‌روند که خود را به عنوان یک بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی قبول کنند در حالی

که کسانی که در اطراف آنها شاهد هستند چیزی محسوس از تغییرات دریافت نکنند. اگر چه افراد در این مرحله خیلی قوی تر و محکم تر شناخته خواهند شد و به سمت اجتماعی شدن هر چه بیشتر قدم بر می‌دارند. آنها شروع می‌کنند تا راه‌های جدیدی را برای زندگی در این دنیا بیابند و قادر خواهند بود مقداری از این راه‌ها و تجربیات را در زمان قبل از عمل تغییر برای خود به کار ببندند. اما ارتباط چیزی که افراد برای خود پیش‌بینی می‌کنند و چیزی که می‌توانند انجام دهند بسیار کم است. در این مرحله بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی زن به مرد نتایج متفاوتی نسبت به بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی مرد به زن دریافت می‌کنند. بالغ بر صد سال گذشته، تلاش‌های فمینیست‌ها درهای بیشتری را برای حضور انواع زنان بر روی آنها گشوده تا برای مردان در اجتماع به عنوان نتیجه اجتماع درجه تحمل بیشتری برای پوشش مردانه برای زنان را از خود نشان داده خیلی از بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی با بدن زنانه، بنابراین قادر شده‌اند تا خود را هماهنگ کنند با ظاهری که پس از عمل جراحی برای خود اتخاذ خواهند کرد. افرادی با بدن مردانه اما فضایی در اجتماع نداشته‌اند تا به طور آزاد زنانگی خود را تمرین کنند و چنین آمادگی را برای بعد از عمل خود نمی‌توانند فراهم کنند به همین دلیل کشمکش‌ها و مبارزات زیادی برای ترانس‌سکسوال‌های مرد به زن رقم خواهد خورد (هاسلبرگ، ۲۰۱۴؛ مینرگ، ۲۰۱۴).

مرحله یازدهم: عمل تغییر جنسیت

آغاز مرحله تغییر جنسیت است. این مرحله ممکن است شامل تغییر حضور اجتماعی فرد، روان درمانی، هورمون درمانی و انواع مختلفی از عمل‌ها باشد. بعضی افراد به زودی احساس خواهند کرد که باید عمل تغییر جنسیت را به محض آمادگی روانی انجام دهند. باقی افراد درمی‌یابند که عمل جراحی را تنها زمانی که روان‌درمانی را آغاز کردند و یا تغییرات محسوسی را از حضورشان در اجتماع نظاره‌گر بودند باید انجام دهند. افراد مختلف، عملکردهای مختلفی برای رویارویی با عمل تغییر جنسیت خواهند داشت. بعضی حداقل را

برخواهند گزید که البته تأثیری در نگاه دیگران نسبت به آنها خواهد داشت. باقی درخواست هر تغییر ممکن را خواهند داشت بعضی از آنها زمانی می‌پندارند دیگر نیازی به تغییر ندارند که از طرف دیگران پذیرشی را که می‌خواهند دریافت کنند و هویتی را که نیاز به آن داشته‌اند به دست بیاورند. بعضی دیگر می‌پندارند که هنوز در حال تغییر هستند تا زمانی که هورمون درمانی و یا تمام عمل‌های تغییر جنسیت را انجام دهند. کلاً بدین معناست که طبقه تغییر در بعضی افراد می‌تواند بسیار کوتاه باشد. به اندازه‌ای که موقعیت آنها در اجتماع تغییر کند و برای افرادی دیگر این تغییر نیازمند تمام مراحل هورمون درمانی و جراحی‌های لازم است. مرحله تغییر می‌تواند هم نشاط بخش باشد و هم مستلزم تلاش. در خلال این مرحله افراد می‌توانند مدت‌های طولانی را در اجتماع باشند و نقش جدید را تمرین کنند، بی آنکه هویت اصلی برای دیگران و خودشان مشخص باشد. از طرفی نشناختن اینکه او کیست یعنی شناخته نخواهد شد که او کیست (فکر کنم یعنی کسی که خود را شناسد از طرف دیگران نیز شناخته نخواهد شد). بدین ترتیب می‌تواند کاملاً نامعین و دشوار باشد اما باز از طرفی در نگاه روزانه نسبت به کسی که از زندگی سابق خود پر از اضطراب بوده، خارج شده و به یک زندگی که نیازهای او را تامین می‌کند وارد شده می‌تواند منبع عالی برای اعجاب و شادمانی باشد. تغییر همچنین می‌تواند به این معنا باشد که قسمتی از یک زندگی را به کناری بیندازد. این حرکت و کوچ از یک سری تجربیات که در بردارنده زندگی در قالب یک زن یا یک مرد می‌باشد می‌تواند به مانند یک مرگ در یک بخش بزرگ زندگی باشد. بنابراین عمل تغییر جنسیت می‌تواند غمی با خود به همراه آورد که فرد مدتی بوده و پس از مدتی از بین رفته و دیگر در آن هویت نخواهد بود. مالیخولیایی که به همراه این بدرود و خداحافظی است ممکن است بسیار برای شناخت سخت و یا غیر قابل اعتراف باشد. زیرا افراد ممکن است احساس کنند دچار شک برای عمل تغییر جنسیت یا تصمیمات دیگرشان شوند. در طول مدت تغییر، همه نوع فعالیت‌های تکراری و روزانه مانند خرید از مغازه، غذا خوردن در رستوران، استفاده از

توالت عمومی و دیگر فعالیت‌ها می‌تواند بسیار اضطراب‌زا باشند. هر تعاملی با افرادی که از وضعیت آنها ناآگاه هستند می‌تواند برای افرادی که در حال انجام این تغییرات هستند ناراحت کننده باشد. اگر چه بعضی افراد ممکن است عکس‌العمل‌هایی از خود نشان دهند که باعث ایجاد احساس ترس و حالت تدافعی و دیگر احساسات مخرب در آنان در این مرحله شود. اما در طول انجام تغییرات آنها همچنین می‌توانند با توجه به تغییرات مثبتی که در خود می‌بینند از لحاظ روحی تقویت شوند. بعد از زمانی طولانی که در زندگی قادر به بیان و نشان دادن خودشان نبودند در می‌یابند که امورات غلط در رابطه با زندگی آنها تصحیح شده چرا که می‌بینند مردم نیز آنها را طوری می‌بینند که مدت‌ها خود آنها خودشان را تصور می‌کردند و می‌شناختند. همچنین از مردم تاییدیه دریافت می‌کنند. در طول این مرحله اثر هورمون تستوسترون بسیار قابل توجه است بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی زن به مرد فایده‌های زیادی از تستوسترون خواهند دید. مثل تغییراتی که در تغییر صدا، حجم ماهیچه‌ها، رویش موها و تغییر در موهای سر روی خواهد داد. این تأثیرات به این معناست که بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی زن به مرد از طرف اجتماع به عنوان مرد شناخته خواهند شد، حتی قبل از اینکه عمل جراحی بر روی آنها انجام شود. به این معناست که کسانی که از هورمون تستوسترون استفاده می‌کنند به سرعت تغییرات حضور در اجتماع برایشان خواهد بود. به همین شکل اما کمتر می‌توان چنین شرایطی را برای بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی مرد به زن تصویر کرد، چرا که تغییر شرایط آنها و از بین بردن مردانگی مردان می‌تواند بسیار سخت باشد. اگر چه بسیاری از مردان تنها با هورمون درمانی حتی قبل از انجام عمل توانسته‌اند به عنوان زن در اجتماع زندگی کنند؛ وقتی نوبت به تغییرات از طریق پروسه عمل جراحی می‌رسد، معمولاً یک احساس رضایت ابتدائی به عنوان نشانه‌ای از مرحله عمل توسط بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی مرد به زن مشاهده شد. در حالی که چنین رضایتی در بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی زن به مرد دیده نمی‌شود. چون عمل تغییر جنسیت در بیماران

مبتلا به اختلال هویت جنسی زن به مرد به صورت مخفی انجام خواهد شد که طول سالیان دراز ادامه خواهد داشت و رضایتی آنی را به دنبال ندارد (هاسلبرگ، ۲۰۱۴؛ مینبرگ، ۲۰۱۴).

مرحله دوازدهم: قبول هویت در حین جراحی

الزاماً احتیاجی به پایان عمل جراحی برای شروع قبول هویت خود نیست. برای خیلی از افراد قبول هویت بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی مصادف و برابر است با قبول خودشان به عنوان عضویت در گروه جنسیتی که خواهان آن هستند. حتی اگر اندامشان چنین چیزی را نشان ندهد. خیلی از افراد اما دلایل محکم تری را احتیاج دارند تا بپذیرند وارد هویتی جدید شده‌اند؛ اولاً احساس خودشان به عنوان کسی که جنسیتش را تغییر داده، ممکن است حتی به نظر خودشان گول زنده و مصنوعی بیاید. آنها ممکن است احساس کنند که ادعایشان برای عضویت در گروه جدید نا استوار است و به آسانی قابل مبارزه است به دلیل تغییراتی که فقط اندکی از آن می‌گذرد. به دلیل طبیعت نزدیک آنها بعد از عمل بدن و به دلیل این حقیقت که آنان مراحل تغییری را نیاز دارند، که به ادعاهایی که دارند دست پیدا کنند. با گذشت چند ماه یا چند سال افرادی که در هویت جدید خود زندگی می‌کنند در خواهند یافت که به‌راستی زندگی به عنوان یک عضو از جنسیت جدید یعنی چه. با گذشت زمان و کسب تجربیات بیشتر احساسشان نسبت به جنسیتی که در آن هستند واقعیت پیدا خواهد کرد و متعادل‌تر خواهد شد. به علاوه به مرور زمان و یافتن این موضوع که آنها چه کسی هستند و تأییدیه‌هایی که از اجتماع دریافت می‌کنند و خود را در آینه دیگران دیدند، اضطرابی که مدت‌ها با آن دست به‌گریبان بودند از بین خواهد رفت و به جای آن با احساس قبولی از طرف خود روبرو خواهند شد. خیلی از مردم درمی‌یابند که احساس بی‌قراری هویتی آنها جایگزین رضایت مندی از هویت جدید شده است (هاسلبرگ، ۲۰۱۴؛ مینبرگ، ۲۰۱۴).

مرحله سیزدهم: انسجام

کسانی که در حال عمل جراحی و تغییر جنسیت هستند، معمولاً به طور یک‌پارچه و تمام و کمال وارد اجتماع می‌شوند. این معمولاً پروسه‌ای تدریجی است، اگر چه برای بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی زن به مرد بیشتر قابل اجراست، تا بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی مرد به زن. زمانی بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی قادر و راحت‌تر می‌شوند و به عنوان مردان و زنانی بی‌هیچ نشان و عیبی در زندگی شناخته می‌شوند، حقیقت عمل تغییر جنسیت و بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی بودنشان کمتر برایشان قابل توجه خواهد بود. به عبارتی آن حقیقت برایشان کم‌رنج خواهد شد و با گذر زمان افراد از نظر روحی قوی و محکم‌تر می‌شوند. گر چه هیچکس نمی‌تواند گذشته خود را پاک کرده یا از آن فرار کند. سرگذشت ما همیشه با ماست حتی بعد از احساس انسجام کامل همیشه فرد باید توجه کند که چه مقدار و چگونه اطلاعات درباره بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی بودن آنها در دسترس دیگران قرار می‌گیرد. بنابراین برای این آینده قابل پیش‌بینی برای تمام بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی با مبارزه‌ای برای مدیریت کردن و پنهان کردن این رسوایی روبرو خواهند بود.

یک بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی ۴۱ ساله از تجربیات خود می‌گوید: "زمان‌هایی هست که من انتخاب می‌کنم در این باره صحبت نکنم، چون هدفی در آن نیست. مثلاً من هیچوقت به پمپ بنزین نمی‌روم و در این باره به آنها اطلاع دهم اما اگر اتفاق افتاد من در این باره خیلی راحت صحبت می‌کنم و کاملاً مشتاق خواهم بود که به سؤال‌ها در این باره پاسخ بدهم. این یک چیز ترسناک بوده و هنوز هست. مثلاً من نمی‌دانم در آینده چه اتفاقی خواهد افتاد. زمانی که مجبور به صحبت کردن می‌شوم از این می‌ترسم که پس از سخنان من، مردم دیگر من را جدی نگیرند یا فکر کنند من دیوانه هستم یا چندش آورم یا اصلاً من را قبول نکنند (هاسلبرگ، ۲۰۱۴؛ مینبرگ، ۲۰۱۴).

مرحله چهاردهم: غرور و افتخار

غروری که در اینجا استفاده شده، در بردارنده دو بخش فردی و سیاست. افرادی که هویت اختلال هویت جنسی خود را با غرور در معرض نمایش می‌گذارند، خیلی آزادانه درباره بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی بودن در موقعیت‌های مختلف و مربوط سخن می‌گویند. بعضی افرادی که هویت اختلال هویت جنسی خود را به نمایش می‌گذارند، فعالیت‌هایی برای حقوق سیاسی بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی انجام می‌دهند. در حالی که خیلی افراد به صورت پنهانی و خصوصی به دلیل بهره‌مندی از توجه مردم این فعالیت‌ها را انجام می‌دهند. آن دسته از بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی که در خود به احساس غرور و افتخار دست می‌یابند، اعمال زیادی را در مبارزه با ترس‌های شایع، کم‌تحملی و عداوت‌های علیه بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی انجام می‌دهند. تا آن زمان که جامعه به ائتلافی عالی برای پذیرش بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی برسد. بقا و نگهداری از این غرور و افتخار برای ادامه تلاش‌ها لازم خواهد بود. لازم به ذکر است همراه با خیلی از مراحل که در این مدل گفته شد مرحله غرور و افتخار وجود خواهد داشت. افراد ممکن است در هویت اولیه و اصلی که با آن به دنیا آمده‌اند نیز احساس غرور کنند یا در هویتی که در حین عمل تغییر جنسیت داشته‌اند؛ ممکن است در مرحله سردرگمی هویتی، مقایسه هویتی، تحمل هویتی قبول تأخیر و غیره احساس غرور کنند چرا که این شجاعت را داشته‌اند که تمام طول این سفر را بپیمایند.

یک بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی ۳۴ ساله این احساس را به زیبایی بیان می‌کند: «من خیلی به خود می‌بالم و افتخار می‌کنم که شجاعت این کار را داشته‌ام. این همیشه سخت است که بخواهی برای دیگران توضیح بدهی. چرا که تصورات بسیار غلطی وجود دارد که بخواهی آنها را برطرف کنی. حال عمومی من خوب است. من شجاعت این را داشتم که

آرزویم را برآورده کنم و بر موانع بزرگ غلبه کنم. من مفتخرم با مشکلی مواجه شدم که به نظر غیر قابل حل می‌آمد (هاسلبرگ، ۲۰۱۴؛ مینبرگ، ۲۰۱۴).

نتیجه

مرحله کشف خود در راهی که بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی می‌پیماید، تنها برای خود او منحصر به فرد نیست. خیلی مردم در خیلی گذرگاه‌های زندگی به مراحل تغییر ژرفی می‌رسند که خود را کاملاً متفاوت با آن چیزی می‌بینند که قبلاً بوده‌اند. بعضی از این راه‌های تغییر متداول و معمول هستند و برخی دیگر بیشتر خاص هستند. بنابراین احتیاج به مبارزه بیشتری خواهد داشت. کسانی که برای شناخت خود به عنوان بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی می‌آیند، باید با بعضی باورها و ترس‌های اجتماعی روبرو شوند، تا تبدیل به خود واقعی‌شان گردند. همچنین "باید" با ارزش‌ها و اضطراب‌های خاص خود روبرو شوند. برای شناخت یک نفر به عنوان بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی، نیازمند آزمایش‌های فردی شجاعت و صداقت هستیم. بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی بودن به هیچ عنوان یک پروسه آسان نیست (هاسلبرگ، ۲۰۱۴؛ مینبرگ، ۲۰۱۴).

نشانه‌های اختلال هویت جنسی

اختلال هویت جنسی هنگامی روی می‌دهد که رفتار و روحیات فرد با اندام جنسی هماهنگی نداشته باشد. ریشه بسیاری از اختلال هویت جنسی در کودکی شکل گرفته است. احساس حقارت در کودکی، حس و قریحه زیبا شناسی بالا؛ تجربه‌ها و آزارهای جنسی در کودکی؛ اختلال روانی و رفتاری و اضطراب جدایی از والدین از ریشه‌های اختلال هویت جنسی در کودکی است. ناسازگاری والدین با همدیگر، عدم ممانعت از پوشیدن لباس‌های جنس مخالف در کودکی؛ حضور فیزیکی مادر و عدم حضور پدر در خانواده، حکمرانی مادر در خانواده، تحقیر در خانواده و افسردگی والدین از عوامل خانوادگی اختلال هویت جنسی

در افراد است. مربی مهدکودک‌ها و بسیاری از دبستان‌های پسرانه کشور خانم هستند و پسرها حدود تا ۱۳ سالگی تحت تعلیم آن‌ها قرار می‌گیرند، در حالی که مریدان خانم به جنس موافق خود توجه دارند و احساسات بروز می‌دهند و این امر سبب می‌شود که پسرها روحیات دخترانه پیدا و اختلال هویت جنسی پیدا کنند. نظریه کوئیر دربارهٔ هویت جنسی می‌گوید که انسانی که به طور کامل جنس مذکر یا مؤنث باشد در دنیا وجود ندارد و انسان به هر مدلی می‌تواند هویت جنسی خود را تعیین کند. نظریه کوئیر مخالف آیات و روایت اسلامی است و در آیات فراوانی از قرآن به طور صریح به اختلاف جنسیت انسان‌ها، حیوانات و حتی گیاهان اشاره شده است. بسیاری از کسانی که اختلال هویت جنسی دارند با روش‌های روانشناسی و روانکاوی درمان می‌شوند و برای این اختلال نباید عمل تغییر جنسیت انجام داد. روش درمان این اختلال بسیار کوتاه مدت و آسان ولی در نوجوانی و جوانی امکان‌پذیر ولی طولانی مدت و سخت است. ایران بیشترین آمار در عمل تغییر جنسیت را در سطح آسیا دارد. در اروپا تنها ۳٪ از کسانی که اختلال هویت جنسی دارند تقاضای عمل تغییر جنسیت دارند که آن‌ها دوسال زیر نظر روانشناسان بررسی می‌شوند و اگر در این مدت هیچ میلی به جنس موافق خود نداشتند؛ اجازه این عمل از سوی آن‌ها صادر می‌شود. در ایران به طور قانونی باید ۸ جلسه روانشناس بیماری که اختلال هویت جنسی دارد تحت مراقبت و بررسی قرار دهد، که این امر حدود دو سال طول می‌کشد ولی متأسفانه بسیاری از روانشناسان در همان جلسه اول حکم عمل تغییر جنسیت آن‌ها را امضا می‌کنند. با عمل تغییر جنسیت، هویت اصلی انسان تغییر نمی‌کند بلکه ظاهر جسمی انسان تغییر کرده و فرد پسرنا یا دخترنا می‌شود. ۶۰٪ کسانی که به سبب اختلال هویت جنسی عمل تغییر جنسیت انجام دادند، دچار افسردگی شده و برخی از آن‌ها دست به خودکشی زده‌اند (مهکام، ۱۳۹۳).

کودکان مبتلا به اختلال هویت جنسی اغلب اوقات علائم ذیل را نشان می‌دهند:

- تمایل نشان دادن به بودن در جنس مخالف (از جمله قلمداد کردن خویش به عنوان عضوی از جنس مخالف خویش و صدا کردن خویش با اسم جنس مخالف)
- نفرت داشتن و منزجر بودن از دستگاه تناسلی خویش (پسران ممکن است تمایل به نداشتن آلت مردانه نشان دهند. دختران ممکن است از رشد پستان‌های خویش و قاعده شدن بترسند و ممکن است از نشستن در هنگام ادرار کردن خوداری کنند. همچنین آنها ممکن است پستان‌های خویش را محکم ببندند تا مشخص نباشند.)
- اعتقاد دارند که آنها بزرگ می‌شوند تا به جنس مخالف تبدیل شوند.
- طرد شدن از طرف گروه همتا
- پوشش و رفتار نوعی جنس مخالف را بر می‌گزینند (برای مثال ، یک زن ، لباس زیر مردانه می‌پوشد.)

- کناره‌گیری کردن از تعامل و فعالیت‌های اجتماعی
- احساس انزوا، افسردگی و اضطراب داشتن

بزرگسالان مبتلا به اختلال هویت جنسی اغلب اوقات علائم زیر را بروز می‌دهند:

- تمایل به زندگی کردن به عنوان جنس مخالف
- تمایل به خلاص شدن از اندام‌های تناسلی خویش
- پوشش و رفتار نوعی جنس مخالف را نشان دادن
- کناره‌گیری کردن از تعامل و فعالیت اجتماعی
- احساس انزوا، افسردگی و اضطراب

ارزیابی‌های تشخیصی، روانشناختی و شخصیتی بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی همه افراد تمایل به رفتارهای دوگانه زنانه یا مردانه دارند. اختلال هویت جنسی توسط فرد متخصص در زمینه سلامت روان (روانپزشک‌ها و روانشناس) تشخیص داده می‌شود. یک تاریخچه پزشکی کامل گرفته می‌شود و آزمایشات روانشناختی انجام می‌شوند تا دیگر علل احتمالی برای این اختلال همچون افسردگی، اضطراب و یا جنون رد شوند. زمانی که ارزیابی‌ها وجود تمایل پایدار برای جنس مخالف بودن را تایید و تصدیق کرد، اختلال هویت جنسی تشخیص داده می‌شود.

بر اساس توافق گسترده بین پژوهشگران، به نظر می‌رسد عوامل شخصیتی یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر پیش آگهی و موفقیت یا شکست جراحی بازسازی دستگاه تناسلی در بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی است، اما این موضوع به طور مستقیم بررسی نشده است (باربو، ۲۰۱۴).

ارزیابی شخصیت بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی، اطلاعات باارزشی در مورد تشخیص، پیش آگهی و درمان آنها به دست می‌دهد. در بیمارانی که دارای مشکلات شخصیتی نیز هستند، جراحی جوابگوی مشکلات آنها نیست، چه بسا ممکن است وضعیت آنها وخیم‌تر شود (دادفر، یکه یزدان دوست و دادفر، ۱۳۸۸). تصمیم‌گیری بهتر در مورد درمان بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی مستلزم ارزیابی عینی شخصیت آنها می‌باشد (دادفر، دادفر و دادفر، ۱۳۸۸).

محمدی (۱۳۸۶) گزارش داد که بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی در مقایسه با افراد عادی تفاوت معنی‌داری در مقیاس‌های هیستری، افسردگی، نگرانی سلامتی و شخصیت نوع A داشتند. دچار علائم خودبیمارانگاری، اسکیزوفرنی و اشکال در روابط اجتماعی بودند. مردان مبتلا به اختلال هویت جنسی در مقایسه با مردان عادی تفاوت معنی‌داری در مقیاس‌های دفاعی بودن، افسردگی، ضعف روانی، انحراف اجتماعی روانی، مردانگی زنانگی، پارانویا، اضطراب

و افکار عجیب داشتند. زنان مبتلا به اختلال هویت جنسی در مقایسه با زنان عادی تفاوت معنی داری در مقیاس‌های هیستری، مردانگی، زنانگی، عزت نفس پایین، ترس‌ها، نگرانی سلامتی، بدبینی، اشکال در روابط اجتماعی و مداخله‌های درمانی داشتند. آنها اضطراب و افکار عجیب و غریب داشتند. میانگین نمره زنان مبتلا به اختلال هویت جنسی در مقیاس خشم بالاتر از میانگین نمره مردان مبتلا بود. میانگین نمره مردن مبتلا به اختلال هویت جنسی در مقیاس‌های پارانوئا، افسردگی، افکار عجیب و عزت نفس پایین بالاتر از میانگین نمره زنان مبتلا بود.

دادفر، دادفر و دادفر (۱۳۸۸) گزارش دادند که بر اساس MMPI-2 برافراشتگی نمرات در بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی به ترتیب در مقیاس‌های بالینی خودبیمار انگاری (۱)، انحراف اجتماعی - روانی (۴)، ضعف روانی (۷) و اسکیزوفرنی (۸) بود. آنها نتیجه گرفتند که وجود نمرات در مقیاس‌های بالینی Pt، Pd، Hs، و Sc لزوم در نظر داشتن تعامل عوامل روانشناختی فردی و فرهنگی و همچنین دقت بیشتر در امر تشخیص و درمان این بیماران را مطرح می‌نماید.

شناخت اختلالات شخصیت در بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی می‌تواند در افزایش کیفیت کمک به این بیماران موثر باشد (نوریان، دولتشاهی و رضایی، ۱۳۸۷، زینعلی، خسروجاوید و گلبندی حقیقت، ۱۳۸۸).

پژوهش نوریان، دولتشاهی و رضایی (۱۳۸۷) نشان داد که بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی در مقیاس‌های وابسته، نمایشی، ضداجتماعی، منفعل مهاجم، مرزی و پارانوئید MCMI-II نمرات بالاتری را نسبت به افراد عادی به دست آوردند و اختلاف آنها از لحاظ آماری معنی‌دار بود.

دادفر، یکه یزدان دوست و دادفر (۱۳۸۸) گزارش دادند که بر اساس MCMI-II رمزهای دوتایی ۷۵ (وسواسی - خودشیفته، ۴ مورد) و ۱۷ (اسکیزوئید - وسواسی، ۲ مورد) فراوان‌ترین

ترکیب‌های رمز در بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی بودند. فراوان‌ترین الگوهای شخصیتی در این بیماران خودشیفته (۲۲٪) و سواسی (۲۹٪) بودند. آنها نتیجه گرفتند که فراوانی الگوهای شخصیتی در بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی بالا است و باید در ارزیابی و برنامه‌ریزی بیماران در نظر گرفته شود.

موحد و حسین زاده کاسمانی (۱۳۸۹) تفاوت معنادار میانگین اختلال هویت جنسی و کیفیت زندگی را در بین افراد عمل کرده و عمل نکرده نشان دادند. در بین افراد عمل نکرده، اختلال هویت جنسی تنها با آسایش روانی و شاخص کل کیفیت زندگی رابطه معنادار داشت اما در بین پاسخ‌گویان تغییر جنسیت داده، اختلال هویت جنسی با ابعاد کیفیت زندگی به غیر از کیفیت محیطی و شاخص کل کیفیت زندگی رابطه معناداری داشت. تراجنسی‌هایی که نیازهای اولیه خود را تأمین کرد و به دنبال رفع نیازهای بالاتر هستند، از اختلال هویت جنسی‌شان به شدت کاسته شده و کیفیت زندگی‌شان به مراتب افزایش می‌یابد. این مسئله بیانگر متفاوت بودن سطوح کیفیت زندگی مبتلایان به اختلال هویت جنسی با توجه به تفاوت سطح نیازهای آنان متفاوت می‌باشد.

مومنی جاوید، مهرآور، شعاع کاظمی، مهرانگیز (۱۳۹۰) گزارش دادند که بین افراد سالم و بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی در متغیر ویژگی‌های شخصیتی در آزمون پنج‌عاملی شخصیت نئو، تفاوت معناداری وجود داشت. ابعاد روان رنجوری، تجربه‌گرایی و برون‌گرایی در افراد بیمار نسبت به افراد سالم در سطح بالاتری بود، ولی افراد سالم به لحاظ توافق نسبت به افراد بیمار در سطح بالاتری بودند. بین افراد سالم و بیمار به لحاظ وجدانی بودن تفاوت معناداری مشاهده نشد.

بشارت، تولائی‌ان و لواسانی (۱۳۹۱) گزارش دادند 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 هیچ یک از سبک‌ها معنادار نبود. به طور کلی 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.

فیروزی، عیدی بایگی و خواجه‌الدین (۹۳-۱۳۹۲) گزارش دادند که متقاضیانی که به کلینیک‌های روانشناسی به منظور تغییر جنسیت مراجعه می‌کنند، بایستی با ابزارهای تشخیصی و مصاحبه بالینی مورد بررسی دقیق قرار بگیرند. به تشخیص افتراقی و بررسی اختلالات همبود نیز توجه شود و با توجه به قضاوت بالینی به آنها مجوز تغییر جنسیت داده شود و از درمان‌های روانشناختی نیز استفاده گردد؛ بر اساس آزمون MMPI ویژگی‌های شخصیت مرزی، شخصیت‌نمایشی و فقدان ابراز وجود و افسردگی در بیمار مشاهده گردید. هر دو مورد از مراجعین تقاضای تغییر جنسیت دارند؛ ولی شرایط و مشکلات روانشناختی متفاوتی را تجربه می‌کنند. بنابراین بایستی قبل از درمان از طریق جراحی، روان‌درمانی صورت بگیرد.

بشارت و تولائیان (۱۳۹۳) گزارش دادند که بالاترین نمرات به‌دست آمده در ابعاد مشکلات بین شخصی به ترتیب مربوط به افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی تغییر جنسیت نداده، افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی تغییر جنسیت داده و افراد عادی بود. تفاوت بین تغییر جنسیتی‌ها و افراد عادی در مشکلات بین شخصی معنادار نبود. تغییر جنسیت افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی میتواند مشکلات بین شخصی آنها را تا حدی کاهش دهد.

دادفر، دادفر و وفا (۱۳۸۶) گزارش دادند که بر اساس MCMI-II فراوانترین نشانگان‌های بالینی در بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی در مقیاس‌های اضطراب (A) و افسرده‌خویی (D) می‌باشند. همایندی اختلالات طیف اوتیسم و اختلال هویت جنسی مشاهده می‌شود (حشمتی و حسینی فر، ۱۳۸۸).

عسکری، صابری، رضایی و دولشاهی (۱۳۸۶) گزارش دادند که بر اساس SCL-90-R شیوع انواع متفاوت آسیب‌های روانی در بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی حدود ۲۰٪ است. بیشترین اختلال همراه، افکار پارانوئیدی با شیوع ۳۸٪ بوده و اختلالات شایع بعدی به ترتیب شیوع شامل هراس، جسمانی‌سازی و حساسیت در روابط بین فردی بود. پسران در کلیه مقیاس‌ها نسبت به دختران اختلالات بیشتری داشتند بخصوص در دو مورد حساسیت در روابط بین فردی و افکار پارانوئیدی این اختلاف معنی‌دارتر بود. آنها نتیجه گرفتند که شیوع آسیب‌های روانی در این بیماران چندان بالا نبوده، پسرها نسبت به دخترها آسیب روانی بیشتری داشتند.

بر پایه آمارهای موجود در سطح جهان، بین ۴۰ تا ۶۰ درصد از بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی به دلیل فشار ناشی از تضاد جسم و روح خود، دست به خودکشی می‌زنند و بقیه بیماران هم یا با انجام عمل جراحی تغییر جنسیت می‌دهند و یا به افسردگی‌های شدید مبتلا می‌شوند.

افراد دچار اختلال هویت جنسی دچار رضایت مندی کمتری از زندگی هستند و پژوهش‌ها نشان داده است بین مؤلفه هوش معنوی و رضایت مندی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد (تیرگری، ۲۰۰۶). از سوی دیگر افراد دچار اختلال هویت جنسی از سطوح پایین‌تری از خودپنداره برخوردارند و پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد با هوش معنوی پایین‌تر دارای اختلال هویت جنسی کمتری هستند (صنم‌نژاد، ۲۰۱۱).

تقی‌زاده ابوذر (۱۳۹۴) گزارش داد که میانگین هوش معنوی به طور معنی‌داری در افراد دارای اختلال هویت جنسی پایین‌تر از افراد عادی می‌باشد. افراد عادی در حوزه‌های تفکر وجودی انتقادی، آگاهی متعالی به طور معنی‌داری نمره بالاتری از افراد دارای اختلال هویت جنسی کسب نمودند. در صورتی که در حوزه‌های بسط حالت هوشیاری و تولید معنای شخصی تفاوت بین دو گروه معنی‌دار نبود. با این وجود میانگین نمره افراد عادی در دو حوزه

ذکر شده بالاتر از میانگین نمره افراد دارای اختلال هویت جنسی بود. میانگین هوش معنوی افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی مرد به زن نسبت به افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی زن به مرد تفاوت معنی دار دارد. افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی مرد به زن در همه مؤلفه‌ها و نمره کل هوش معنوی نمره بالاتری نسبت به افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی زن به مرد داشتند. برای ارزیابی حیطه‌های مختلف اختلال هویت جنسی پرسشنامه‌های زیر را می‌توان بکار برد:

پرسشنامه نقش جنسیتی بم (BSRI)، پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه سوتا (MMPI-2)، پرسشنامه بالینی چند محوری میلون ۲ و ۳ (MCMII-II و MCMII-III)، آزمون رورشاخ، پرسشنامه افسردگی بک (BDI)، پرسشنامه شخصیت فریبورگ (FPI) (Freiburg Personality Inventory)، پرسشنامه برای ارزیابی بدن خود فرد (FBEK) (Questionnaire for Assessment of One's Own Body)، چک لیست ویژگی‌های شخصیتی دانمارکی، پرسشنامه سنجش صفات پنج گانه شخصیتی فرم کوتاه، پرسشنامه سرشت و منش، مقیاس دل‌بستگی بزرگسال، بهر هیجانی بار- آن، هوش معنوی، SCL- 25 و SCL- 90- R.

سایر تست‌ها و آزمون‌ها به شرح زیر هستند:

16PF
AGI and CGF by Blanchard
CD- crossdresser
DHT- di-hydro testosterone
FMX- female to male unexpected gender Gendercare test
GI- gender identity
GID- gender identity disorder
GIDNOS- gender identity disorder not otherwise specified
MFX- male to female unexpected gender Gendercare test
Narcissism Inventory (NI)
SRS- sex reassignment surgery
T- testosterone
TG- transgender
The GID Scale

The Rosenzweig Picture-Frustration-Test Rosenzweig (PFT)
The Sexual Action Scale
The Sexual Orientation Scale
The Unexpected Gender Scale
TS-transsexual

درمان اختلال هویت جنسی

هورمون درمانی و نیز جراحی بازسازی دستگاه تناسلی هر دو به عنوان درمان‌های انتخابی افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی مطرحند که هنوز هم ارزیابی اثر بخشی هر یک از اینها ضروری است (تی سوی، ۱۹۸۸). بیماران دارای اختلال هویت جنسی به اشتباه دو جنسی خوانده می‌شوند. جراحی آخرین راه علاج آنهاست؛ هرچند مشکلات اجتماعی شان، پیش و پس از عمل فرق چندانی نمی‌کند و مشکلات جسمانی عمل جراحی نیز تا آخر عمر دست از سرشان بر نمی‌دارد، اغلب آنها به این کار اصرار دارند، چون در این صورت خیالشان راحت‌تر است و تکلیف خود را می‌دانند. هر چند شمار آنها، ترس از اپیدمی را تداعی نمی‌کند، وجودشان را هم نمی‌توان نادیده گرفت.

به افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی و خانواده‌هایی که مورد مشاوره قرار می‌گیرند معمولاً توصیه می‌شود که کودکان مبتلا به اختلال هویت جنسی را تحت درمان قرار دهند. مشاور بر درمان مشکلات همراه از جمله افسردگی و اضطراب و بالا بردن اعتماد به نفس تمرکز می‌کند. روان‌درمانی با هدف کمک به عملکرد فرد و بهبود آن وارد عمل می‌شود. برای نوجوانان مشاوره به همراه شرکت کردن در یک گروه حمایتی توصیه می‌شود. برخی از بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی به هورمون و درمان‌های مربوط به عمل جراحی پاسخ می‌دهند و می‌توانند ویژگی‌های جنس بیولوژیکی خویش را سرکوب و متوقف کنند و ویژگی‌های بیولوژیکی جنس مخالف را بدست آورند. جراحی که منجر به تغییر جنسیت فرد می‌شود را جراحی تغییر جنسیت گویند. از آنجایی که این عمل جراحی اساسی و غیر قابل بازگشت است، متقاضیان باید تحت یک ارزیابی گسترده و دوره انتقال قرار گیرند.

آماده سازی بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی از نظر روحی شش تا ده ماه است. کهن زاد (۱۳۹۰) جراح کلیه و فوق تخصص بیماری‌های جنسی، نگاه جامعه به این افراد را یکی از مشکلات اصلی تی اس‌ها برشمرد. از نظر وی بسیاری از خانواده‌ها، نسبت به فرد مبتلا به این بیماری - که در خانواده دارند - رفتار مناسبی نداشته و اغلب آنها را طرد کرده یا مورد آزار و اذیت قرار می‌دهند. برای آماده سازی بیمار از نظر روحی برای انجام عمل بین شش تا ده ماه زمان لازم است. اگر این مدت پشت سر گذاشته نشود، بیمار از لحاظ روحی آماده عمل جراحی نیست و در صورت انجام عمل جراحی، پیامدهای بدی در انتظار بیمار خواهد بود، زیرا برخی افراد پس از انجام عمل جراحی احساس پشیمانی می‌کنند و چون دیگر راه برگشتی نیست، خودکشی می‌کنند و گاه در برخی موارد نیز دیده شده که فرد از انجام عمل منصرف شده و راه‌های دیگر همچون درمان با دارو و یا روان درمانی را انتخاب می‌کند؛ البته این افراد، کسانی هستند که از ابتدا هم مشکل آنها حاد نبوده است.

برخی اوقات عمل جراحی پایان کار نیست بلکه آغاز مشکلات است. مریم ۲۵ ساله که چند ماهی است، به ماهان تغییر هویت داده، می‌گوید ما کار خطایی نکرده ایم. فقط مشکلی داریم که باید برای آن کار شود، برخی از همسانان من بر اثر فشار جامعه یا معتاد می‌شوند و یا دست به خودکشی می‌زنند. پس از عمل همواره در پی آن هستیم که کسی متوجه گذشته ما نشود، چراکه در صورت اطلاع پیدا کردن با نگاه پرسشگرانه افراد روبه رو می‌شویم.

گرچه درمان شناخته شده اختلال هویت جنسی، عمل و جراحی تغییر جنسیت است، ولی برخی از پژوهش‌ها مؤید نارضایتی بیماران بعد از عمل جراحی است. با توجه به وجود این مشکل و برای اجتناب از نتایج ضعیف درمانی، گروهی از روانشناسان، پزشکان و متخصصین به طراحی مجموعه‌ای از استانداردها و ملاک‌های انتخاب افراد برای جراحی تغییر جنسیت SRS پرداخته‌اند (مصطفوی و دلاوری، ۱۳۸۶).

درمان شناخته شده اختلال هویت جنسی، عمل و جراحی تغییر جنسیت است که در ایران با فتوای امام خمینی (ره) در سال ۱۳۶۴ جایز شمرده شد. پس از تشکیل کمیته کشوری ساماندهی بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی در دفتر امور زنان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بهزیستی کشور (دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی) به عنوان کمیته حمایتی از اواخر سال ۱۳۸۱ با تهیه طرحی تحت عنوان حمایت‌های اجتماعی از بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی، مسئولیت‌های حمایت‌های اجتماعی از این گروه از بیماران را پذیرفت و از آنها پشتیبانی نمود (گلابی و قلی پور اندریان، ۱۳۸۶).

اختلال هویت جنسی از تقابل وراثت و محیط به وجود می‌آید. عمل جراحی تغییر جنسیت، اثرگذارترین درمان ممکن شناخته شده است و عوامل رضایت از خود عمل و موفقیت در آن، عوارض کم بعد از عمل، فقدان بیماری روانی همراه، داشتن شریک جنسی پس از عمل، وضعیت اقتصادی و درآمد مناسب، حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی، به نفع پیش‌آگهی بهتر است. پذیرفتن فرد در نقش جنسی جدید رضایت از عمل را در بین مبتلایان به ۷۰ تا ۸۰ درصد می‌رساند (نوعی، مصطفوی، امیرپور و رزاقیان، ۱۳۸۴). تحقیقات انجام شده در زمینه بهبود اختلال هویت جنسی بعد از عمل جراحی تغییر جنسیت، تاثیر مثبت جراحی را گزارش نموده‌اند (مصطفوی، نوعی، امیرپور و همکاران، ۱۳۸۴).

کریمی (۱۳۸۶) برنامه رشد هویت جنسیتی (GIDP) را به منظور آگاه‌سازی دختران از هویت سالم و نقش‌های جنسیتی (خودآگاهی)، احساس رضایتمندی در زندگی (بهزیستی) و برطرف ساختن تحریف‌های شناختی دختران از جنسیت خود طراحی و در شهرهای استان فارس (شیراز، فسا، زرقان، سپیدان و ارسنجان) بر روی ۳۲۰۰۰ دانش‌آموز مقطع دوم راهنمایی اجرا نمودند. نتایج پژوهش اثربخشی این برنامه را نشان داد.

مصطفوی و دلاوری (۱۳۸۶) در بررسی تعدادی از پرونده موجود در پزشکی قانونی تهران، و چک لیست ملاک‌های تشخیصی اختلال هویت جنسی طبق ملاک‌های تشخیصی

DSM-IV-TR و موسسه بین‌المللی ملال جنسی هری بنجامین (HBIGDI) گزارش دادند که اختلالات همراه شامل افسردگی ثانویه، اختلال خلقی و سابقه خودکشی بود که تا حدی ناشی از حمایت‌های ضعیف خانوادگی است. روان‌درمانی‌های انجام شده اغلب در جهت منصرف کردن فرد از عمل جراحی تغییر جنسیت بود. مشکل عمده بیماران نبود شرایط زندگی در نقش مقابل می‌باشد که می‌تواند موجب عدم رضایت مندی برخی از بیماران پس از عمل جراحی شود.

گلابی و قلی پور اندریان (۱۳۸۶) گزارش دادند که با توجه به حساس بودن وضعیت بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی و تاثیری که آنها می‌توانند در جامعه بگذارند، به حمایت‌های خانوادگی، حمایت از طرف سازمان‌ها و وزارتخانه‌های بهداشت، مسکن و شهرسازی، کار و امور اجتماعی و سازمان بهزیستی کشور نیز نیاز دارند تا بتوانند مانند همه شهروندان از حقوق شهروندی و خدمات گوناگون موجود در جامعه برخوردار شوند و زندگی کنند.

اختلال هویت جنسی می‌تواند منجر به تصویر خود ضعیف، انزوای اجتماعی و رنج و عذاب هیجانی شود. در صورتی که درمان صورت نگیرد، اختلال ممکن است منجر به افسردگی شدید و اضطراب شود و با توانایی عملکرد فرد مداخله کند، منجر به مشکلاتی در مدرسه و کار شود و یا اینکه در برقراری ارتباط با دیگران اختلال ایجاد کند.

بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی دچار انزوای اجتماعی، افسردگی، اضطراب و در نهایت اقدام به خودکشی می‌شوند (جهانگیر، ۱۳۸۴). این بیماران نیاز به مراقبت‌های روان‌پرستاری دارند (دهره گوی، ۱۳۸۴).

فرهنگ و طرز تفکر والدین در شکل‌گیری هویت جنسی موثر هستند (عیاری، ۱۳۸۴، جهانگیر، ۱۳۸۴). هویت جنسی در بروز اختلالات جنسی نقش دارند (عیاری، ۱۳۸۴، تیزرطولی، ۱۳۸۴).

در کودکان مبتلا به اختلال هویت جنسی، پذیرش به‌دور از قضاوت و شناخت کافی از مشکلات هویت جنسی آنها حائز اهمیت است. درمان کودکان بر مشکلات ثانوی مانند افسردگی، اضطراب، ایجاد عزت نفس، القای هویت مثبت متناسب با جنسیت بیولوژی وی و مشاوره فردی و خانوادگی متمرکز است. والدین کودکان مبتلا به اختلال هویت جنسی نیز به درمان فردی، گروه درمانی و خانواده درمانی نیاز دارند. برای بزرگسالان مبتلا به اختلال هویت جنسی درمان فردی، زوج درمانی و شرکت در گروه‌های حمایتی توصیه می‌شود. برای درمان هورمونی و جراحی، بیمار حداقل یکسال پیوسته در نقش جنس مخالف خود در جامعه زندگی می‌کند، سپس درمان هورمونی شروع می‌شود و در نهایت عمل جراحی صورت می‌گیرد (جهانگیر، ۱۳۸۴).

متون علمی، در حال حاضر درمان اختلال هویت جنسی را پیچیده و به ندرت موفقیت‌آمیز می‌دانند و اغلب در جهت کنار آمدن با اختلال و یا آماده‌سازی برای جراحی گام برمی‌دارند (ظهیرالدین، صمیمی اردستانی و اربابی، ۱۳۸۴).

نیمروزی (۱۳۸۶) گزارش داد که در بین بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی جراحی شده، بیش از نیمی از افراد از عمل جراحی تغییر جنسیت راضی بودند و نیز به اعتقاد آنها تاثیر مثبت بر یکپارچگی زندگی جنسی- روانی اجتماعی آنها داشته است. در مورد بدست آوردن نگرش مجدد جنسی یعنی پس از درمان هورمونی و جراحی، داشتن شریک جنسی و وضعیت اقتصادی خوب و سیستم ارتباط خوب بین اعضای خانواده از عوامل مهم در انطباق پس از جراحی بود. همچنین بیماران بهبود معنی‌داری در زمینه علائم افسردگی، ثبات روانشناختی و یکپارچگی زندگی اجتماعی جنسی پیدا کردند و اقدام به خودکشی در هر دو گروه کاهش

یافت. موفقیت جراحی تاثیر مثبتی روی خودنگاره فرد مبتلا به اختلال هویت جنسی داشت. هیچیک از افراد احساس پشیمانی نداشته‌اند. وی نتیجه گرفت که بهترین درمان برای این بیماران، جراحی تغییر جنسیت است.

عابدینی (۱۳۸۴) کارایی خانواده درمانی شناختی رفتاری (فنون خودبازبینی، آموزش ارتباط متقابل، بازسازی شناختی، آموزش حل مسئله و مثبت نگری) را در یک بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی گزارش نمود.

حجازی، عدالتی شاطری، مصطفوی و همکاران (۱۳۸۷) ۱۲ بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی را شش سال بعد از عمل جراحی تغییر جنسیت با مصاحبه بالینی، فرم کوتاه MMPI-1 و مقیاس MMPI-2 MF، سنجش نقش جنسی بم و صفات جنسیتی بم مورد ارزیابی قرار دادند. آنها گزارش دادند که بیماران بعد از عمل از نظر روانی اجتماعی به طور مناسبی رفتار می‌کردند، تطابق خوبی با نقش و هویت جنسی جدید خود نشان دادند، احساس پشیمانی نداشتند و از حمایت خوبی برخوردار بودند. آنها نتیجه گرفتند که به نظر می‌رسد عوامل متعدد از جمله وضعیت اقتصادی، رضایت از روابط بین فردی، وجود سیستم حمایتی فعلی، شریک جنسی و رضایتمندی از زندگی جنسی، عکس العمل مناسب خانواده و امکان انجام عمل‌های جراحی اضافه، نقش عمده‌ای در تطابق بیماران با وضعیت جدید داشته است.

افشار، باخلاق و کردی (۱۳۸۴) گزارش دادند که بین توانایی حل مسائل اجتماعی در جوانان با تشخیص اختلال هویت جنسی و نوجوانان عادی تفاوت معنی‌دار وجود دارد و بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی در زمینه حل مسائل اجتماعی خود دچار ضعف و مشکل بوده و به هنگام مواجهه با مشکلات خود با استرس بیشتری مواجه هستند.

شکل‌گیری هویت جنسی در نوجوانان می‌تواند شیوه‌های مقابله با استرس را تحت تاثیر قرار دهد (بخشایش و زارع مهرجردی، ۱۳۸۸). هویت جنسی در گرایش به مواد، افزایش سوء مصرف مواد، نوع پیش‌بینی ماده مصرفی موثر باشد. زارع مهرجردی و بخشایش (۱۳۸۸) با

استفاده از پرسشنامه هویت جنسی (دگر جنس خواه، همجنس خواه و دو جنس خواه) گزارش دادند که بین زنان و مردان دگر جنس خواه، همجنس خواه و دو جنس خواه در مصرف مواد تفاوت معنی داری وجود دارد.

جلالی ندوشن، علوی، پاکدل و همکاران (۱۳۹۰) گزارش دادند که حدود ۷۰٪ افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی بر این باور بودند که ممکن است نیز یک فرد به ظاهر سالم به ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) آلوده باشد. تنها پنج نفر (۸.۶٪) خود را در معرض خطر آلودگی با (HIV) می دانستند و در مورد راه‌های انتقال ایدز ۷۰٪ بر این باور بودند که شانس انتقال ایدز در تماس جنسی مقعدی کمتر از آمیزش واژینال است. افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی در مورد عفونت‌های آمیزشی، از سطح آگاهی پایینی برخوردار بودند. بنابراین باید به تمامی مبتلایان به اختلال هویت جنسی اطلاعات کافی در مورد ایدز و عفونت‌های آمیزشی ارائه شود.

درمان اختلال هویت جنسی پیچیده بوده و وقتی اصلاح کامل باشد، به ندرت موفقیت‌آمیز است. در نهایت تعدادی از این بیماران موفق به اخذ مجوز برای عمل جراحی و تغییر جنسیت می‌گردند که درمانی قطعی و غیر قابل برگشت است. از طرفی ۳۰٪ 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 (عسکری، صابری، رضایی و دولتشاهی، ۱۳۸۶).

ظهیرالدین، صمیمی اردستانی و اربابی (۱۳۸۴) روان درمانی موفقیت‌آمیز چهار مورد اختلال هویت جنسی را گزارش دادند. مورد اول نوجوان پسر ۱۶ ساله‌ای بود که رفتارهای جنس مونث و تمایل به تغییر جنسیت داشت که بعد از ۶ ماه درمان، طی جلسات هفتگی اختلال وی برطرف شد. مورد دوم مرد ۱۹ ساله‌ای بود که خود را مونث می‌دانست و تمایل به

برقراری روابط جنسی با جنس مذکر در نقش جنس مونث داشت که بعد از ۱۲ جلسه درمان هفتگی شکایات وی برطرف شد. مورد سوم دختر ۱۸ ساله‌ای بود که از نوجوانی خود را پسر می‌دانست و از دختر بودن خود ناراضی بود. بعد از ۱۲ جلسه روان‌درمانی هفتگی رفتارها و تمایلات جنس مذکر در وی برطرف گردید. مورد چهارم دختر ۲۰ ساله‌ای بود که از پنج سال قبل خود را پسر می‌دانست و برای انجام جراحی تغییر جنسیت مراجعه نموده بود که بعد از ۶ ماه روان‌درمانی هفتگی اظهار داشتند که دختر است و تمایل به ازدواج با یک مرد را دارد. روان‌درمانی موفقیت‌آمیز این موارد نشان می‌دهد که درمان اختلال هویت جنسی از راه‌های غیرجراحی امکان‌پذیر است و لزوم به کارگیری این روش‌ها پیش از تصمیم‌گیری زود هنگام به جراحی را نشان می‌دهد.

عطار و رسولیان (۱۳۸۲) در بررسی یک مورد زن ۴۰ ساله، مطلقه و دارای ۲ فرزند که برای تغییر جنسیت تاکنون ۶ عمل جراحی را پشت سر گذاشته بود و پس از یک ماه زندگی در نقش مرد، با هدف برگشت به وضعیت جنسی نخستین خود یعنی داشتن نقش جنسی زن به کمک اعمال جراحی و ازدواج دوباره با همسر پیشین و بر عهده گرفتن سرپرستی فرزندانش در نقش مادر به پزشک مراجعه نموده بود و پزشک قانونی به درخواست وی او را برای اظهار نظر به درمانگاه انستیتو روانپزشکی تهران ارجاع نموده و او در این درمانگاه بارها مورد مصاحبه‌های روانپزشکی و ارزیابی‌های روانشناختی قرار گرفته و سپس اعلام شده است که انجام هر گونه اقدامی که وی را به وضعیت پیش از عمل جراحی برگرداند، پذیرفتنی است و از آن حمایت می‌شود و گزارش دادند که ژنوتیپ وی موافق با جنس زن بود. آزمون‌های رورشاخ، MMPI و MCMII-II اختلالی را نشان نداد، اما گویای ویژگی‌های شخصیتی وابسته، نیاز وابستگی و جلب توجه، دو دلی، شک و تردید نسبت به خود و رویکرد خودانتقادی بود. آنها نتیجه گرفتند که اگر چه درمان جراحی در بیماران با تشخیص اولیه اختلال هویت جنسی

موثرترین شیوه درمانی می‌باشد، برپایه بازنگری شرح حال این مراجع، پذیرش پیشنهاد تغییر جنسیت نیاز به بازبینی دقیق معیارهای تشخیصی دارد.

خدایاری فرد، محمدی و عابدینی (۱۳۸۲) در بررسی و درمان یک دانشجوی مرد ۲۰ ساله دارای اختلال تبدیل خواهی جنسی با استفاده از درمان شناختی - رفتاری با تاکید بر درمان معنوی طی ۳۰ جلسه درمانی هفتگی و بکارگیری روش‌ها و شیوه‌های آموزش خود پایی، حل مساله، مثبت نگری فردی و خانوادگی و درمان معنوی اخلاقی، گزارش دادند که پس از شرکت مراجع در جلسات درمانی، از تمایل او به ارتباط جنسی با جنس موافق کاسته شد. شرکت در فعالیت‌های مربوط به جنس خود را پذیرفت و از کوشش برای تغییر جنسیت دست برداشت. هم چنین پی گیری یک ساله پس از درمان، کارآیی این روش را در درمان اختلال یاد شده نشان داد.

اصغرنژاد فرید، زم، سهرابی و باقری (۱۳۸۸) با هدف استخراج مهم ترین ابعاد فضای پدیدار شناختی و مفاهیم روانشناختی دگرجنس خواهی در فرهنگ ایران و شناسایی موانع و مشکلات افراد دگرجنس خواه در کسب هویت جنسی، یک پژوهش پس رویدادی بر روی چهار نفر از افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی انجام دادند. این افراد با روش گلوله برفی انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل مصاحبه، مشاهده به عنوان ناظر و یادداشت‌های میدانی بود. جمع‌آوری اطلاعات حول اهداف تعیین شده با استفاده از روش تحلیل محتوا، ۵۷۹ گزاره از واحدهای معنایی به دست داد. با تحلیل مکرر مقوله‌هایی که در این پدیده وجود داشت، تعیین شد. مقوله‌ها توسط دو نفر از متخصصین روانشناسی نمره گذاری و با استفاده از ضریب کاپای کوهن میزان اعتبار نظرات آنها به دست آمد. یافته‌ها نشان می‌دهد ۱۴ مقوله از نظر دو نمره گذار مهم تلقی شده و ضریب اعتبار بین نظرات آنها ۰/۶۷ است. ضریب فوق بر اساس طبقه بندی روستمایر (۹۹۲) در حیطه نسبتاً خوب قرار گرفت.

مصطفوی (۱۳۸۷) هنگامه‌های دوگانگی جنسی را در یک مراجع مبتلا به اختلال هویت جنسی در شرایط قبل و بعد از عمل جراحی تغییر جنسیت بررسی نمود. این مراجع دختری ۲۰ ساله بود که علت مراجعه‌اش به کلینیک را نارضایتی از بودن در قالب جنسی زنانه و تمایل به مرد شدن مطرح نمود. این موضوع در حالات، رفتارها، مشاغل، هنرها و تحصیلات، مسائل جنسی و خواب‌های او هنگامه‌هایی را به پا کرده بود. اولین جلسه مصاحبه با این مراجع یک هفته قبل از عمل جراحی تغییر جنسیت در کلینیک انجام شد؛ نشست دوم ۴ هفته بعد از عمل و نشست سوم ۴ ماه پس از عمل صورت گرفت. در پایان جلسات، مراجع متنی را که شامل حالات، رفتارها و احساسات (درون‌نمایی، برون‌نمایی، درون‌فکنی و برون‌فکنی) وی بود به صورت شرح حالی کوتاه به درمانگر ارائه کرد. جلسات بر اساس نظریه هنگامه‌ها اداره می‌شدند. در نهایت درمانگر بر این اساس گزارشی از آسیب‌دیدگی و آسیب‌زایی هنگامه‌های دوگانگی جنسی، آزمون‌های آمادگی مجتمع خانواده برای دوگانگی جنسی و آسیب‌دیدگی ناشی از آن را بر طبق نظریه هنگامه‌ها و رویکرد آزادی درمانی تهیه نمود.

ایجاد مدل مشاوره آنلاین (Development of the On-Line Counseling Model)

اولین چیزی که برای انجام درمان اختلال هویت جنسی لازم است، درک بیمار و یادگیری داستان زندگی اش است. به عبارت دیگر، همیشه اولین قدم یک یادآوری است، که می‌تواند از طریق انواعی از مدل‌های زیر ایجاد شود:

- مصاحبه‌های چهره به چهره (Face-to-face interviews)

- مشاوره‌های تلفنی (Phone consultations)

- مشاوره‌های ویدیویی کنفرانس (Video conference consultations)

- مشاوره‌های وب چت (Web chat consultations)

- مشاوره‌های وب ایمیل (Web email consultations)

پروتکل درمانی اختلال هویت جنسی

کلینیک تخصصی اختلالات جنسی درمانگاه دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران در تشخیص و درمان اختلالات جنسی فعالیت می‌نماید. این کلینیک از سال ۱۳۷۱ با توجه به نیازهای افراد مبتلا به اختلالات جنسی، به ویژه اختلال هویت جنسی که تا آن زمان هیچ مرکز درمانی تخصصی برای مراجعه به آن وجود نداشته، شروع به کار کرد. از سال ۱۳۸۰ به بعد این مرکز جهت ارائه خدمات تخصصی‌تر به مراجعین مبتلا به اختلال هویت جنسی، کمیته‌ای متشکل از گروه‌های روانپزشک، روانشناس متخصص و مددکار اجتماعی در این زمینه تشکیل و اقدام به تهیه و تنظیم یک پروتکل درمانی جامع و منسجم برای این دسته از مراجعین کرد. اکثر مراجعین از پزشکی قانونی به مددکار اجتماعی معرفی و او سعی می‌کند مراجع و خانواده را در جریان فرایند درمان قرار دهد. مراجعین بین ۶ ماه تا ۱ سال را در این گروه می‌گذرانند. عمده‌ترین فعالیت‌های این کلینیک عبارتند از ۱- بررسی و ارزیابی تشخیص انواع اختلالات جنسی در مراجعین و ۲- بررسی موارد قانونی مرتبط با اختلالات جنسی.

یکی از حوزه‌های مهم این کلینیک تشخیص و درمان اختلال هویت جنسی است که توسط تیم درمانی که متشکل از روانپزشک، روانشناس و مددکار اجتماعی در حوزه مشکلات جنسی صورت می‌گیرد و این افراد در یک فرایند نسبتاً طولانی مورد بررسی روانشناختی قرار گرفته و پس از تشخیص درمان‌های مورد نیاز را از تیم فوق‌الذکر می‌نمایند و در صورت ضرورت به کمیسیون‌های پزشکی مربوطه معرفی می‌شوند. لذا برگزاری کمیسیون‌های پزشکی برای اختلالات و موارد خاص یکی دیگر از فعالیت‌های عمده این کلینیک است. به علاوه این کلینیک در ارائه اختلالات روانشناختی و روانپزشکی مورد نیاز به سایر افراد با مشکلات جنسی نیز مشغول به فعالیت می‌باشد. لذا با توجه به مراجعه برخی موارد خاص و تقریباً نادر در حوزه مشکلات جنسی به این کلینیک، بستر و فضای مناسبی را جهت انجام فعالیت‌های

پژوهشی در این حوزه فراهم نموده است و تعداد زیادی از دانشجویان و محققان به انجام طرح‌های مطالعاتی در این حوزه‌ها مشغول می‌باشند. از این رو یکی از فعالیت‌های عمده این کلینیک انجام پژوهش‌های مرتبط است.

فرایند تشخیص و درمان در کلینیک اختلالات جنسی

فرایند تشخیص و درمان در کلینیک اختلالات جنسی شامل موارد زیر هستند:

- ویزیت اولیه و معاینه کامل روانی توسط دستیاران روانپزشکی
- معرفی به کلینیک اختلالات جنسی
- ویزیت تخصصی، ارجاع جهت انواع آزمایشات هورمونی، کاریوتایپ و تست‌های روانشناختی

- پس از انجام آزمایشات و تست‌های تشخیصی مجدداً ویزیت توسط روانپزشک

متخصص اختلالات جنسی

- بعد از تشخیص ارجاع به واحد روانشناسی برای شروع دوره رواندرمانی
- گذراندن ۱۲ تا ۱۵ جلسه روان درمانی با روانشناس برای :
 - (۱) بررسی دقیق‌تر اختلال
 - (۲) چگونگی شکل‌گیری اختلال
 - (۳) کمک به سازگاری مراجع با هویت فعلی
 - (۴) در صورت عدم تطابق مراجع با هویت بیولوژیک خود، آماده‌سازی مراجع و خانواده‌اش در مورد پذیرش اختلال و هویت جدید.
- ارجاع به کمیسیون اختلالات جنسی توسط مددکار اجتماعی
- در نهایت نظر کمیسیون به همراه سوابق تشخیصی و درمانی مراجع توسط مددکار اجتماعی به پزشکی قانونی فرستاده شده، تا اقدامات درمانی بعدی انجام گیرد.

گزارش درمان موردی اختلال هویت جنسی

در ادامه گزارش درمان یک بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی توسط یک روانشناس بالینی آمده است.

جنسیت: مونث

طرح مشکل از طرف مراجع: احساس عدم انطباق در جنسیت و علایق رفتاری و جنسیتی و تمایل به داشتن رفتارهای پسرانه در قبال دختران

طرح مشکل از طرف والدین یا خانواده یا منبع ارجاع: مادر مراجع بیان می‌دارد که دخترم بعد از ورود به دبیرستان گرایش به حرکات و رفتارهای پسرانه دارد و گاهی اوقات لباس پسرانه می‌پوشد. موهایش را پسرانه کوتاه می‌کند و بی انگیزه و بی حوصله است؛ تمرکز ندارد و افت تحصیلی پیدا کرده است.

تاریخچه خانوادگی مراجع: مراجع ۱۷ ساله و تک فرزند دختر خانواده است. پدر ۴۲ ساله سیکل و مشغول به فعالیت کارگری و مادر ۳۵ ساله دانشجو و شاغل است. طبق شرح حال روابط بین فردی والدین مخصوصاً در سالهای اخیر همراه با چالش و تعارضات رفتاری بوده است.

تاریخچه درمان قبلی مراجع (در صورت ارتباط با مشکل فعلی): عمده تاریخچه درمان مراجع حول مشکلات تحصیلی و مشکلات رفتاری مراجع در فضای مدرسه و انتظارات والدین از عملکرد وی بوده است که گاه ارتباط با دوستانی که مورد تأیید خانواده نبودند جزو مشکلات مراجع و پیگیری‌های درمانی بوده، که نتیجه قابل قبولی به دست نیامده است.

نام آزمون‌ها یا ابزار مورد استفاده: در ارزیابی توسط آزمون چند بعدی MMPI-2 برآشفتگی مقیاس MF نشان دهنده اشتغالات ذهنی مراجع با نقش‌های جنبی مردانه و نقص در فرآیند همانند سازی با والد همجنس و برگشت به سمت والد ناهمجنس میباشد- نقص در فرآیند جدایی- فردیت (Separation Individuation) در نیمرخ بالینی قابل استفاده می‌باشد.

مشاهدات بالینی (در جلسه مشاوره): در اولین جلسه مراجع برخوردی صمیمی و همراه با اعتماد از خود نشان می داد. با ظاهری پسرانه و ریخت رفتاری (Gesture) پسرانه در صندلی نشست، پوشش و کفش های کتانی که بیشتر الگوی پوششی پسرانه به ذهن متبادر می سازد.

تشخیص اصلی مشکل: با توجه به تاریخچه مشکلات رفتاری و شکایات مادر و همچنین شرح حال و الگوی رفتاری عمده ترین تشخیص به شرح ذیل می باشد.

Axis I: Gender Disphonia

R/O Gender Indentity Disorder/ Relation Problem

Axis II: Spectorm Of cluster B (Personality Disorder)

طرح درمانی (چهارچوب درمانی با توجه به نوع مشکل): طرح درمانی با تاکید بر شاختر آسیب شناسی اختلال حول محور تکنیک های شناختی / رفتاری (Cognitive- Behavioral Thetapy) و استفاده از تکنیک های طرح واره درمانی (Schema Therapy) مورد توجه قرار گرفت.

کارها و تکالیف درمانی: شرح حال گیری از مادر در زمینه تاریخچه رشدی و نوع الگوهای رفتاری از طرف مراجع و نوع پاسخ های از طرف پدر و مادر و تاثیر متقابل فضای آموزشی و تربیتی و نوع آمال و آرزوهای خانواده در خصوص جنسیت فرزند مورد توجه قرار گرفت. تکالیف شامل تسهیل و افزایش زمینه رابطه والد همجنس با مراجع و آماده سازی زمینه تعامل و شرکت دادن مراجع در فضاهای زنانه و دادن مسئولیت در حوزه هویت جنسی و نقش جنس زنانه به مراجع و عدم توجه به نقش های رفتاری مردانه در مراجع مورد توجه بوده است.

خلاصه جلسه دوم / ارائه راهکارها و تکالیف درمانی: در فرآیند جلسه دوم زمینه های همانند سازی (Identification) در مراجع با والد همجنس و بررسی احساسات، ترس ها، اجتناب ها و نقش های یاد گرفته شده در خصوص بودن در نقش جنسی زنانه / دخترانه مورد

توجه قرار گرفت. تمرین‌های رفتاری جهت ورود به حوزه‌ها تعاملی متناسب با نقش جنسی زنانه و شناسایی رغبت‌ها و افزایش تعامل با دوستان همجنس در قالب رفتار دخترانه.

خلاصه جلسه سوم/ارائه راهکارها و تکالیف درمانی: نقش‌های شناختی و الگوهای افکار ناکارآمد (Dysfunctional Thought) در خصوص نقش جنسی (gender Role) و خاستگاه شکل‌گیری این افکاری-برتری جنسیتی در ساختار جامعه/ خانواده و نقش‌های اجتماعی (Social Role) مرتبط با نقش جنبی زنانه/مردانه و ثبت افکار مرتبط با نقش جنبی مورد توجه قرار گرفت.

خلاصه جلسه چهارم/ارائه راهکارها و تکالیف درمانی: بررسی الگوهای شناختی و نوع مهارت اجتماعی/اعتماد به نفس و جرات‌مندی متناسب با نقش جنسی زنانه و اهمیت خودانگاره جسمی (Self Image) و تاثیر آن بر شکل‌گیری نقش جنسی مردانه و جذابیت آن برای مراجع و دیگران و لزوم قرار گرفتن در پوشش تعریف شده نقش جنسی دخترانه مورد تمرکز جلسات درمان بود.

خلاصه جلسه پنجم/ارائه راهکارها و تکالیف درمانی: ادامه پیگیری قالب‌های شناختی و طرح‌واره‌های مراجع نسبت به خود والگوی احساسی در ارتباط با همجنس و جنس مخالف- تاثیر بلوغ برانگیختگی جنسی نسبت به جنس مخالف- سرکوب و نوع مدیریت هیجانهای جنسی و تاثیر آن بر شکل‌گیری نقش جنسی مورد توجه جلسه بود.

خلاصه جلسه ششم/ارائه راهکارها و تکالیف درمانی: طرح‌واره‌های مرتبط با خود و احساسات منفی نسبت به خود که منجر به تمایل به حذف خود می‌شود که به صورت نمادین در تغییر دادن ماهیت خود نمایان می‌شود و ایجاد راه کارهایی برای پذیرش بی قید و شرط خود و ایجاد موقعیت‌هایی جهت حس ارزشمندی ارائه شد.

خلاصه جلسه هفتم/ارائه راهکارها و تکالیف درمانی: وضعیت تعاملات خانوادگی و تشنج‌های موجود در ساختار خانواده و قضاوت‌گری مراجع نسبت به مادر کنترل‌کننده-پرخاشگر و فاصله گرفتن از الگوی مادری و میل به سمت رابطه همدلانه با پدر و تاثیر آن بر فرآیند همانندسازی معکوس و تمرین در خصوص تسهیل حس تعارض در ارتباط با مادر.

ارزیابی و نتایج درمان: با توجه به فرآیند مزمن شکل‌گیری اختلال Gender Disphoria/GID مقابله مراجع به آسیب‌شناسی و نحوه تغییر در ساختار ارائه گردید (فرزادی، ۱۳۹۳).

مباحث حقوقی بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی

با توجه به نقش مهمی که جنسیت در زندگی شخصی و اجتماعی بشر دارد و با عنایت به حقوقی که به هر یک از دو جنسیت مذکر و مؤنث تعلق می‌گیرد، ضروری است که موضوع تغییر جنسیت از لحاظ فقهی و حقوقی نیز مورد بررسی قرار گیرد. تغییر جنسیت، موجب پیدایش مسائل جدیدی در این زمینه شده است که در کتب و مقالات فقهی و حقوقی، این بحث کمتر مطرح شده است (اصغری آقمشهدی، ۱۳۹۰).

تغییر جنسیت یکی از موضوعات مهمی است که نه تنها از دید پزشکی بلکه به لحاظ مباحث حقوقی حایز اهمیت است. اگر چه در گذشته این مباحث کم و بیش وجود داشته، ولی اکنون با پیشرفت تکنولوژی و علم پزشکی، ابعاد جدیدتری را فرا روی ما گشوده شده است. از طرفی دیگر در اکثر نظام‌های حقوقی و نیز طبق نظر مشهور فقهای معاصر، تغییر جنسیت در صورتی که از لحاظ پزشکی ضروری تشخیص داده شود، مجاز می‌باشد. بنابراین اگر شخصی اقدام به تغییر جنسیت کند، لازم است بررسی شود که این موضوع چه آثار حقوقی در بر دارد. از جمله اینکه پس از ایجاد تغییر جنسیت روابط زوجین نسبت به یکدیگر چگونه خواهد بود؟ آیا ازدواج همچنان به حال خود باقی است یا خود به خود رابطه زوجیت فسخ خواهد شد؟

موضوع مهر به چه صورتی حل می‌شود، آیا زن مستحق مهر می‌باشد؟ موضوع عده، ارث، ولایت و سرپرستی فرزندان و... چگونه خواهد بود. به طور کلی در قراردادهایی که نوع جنسیت فاقد اثر حقوقی است، تغییر جنسیت نیز فاقد اثر خواهد بود اما در قراردادهایی که نوع جنسیت نقش اساسی داشته باشد، قرارداد از تاریخ تغییر جنسیت باطل می‌شود و بر حقوق مکتسب قبلی اثری نخواهد داشت (اصغری آقمشهدی و عبدی، ۱۳۸۷، اصغری آقمشهدی، ۱۳۹۰).

یکی از مسائلی که جامعه امروز با آن مواجه است مسأله تغییر جنسیت و احکام مربوط به آن است. در مورد اینکه آیا تغییر جنسیت امری مجاز شمرده می‌شود یا خیر اقوال متعددی وجود دارد که در مجموع می‌توان آنها را به سه قول تقسیم کرد: مشروعیت مطلق، ممنوعیت مطلق و مشروعیت مشروط (موسوی بجنوردی، ۱۳۸۶).

در حقوق اسلام، هرچند سابقه تغییر جنسیت به زمان حکومت حضرت علی(ع) برمی‌گردد و در آن زمان حضرت کسی را که با پسر عمومیش ازدواج کرده بود، از او جدا و به مردان ملحق کردند (حر عاملی، ۱۴۱۲: ۲۸۶). «روزی شریح، قاضی منصوب از طرف حضرت علی(ع)، در دادگاه نشسته بود که فردی وارد شد و گفت: من شکایت دارم. قاضی گفت: از چه کسی شاکی هستی؟ جواب داد از تو قاضی! او دادگاه را خلوت نمود و گفت شکایت خود را طرح کن. شخص گفت: من هم دارای ممیز و علائم جنسی زنانه و هم مردانه هستم! قاضی گفت در این موارد، امیرالمومنین شخص را به جنسیتی الحاق می‌کند که از ممیزی آن ادرار خارج می‌شود. شخص گفت: از هر دو ممیزی ادرار خارج می‌شود! قاضی پرسید: از کدام یک زودتر خارج می‌شود؟ جواب داد: از هر دو هم زمان خارج می‌شود! قاضی سوال کرد: از کدام یک زودتر قطع می‌شود؟ جواب داد از هر دو هم زمان قطع می‌گردد! قاضی گفت: این جریان بسیار شگفت‌آور است! شخص جواب داد: عجیب‌تر این است که او با پسرعمومیش ازدواج کرده و دارای فرزند شده است و شوهر برای خدمت به او کنیزی را

خریداری کرده است و شخص با او آمیزش کرده است و کنیز نیز از این شخص بچه‌دار شده است! در نتیجه، چون از جهتی وی مادر بچه‌های پسر عمویش و از جهت دیگر، پدر فرزند کنیز محسوب می‌شود، تقاضای طلاق از پسر عموی خود را دارد. قاضی با کمال شگفتی، دادگاه را ترک نمود و به خدمت امیرالمومنین رسید و قضیه را برای ایشان بازگو نمود. حضرت، خواهان را احضار کرد و قضیه را چنان که مطرح شده بود، تأیید نمود. حضرت پسر عموی آن شخص را نیز احضار کرد و او هم ماجرا را تأیید کرد. حضرت به شخصی به نام «دینار» که مردی خواجه بود، دستور داد تا با دو زن، این شخص را از قسمت بالای بدن لخت کنند و دنده‌های او را شمارش نمایند. او بعد از شمارش اعلام نمود: در سمت راست این شخص دوازده و در سمت چپ او یازده دنده وجود دارد. حضرت تکبیر گفتند و شخص مذکور را به مردان الحاق کردند و لباس مردانه بر تن او پوشانند. پسر عموی شخص مذکور اعتراض نمود: یا امیرالمومنین، دخترعمو و زخم را از من جدا کردی و به مردان ملحق نمودی! حکم این پرونده را از کجا آورده‌ای؟ حضرت جواب دادند: حکم این پرونده را از پدرم آدم و مادرم حوا به ارث برده‌ام؛ زیرا خداوند حوا را از سمت چپ آدم آفرید و در نتیجه، تعداد دنده‌های سمت چپ مردان یک دنده کمتر از سمت راست آنان است ولی تعداد دنده‌های دو طرف زنان با هم مساوی است و به این دلیل من او را به مردان ملحق نمودم» (حرّ عاملی، ۱۴۱۲: ۲۸۶). در فقه اسلامی و حقوق ایران در مورد وضعیت و شرایط آن چندان تحقیق نشده است و از لحاظ قانونی نیز قانون خاصی در این باره وضع نشده است. در میان فقیهان امامیه امام خمینی (ره) اولین فقیهی است که تغییر جنسیت را مجاز اعلام داشته است (اصغری آقمشهدی، ۱۳۹۰).

تغییر جنسیت از موضوعات مهمی است که موجب پیدایش مسایل جدید حقوقی شده است. یکی از این مسائل، وضعیت یا مشروع و نامشروع بودن خود عمل است. این سوال مطرح است که آیا هر شخصی حق دارد که جنسیت خود را تغییر دهد؟ بعد از انجام عمل تغییر

جنسیت آیا این شخص حق دارد خواهان تغییر جنسیت و نام خود در شناسنامه شود؟ و آیا قانونگذار جنسیت و نام جدید را به رسمیت می‌شناسد؟ (باریکلو، ۱۳۸۲). بحث تغییر جنسیت در قوانین ایران منع نشده است ولی آثار حقوقی فراوانی دارد. در صورت تغییر جنسیت، این امر تاثیری در حقوق ثابت نداشته و آنها را جز در مواردی از قبیل بطلان ازدواج، حلیت و حرمت تغییر نمی‌دهد. برای مثال اگر زنی بعد از انجام عمل جراحی تبدیل به مرد شود، گرچه ازدواج او از زمان تغییر جنسیت باطل می‌شود، اما مهریه او ساقط نمی‌شود. اگر مردی بعد از انجام عمل جراحی تبدیل به زن شود، کماکان باید مهر زوجه اش را بپردازد هر چند ازدواج او از زمان تغییر جنسیت باطل است. اگر مادری بعد از انجام عمل جراحی تبدیل به مرد شود، ولایتی بر فرزنداناش نخواهد داشت. فتوای آیت الله خمینی (ره) (۱۳۶۴) در مسایل ۱، ۳، ۶، ۷ از موضوع تغییر جنسیت در تحریر الوسیله، جلد دوم صفحات ۵۲۸-۵۲۶ بر جواز انجام عمل جراحی تغییر جنسیت و عدم تایید آن در حقوق مالی و ولایتی تحقق یافته از قبل دلالت دارد (هاشمی، ولیدی و قنبری قمی، ۱۳۸۴، روشن، ۱۳۸۶).

در مورد تغییر جنسیت دو بحث باید مورد بررسی قرار گیرد. یکی اینکه آیا چنین عملی از نظر قانون و شرع مجاز است. دیگر اینکه با فرض مجاز بودن عمل مزبور، چنانچه فردی تغییر جنسیت بدهد چه آثار حقوقی بر آن بار می‌شود. سه نظریه مزبور به موضوع تغییر جنسیت عبارتند از: نظریه مشروعیت مطلق تغییر جنسیت، نظریه ممنوعیت مطلق و نظریه مشروعیت مشروط.

۱- اشخاص موضوع تغییر جنسیت

در علم پزشکی دو گروه از افراد در معرض تغییر جنسیت هستند: گروه اول کسانی که در فقه و حقوق به عنوان خنثی معروف شده‌اند و در علم پزشکی به «هرمافرودیسیم» یا «دو جنسی» مشهورند. بیماری دو جنسی یا هرمافرودیسیم یک نوع ناهنجاری است که در دوران تکامل جنین در رحم مادر به وجود می‌آید که ممکن است تحت تأثیر هورمون‌های مادر و یا

بعضی از داروها و مواد شیمیایی مورد استفاده مادر در دوران بارداری ایجاد شود. تغییرات هورمونی، جنسی و همچنین گاهی تغییرات ژنتیک و کروموزومی در این نوع بیماران وجود دارد که شدت تغییرات متفاوت است (عباسی، آیت‌اللهی و عمرانی، ۱۳۸۲: ۶۰-۵۹). گروه دوم کسانی هستند که علائم جنسی جسمی آنها با گرایشات و تمایلات جنسی آنها همسو نیست و باهم تعارض دارند. این گروه به خنثای روانی مشهور شده‌اند و در علم پزشکی به «ترانسکسوآلیسم» یا «اختلال هویت جنسی» معروف‌اند. ترانسکسوآلیسم یک اختلال روانپزشکی است که آناتومی، فیزیولوژی هورمونی و فرمول کروموزومی جنسی فرد هماهنگی دارد و ظاهرش هم در همان جنسی است که فرمول ژنتیکی وی ایجاد می‌کند، اما از نظر روانی از آن نقش جنسی که در آن است، در عذاب شدید به سر می‌برد (www.pezeshkonline.ir). به عبارت دیگر، در بیماری مذکور جنس روانی شخص متضاد با جنس فیزیکی وی است (www.merriam-webster.com/dictionary/transsexualism) و فرد از جنسیت خود راضی نیست و تمایل شدید به تغییر در جنسیت خود دارد. در این بیماری وضعیت ظاهری جسمی و جنسی، ارگان‌های داخلی جنسی و سیستم هورمونی و کروموزومی کاملاً در سلامت به سر می‌برد اما فرد از نظر ذهنی و روحی منکر صحت نوع جنسیت خود است و به عبارتی، معتقد به وجود اشتباه در نوع جنسیت خود است و به حدی از آن ناراضی است که باعث آزار شدید روحی و در نهایت تصمیم قطعی به تغییر در جنسیت خود خواهد شد. این اختلال شدیدترین درجه اختلال جنسی قلمداد می‌شود زیرا از نظر جنسی بین جسم و فکر تناقض و مغایرت وجود دارد (طیرانی، ۱۳۸۵: ۹). تفاوت این بیماری با بیماری دو جنسی در این است که بیماران دو جنسی دارای اختلال ظاهری در اندام تناسلی، اندام‌های داخلی و سیستم هورمونی خود هستند و معمولاً نمای ظاهری از اندام هر دو جنس را دارند، در حالی که بیماران ترانسکسوآلیسم از نظر جسمی کاملاً سالم‌اند و تنها از نظر روحی با مشکل فراوان مواجه هستند (www.pezeshkonline.ir). افرادی در معرض این درمان قرار می‌گیرند که به

نوعی از لحاظ جسمی یا روانی یا هر دو مشکل جنسی داشته باشند و پزشک متخصص، تغییر جنسیت را برای بهبود وضع او مناسب تشخیص دهد. افرادی که خلقت آنها کامل بوده و نقصی در بدن آنها وجود ندارد، تغییر و تبدیل جنس آنها به جنس مخالف بسیار نادر است و به همین دلیل، برخی اصطلاح «اصلاح جنسیت» را پیشنهاد کرده‌اند (کریمی‌نیا، ۱۳۷۹: ۷۷).

۲- نظریه ممنوعیت مطلق تغییر جنسیت

دلایلی که بر ممنوعیت مطلق تغییر جنسیت اقامه شده است، عبارتند از حرمت از بین بردن اعضای بدن، غیرمجاز بودن تغییر در خلقت الهی، مخالفت با مصالح عمومی، رواج هم‌جنس‌بازی و تأنت.

۲-۱- حرمت از بین بردن اعضای بدن

اساساً از بین بردن اعضای بدن جزء اعمال حرام و ممنوع به شمار می‌آید. به عبارت دیگر کسی نباید به عضوی از بدن خود یا دیگری صدمه وارد کند یا آن را از بین ببرد. بنابراین مجاز دانستن تغییر جنسیت مستلزم جایز بودن برداشتن و یا از بین بردن اعضای بدن است. در حالی که از بین بردن اعضای بدن حرام محسوب می‌شود. در نتیجه تغییر جنسیت عملی نامشروع است (مدنی تبریزی، ۱۴۱۶: ۴۹؛ مبروک النجار، تغییر جنسیت در قاهره www.umich.edu). به نظر می‌رسد این گروه به قاعده «لاضرر و لااضرار فی الاسلام» استناد کرده باشند که به موجب قاعده مزبور ایجاد نقص و ضرر حتی بر بدن خود حرام است (خرازی، ۱۳۷۹: ۱۰۴). دلیل مذکور در فوق قابل قبول و منطقی نیست. زیرا مقصود از قاعده لاضرر عدم تشریح حکم ضرری است. بدین معنی که شارع، حکمی را که موجب ضرر مکلفان شود اصولاً تشریح نکرده و هرگونه حکم ضرری را در اسلام نفی کرده است (انصاری، ۱۳۷۴: ۵۲۴). بنابراین، مبنای قاعده لاضرر شیء نیست بلکه نفی هرگونه حکم ضرری است. از طرف دیگر در صورتی می‌توان تغییر جنسیت را به طور مطلق ممنوع دانست

که ضرورت ایجاد نکند. اگر شخصی در نتیجه بیماری مجبور شود که عضوی از اعضای بدن خویش را بردارد، قاعده مجاز بودن امور ممنوعه در موارد اضطرار موجب می‌شود که برداشتن یا از بین بردن عضوی از بدن مشروع گردد (خرازی، ۱۳۷۹: ۱۰۴؛ جوان، ۱۳۸۸: ۱۶۲).

۲-۲- غیرمجاز بودن تغییر در خلقت الهی

دلیل دیگر نظریه ممنوعیت تغییر جنسیت و غیرمجاز بودن تغییر در خلقت الهی است. این گروه که عمدتاً فقهای اهل سنت و مسیحی هستند، معتقدند که خداوند انسان را مذکر و مؤنث آفریده است و هیچ قدرتی نمی‌تواند مذکری را به مؤنث یا بالعکس تغییر دهد و تغییر جنسیت را دخالت در کار خلقت خدا می‌دانند (www.hawzahnews.net) و تغییر جنسیت را دخالت در کار خلقت خدا می‌دانند (www.mofidu.ac.ir/desktop_modules/news). به عبارت دیگر، تغییر مذکر به مؤنث یا بالعکس امری غیرمقدور و ناشدنی است و چون موضوع تغییرناپذیر است، حکم آن نیز ثابت و غیرقابل تغییر است (باریکلو، ۱۳۸۲: ۷۰). در فرانسه هم تا قبل از اصلاحات سال ۱۹۹۳ با تمسک به همین استدلال قائل به تحریم تغییر جنسیت بوده‌اند (دیانی، ۱۳۷۹: ۳۵). این گروه برای اثبات ادعای خود به آیات قرآنی استناد کرده‌اند که می‌فرماید: «خداوند شیطان را از درگاه رحمت خود به دلیل مجادله با خدا دور کرده است و شیطان گفت من از بندگان تو قسمتی را زیر بار طاعت خود خواهم کشید، سخت گمراهشان کنم و به آرزوهای باطل و دور و دراز درافکنم و به آنها دستور دهم تا گوش حیوانات را ببرند و امر کنم تا خلقت خدا را تغییر دهند. ای بندگان بدانید هر کس شیطان را دوست گیرد و نه خدا را سخت زیان کرده، زبانی که آشکار است» (نساء، آیه ۱۱۹-۱۱۸). این گروه بر این باورند که این آیه اشاره به شیطانی بودن عمل تغییر خلقت خدا دارد. بنابراین تغییر جنسیت امری غیرمجاز است. حتی برخی از اهل تسنن بر اساس همین مبنا پیوند اعضا را نیز جایز نمی‌شمارند و مصداقی از تغییر در خلق خداوند می‌دانند. دلیل مذکور در فوق صحیح به نظر نمی‌رسد. زیرا، اولاً این آیه اطلاق ندارد. آیه در مقام سرزنش آن چیزی است که مشرکان می‌خوانند و درصدد بیان

دشمنی شیطان و سرکشی او و اشاره به اقوال اوست که منجر به شرک و نشر بدعت‌های حرام می‌شود. ثانیاً، اگر مطلق تغییرات حرام باشد، تخصیص اکثر لازم می‌آید که امری قبیح و ناپسند به شمار می‌آید (خرازی، ۱۳۷۹: ۱۰۴). به عبارت دیگر، اگر بنا باشد تغییر جنسیت به خاطر تغییر در خلقت خداوند سبحان، حرام باشد پس لازم می‌آید که همه کارهای روزمره ما حرام باشد. چراکه زندگی روزمره ما با تغییر و تبدیل‌های فراوانی همراه است. بنابراین، این آیه ناظر به تغییر جنسیت نیست. بلکه در صدد بیان حرمت تغییرات ناشی از گمراه کردن شیطان است که منجر به امور خلاف فطرت توحیدی از قبیل شرک و بدعت‌های حرام می‌شود. موضوع مورد بحث، تغییر جنسیت تمام افراد بشر نیست. در علم پزشکی نیز اعتقاد بر این نیست که تمام افراد می‌توانند تغییر جنسیت بدهند، بلکه افرادی که به نوعی بیمار می‌شوند، موضوع تغییر جنسیت هستند. پس غیرمقدور بودن تغییر جنسیت شامل تمام افراد نمی‌شود، بلکه شامل افرادی می‌شود که گرایش‌ات جنسی و روانی آنها با علایم جنسی، هماهنگ و همسو است (افراد عادی) و اکثر انسان‌ها نیز در این گروه قرار دارند و تنها این گروه از افراد خارج از موضوع هستند. همان‌گونه که بعضی از فقها با استناد به ظاهر آیات نوشته‌اند: «خداوند انسان را مذکر و یا مؤنث آفریده است. در نتیجه کسی که دارای علایم هر دو جنس مذکر و مؤنث است، یکی از علایم اصلی و دیگری زاید است» (طباطبایی، ۱۴۱۶: ۶۴۲). بنابراین مراجعه به متخصصین جهت تشخیص جنسیت اصلی و از بین بردن علایم جنسیت غیراصلی در خنثای بدنی و خنثای روانی نه تنها امری ممنوع نیست بلکه امری شایسته و پسندیده است. همچنان که شوارتز (۱۹۹۷) ضمن قبول انحصار جنسیت بشر در مذکر و مؤنث، اظهار کرده‌اند که «تعیین جنسیت در زمان ولادت شخص یک پیشگویی است که در مورد خنثای بدنی یا روانی این پیشگویی نادرست بوده و در پیشگویی جنسیت آنان اشتباه شده است، هر چند این پیشگویی در اغلب موارد با واقعیت منطبق است».

۲-۳- مخالفت با مصالح عمومی

برخی مؤلفان حقوقی بر این باورند که تغییر جنسیت به دلیل مخالفت آن با مصالح عمومی، امری غیرمجاز است. زیرا قواعدی که وضع مدنی اشخاص را در جامعه تعیین می‌کند تنها به خاطر حفظ منافع او وضع نشده است، بلکه هدف مهم این گونه قواعد، تأمین مصالح عمومی است. به همین جهت اشخاص نمی‌توانند برخلاف آن با یکدیگر توافق کنند، چنان‌که به وسیله قرارداد نیز نمی‌توان تابعیت یا جنسیت کسی را تغییر داد (کاتوزیان، ۱۳۷۳: ۱۷۵).

دلیل مذکور قابل انتقاد است. زیرا دلیل ذکر شده در صورتی دلالت بر عدم مشروعیت مطلق تغییر جنسیت می‌کند که در علم پزشکی تغییر جنسیت مشروط به هیچ‌گونه قید و شرطی نباشد و هر کس که میل به تغییر جنسیت خود داشته باشد، بتواند موضوع عمل تغییر جنسیت قرار گیرد. اما اگر تغییر جنسیت مشروط به شرایطی شود، چنان‌که در بسیاری از کشورها مانند آلمان، بلژیک، ژاپن و ترکیه مقررات و شرایط خاصی در این باره تصویب شده است (www.seeline-project.net Elizabeth, ۱۹۸۸; www.trans-action.org) مغایرتی با مصالح جامعه نخواهد داشت. بنابراین در مواردی که تغییر جنسیت طبق نظر پزشک و برای درمان بیماری انجام شود، دلیل یاد شده نمی‌تواند دلالت بر ممنوعیت آن به طور مطلق نماید (جوان، ۱۳۸۸: ۱۶۲؛ باریکلو، ۱۳۸۲: ۷۲).

۲-۴- رواج هم‌جنس‌بازی

برخی مؤلفین یکی از دلایل مجاز نبودن تغییر جنسیت را رواج هم‌جنس‌بازی در جامعه می‌دانند که زشت‌ترین عمل و جرم در جامعه بشری است و حرمت آن در اسلام از ضروریات محسوب می‌شود. از نظر ایشان تغییر جنسیت برای امر معقولی مانند باروری و زاد و ولد انجام نمی‌شود بلکه برای ارضای شهوت و لذت‌پرستی انجام می‌شود (مبروک النجار، تغییر جنسیت در قاهره www.umich.edu). دلیل مذکور قابل مناقشه است. زیرا مجاز شدن و رواج هم-

جنس‌بازی با تغییر جنسیت، منوط بر این است که اولاً جنسیت شخص محرز باشد، ثانیاً با عمل جراحی تغییر نکند. در حالی که در افراد دو جنسی، جنسیت شخص محرز نیست و در خنثای روانی، با عمل جراحی شخص در جنسیت خود باقی نمی‌ماند بلکه به جنس مقابل تغییر داده می‌شود. در نتیجه رواج هم‌جنس‌بازی منتفی خواهد بود.

۵-۲- تأنث

برخی تغییر جنسیت را از باب تأنث، امری غیرمجاز بر شمرده‌اند. تأنث یا تخنث به اعمال و حرکاتی گفته می‌شود که شخص برخلاف جنسیت خودش انجام می‌دهد. دلیل این گروه روایتی است که در زمان رسول اکرم (ص) وارد شده است: کسی خدمت حضرت رسول (ص) آمد و حرکاتی را که شایسته مردان نبود، انجام داد. حضرت نیز آن عمل را نهی نمودند و آن را را تأنث یا تخنث خواندند (www.hawzahnews.net/printpage.aspx?dataid). دلیل مذکور در فوق قابل بحث و مناقشه است. زیرا روایت در صدد بیان نکوهش رفتار غیراخلاقی و ناپسند افرادی است که حرکاتی شبیه به حرکات جنس مخالف را انجام می‌دهند. در واقع، می‌توان گفت که نکوهش پیامبر، نوعی احترام گذاشتن به حریم و حقوق دیگران است. بنابراین، این روایت ناظر به تغییر جنسیت نیست و چنانچه قبلاً نیز گفته شد، افرادی در معرض این درمان قرار می‌گیرند که به نوعی از لحاظ جسمی یا روانی یا هر دو مشکل جنسی داشته باشند و پزشک متخصص تغییر جنسیت را برای بهبود وضع آنها مناسب تشخیص دهد.

۳- نظریه مشروعیت مطلق تغییر جنسیت

در مقابل نظریه پیشین نظریه دیگری وجود دارد که بر مبنای آن تغییر جنسیت به طور مطلق مجاز و مشروع است که عمده دلایل این گروه عبارتند از: اصل اباحه و قاعده تسلیط.

۱-۳- اصل اباحه

مطابق اصل اباحه هر کاری حلال است مگر آنکه دلیل صریحی بر حرمت آن وجود داشته باشد (حرّ عاملی: ۶۰). مثلاً اعمالی چون لواط و زنا حرام محسوب می‌شود، چرا که دلیل بر حرمت این افعال وجود نص صریح قرآن کریم در مورد آنها است (شعرا، آیه ۱۶۶-۱۶۵؛ اسراء، آیه ۳۲). اما در مورد تغییر جنسیت، چون نص صریحی بر حرمت نداریم بنابراین اصل اباحه چنین عملی مشروع است (موسوی خمینی، ۱۳۶۶: ۶۲۶؛ مؤمن، ۱۴۱۵: ۱۰۹؛ خرازی، ۱۳۷۹: ۱۰۴). بنابراین، طبق نظر مشهور فقیهان و حقوق دانان اگر در عملی منع و تحریم ثابت نشود، اصل اولیه جواز و مشروعیت آن است و به تعبیر دیگر، می‌توان با استناد به اصل اباحه یا قاعده صحت، تغییر جنسیت را مجاز شمرد (دیانی، ۱۳۷۹: ۳۶). از طرف دیگر، مقتضای اصل عملی مشروعیت است و از ناحیه ادله، احکامی که بر موضوعات به عنوان مرد و زن بار شده یا این که جنس مرد باید بر جنسیت خود باقی باشد یا نه هیچ تعارضی با اصل عملی ندارد. بنابراین تغییر جنسیت امری مجاز است (www.hawzahnews.net/printpage.aspx?dataid). این دلیل قابل انتقاد است. زیرا هر چند از طرف شارع و قانونگذار دلیل خاصی مبنی بر عدم جواز و ممنوعیت تغییر جنسیت وجود ندارد اما چون تغییر جنسیت یک عمل است که پزشکان متخصص آن را انجام می‌دهند، باید دید که آیا انجام هر عملی مجاز است یا مشروط. در قانون و فقه ملاحظه می‌شود که صاحب نظران در باب اجاره اشخاص و نیز شرط فعل که از اعمال حقوقی بارز و مشهود و موضوع آن انجام فعل است، تأکید کرده‌اند که عمل مورد اجاره یا مشروط باید دارای منفعت عقلایی مشروع و قابل اعتنا باشد (انصاری، ۱۴۱۰: ۵؛ علامه حلی، ۱۴۱۸: ۲۸۶). بنابراین اگر شخصی بدون اینکه مشکل خاصی داشته باشد، اقدام به تغییر جنسیت خود کند، چون این عمل دارای منفعت عقلایی مشروع نیست و از طرفی هم شخص را گرفتار بحران روحی و روانی می‌کند، می‌توان به استناد عمومات مذکور در مبحث قبلی انجام آن را نامشروع تلقی نمود.

۲-۳- قاعده تسلیط

از دلایل دیگری که می‌توان مشروعیت مطلق تغییر جنسیت را از آن استنباط کرد، قاعده «الناس مسلطون علی انفسهم» است (خرازی، ۱۳۷۹: ۱۰۴). گرچه این قاعده در سیاق قاعده سلطه مردم بر مالشان است اما بعضی برای صحت فروش اعضای بدن نیز به آن استناد کرده‌اند (مؤمن: ۱۶۳)، بنابراین همان‌گونه که مردم حق دارند در مالشان هر تصرفی بکنند، می‌توانند در بدن خود نیز هر نوع تصرفی را که بخواهند، انجام دهند. در نتیجه تغییر جنسیت براساس این قاعده امری مجاز است. قاعده مزبور گرچه عیناً در روایت وارد نشده است اما می‌توان آن را از روایات وارد شده در باب نکاح باکره رشیده استنباط کرد. به عنوان مثال در صحیحہ فضیل بن یسار و محمدبن مسلم و زرارہ و برید بن معاویہ از حضرت باقر علیہ السلام نقل شده است: زنی که مالک خودش است، سفیه و مولی علیها نیست، ازدواج او بدون اذن اما نافذ است. در حجیت این قاعده نمی‌توان مناقشه نمود اما از جهت مفهوم قاعده و تطبیق آن بر مورد می‌توان بحث کرد. زیرا، مفهوم قاعده این نیست که انسان همان‌گونه که بر اموال خود حاکم است، بر خود ولایت و حاکمیت دارد، بلکه آنچه در باب روایت نکاح باکره رشیده وارد شده، این است که اگر زنی بتواند امور خود را اداره کند و نیز مصلحت و غبطه خود را تأمین نماید، می‌تواند بدون اذن ولی ازدواج کند (باریکلو، ۱۳۸۲: ۷۳). همان‌طوری که برخی صاحب‌نظران نیز قاعده را این‌گونه تفسیر کرده‌اند (انصاری، ۱۴۱۵: ۱۱۷). در نتیجه از لحاظ مفهومی این قاعده دلالتی بر سلطه انسان نسبت به خودش ندارد. بر فرض که این قاعده دلالت بر سلطه انسان نسبت به خود داشته باشد، باز نمی‌توان به استناد این قاعده تغییر جنسیت را به طور مطلق مشروع دانست. زیرا قاعده سلطه مشرع نیست و مالک نمی‌تواند هر تصرفی در مال خود انجام دهد. بلکه، باید تصرفی نماید که از دیدگاه عقلاً متعارف و معقول باشد (توحیدی، بی‌تا: ۱۰۲). با این وجود، فقط تصرفاتی در بدن جایز است که عقلایی و مشروع باشد. بنابراین تغییر جنسیت در اشخاصی که تمایلات جنسی روانی آنها مطابق با علایم ظاهری است، از دیدگاه عقلاً تصرفی نامعقول و نامتعارف است. قاعده سلطه محدود به مواردی است که دارای نفع

عقلایی مشروع باشد. زیرا با توجه به اصول و قواعد مسلم حقوقی و سیره عقلا، تصرفات لغو و زاید و یا دارای مفساد اجتماعی یا شخصی، مشروع و مورد حمایت قانون نیست (باریکلو، ۱۳۸۲: ۷۴).

۴- نظریه مشروعیت مشروط

نظریه دیگری که در این زمینه مطرح شده، مشروعیت مشروط است. به موجب این نظریه تغییر جنسیت در صورتی مجاز است که شخص دارای مشکل جنسی باشد و پزشک متخصص تغییر جنسیت را برای رفع مشکل او مفید تشخیص دهد. از نظر قانون مدنی نیز شرط صحت هر قراردادی این است که موضوع آن دارای منفعت عقلایی مشروع باشد. شخصی که به منظور تغییر جنسیت با یک پزشک و جراح قرارداد می‌بندد، در صورتی قرارداد مزبور صحیح خواهد بود که عمل مزبور برای او منفعت عقلایی داشته باشد. در اکثر نظام‌های حقوقی از جمله آلمان، انگلستان، فرانسه، ایتالیا، هلند، پرتغال، دانمارک، ترکیه و بلژیک این نظریه پذیرفته شده است و کشورهای که تغییر جنسیت را مجاز دانسته‌اند، مشروعیت آن را منوط به وجود شرایطی کرده‌اند. شاید این گونه استنباط گردد که اگر مشروعیت تغییر جنسیت مشروط به شرایطی شود، مشروعیت آن از واضحات و مسلمات است، زیرا به استناد قاعده «الضرورات تبیح المحظورات» و «حدیث رفع»، هر عمل ممنوع و غیرقانونی در شرایط اضطرار مباح و قانونی می‌شود (باریکلو، ۱۳۸۲: ۷۵). اما این ادعا قابل پذیرش نیست. زیرا، قواعد مذکور زمانی کاربرد دارد که ابتدا منع قانونی وجود داشته باشد و شخص در شرایط اضطرار قرار گیرد، سپس این قاعده از او رفع حرمت یا ممنوعیت کند و بعد از خروج از شرایط اضطرار، ادله حرمت دوباره حاکم شود. اما در تغییر جنسیت بر مبنای نظریه مشروعیت مشروط، اصلاً ممنوعیت و حرمتی وجود ندارد که قاعده مزبور آن را مرتفع سازد. به همین جهت برخی به وجوب تغییر جنسیت نسبت به افراد خنثی اعم از فیزیکی یا بدنی معتقدند (Skovgaard-petersenwww.umich.edu/journal/vol2no3/.sex-in-cairo.html). اما قاعده اباحه شدن ممنوعات در شرایط اضطرار برای مضطر فقط اباحه یا اختیار می‌آورد و نمی‌توان از این قاعده

استفاده و جوب یا لزوم کرد. از طرف دیگر ممکن است شخصی شرایط تغییر جنسیت را داشته باشد، اما در حالت اضطرار قرار نگیرد. بنابراین مشروعیت مشروط تغییر جنسیت از باب ادله اضطرار نیست بلکه از لحاظ علم پزشکی شرایطی لازم است تا برای پزشک، موضوع معالجه فراهم شود. از لحاظ حقوقی نیز این شرایط لازم تلقی شده است تا مورد حمایت قانون قرار گیرد (باریکلو، ۱۳۸۲: ۷۵). از قاعده عسر و حرج نیز می‌توان مشروعیت مشروط تغییر جنسیت را استنباط کرد. براساس آیات الهی (حج/۷۸؛ مائده/۶ و بقره/۲۸۵) در دین اسلام حکم حرجی تشریح نشده است و لذا چنانچه از ناحیه هر حکمی حرج و مشقت لازم آید، به استناد آیات شریفه فوق این حکم منتهی و از صفحه تشریح مرفوع است (روشن، ۱۳۸۶: ۱۶۲). شخصی که بقا در جنسیت فعلی موجب عسر و حرج برای او است، به استناد قاعده عسر و حرج باید بتواند تغییر جنسیت دهد. استناد به قاعده مزبور تنها با وجود عسر و حرج جایز می‌شود که این امر باید به تأیید پزشک متخصص برسد. با توجه به نظریات مذکور در مورد وضع حقوقی تغییر جنسیت، نظریه «مشروعیت مشروط» با واقعیت‌های علم پزشکی منطبق‌تر است.

باتوجه به سکوت قانونگذار و فقدان نص قانونی نظام حقوقی ایران نسبت به مشروع و نامشروع بودن تغییر جنسیت، نظرات متعددی در این زمینه مطرح شده است که در مجموع می‌توان آنها را به سه گروه تقسیم نمود: نظریه مشروعیت مطلق، نظریه ممنوعیت مطلق و نظریه مشروعیت مشروط. با عنایت به نظرات مذکور در زمینه وضع حقوقی تغییر جنسیت، نظریه «مشروعیت مشروط» با واقعیت‌های علم پزشکی منطبق‌تر است. بر طبق قانون مدنی نیز، مشروعیت هر عملی منوط به وجود منفعت عقلایی مشروع است. بنابراین، شخص در صورتی می‌تواند اقدام به تغییر جنسیت خود نماید که دارای مشکل جنسی باشد و پزشک متخصص، تغییر جنسیت را برای رفع مشکل او مفید تشخیص دهد. بنابراین، در اکثر نظام‌های حقوقی و نیز طبق نظر مشهور فقها، تغییر جنسیت در صورتی که از لحاظ پزشکی ضروری تشخیص داده شود، مجاز می‌باشد (اصغری آقمشهدی، ۱۳۹۰).

انتخاب "تغییر جنسیت" امری تفریحی نیست و هیچ انسانی لزوماً از سر مزاح اقدام به این کار نمی‌کند. این احساس را نمی‌توان معادل یک خیال‌پردازی به مانند پوشیدن لباس‌های جنس مخالف و یا نوعی نیاز به سوی رفتاری است که با جنسیت آناتومیکی فرد مطابقت ندارد، این انتظار ممکن است درست نباشد. بنابراین، ممکن است نقش جنسیتی در افراد دچار اختلال هویت جنسی کاملاً با هویتی که آنها در نظر دارند، متناسب نباشد و در مقابل، ممکن است خصوصیت‌هایی از هر دو جنسیت را نشان دهند. احتمال دیگر این است که افراد دچار اختلال هویت جنسی نسبت به افراد طبیعی از جنسیتی که با آن همانند سازی کرده‌اند، انحراف بیشتری نشان دهند و نامتعارف‌تر باشند. بر اساس این، انتظار داریم مردان دچار اختلال هویت جنسی نسبت به زنان شاهد زنانگی بیشتر و مردانگی کمتری داشته باشند و همچنین زنان دچار اختلال هویت جنسی نسبت به مردان شاهد مردانه‌ترند و زنانگی کمتری دارند (ونس، ۲۰۱۴).

برای حمایت از بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی باید قانون وضع شود. برخی از کارشناسان بر این باورند که برای حمایت از افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی باید دست به دامان قانون شد که به صورت کامل و دقیق مشخص باشد؛ بنابراین باید قانونی تعریف و تهیه شود که تمام وجوه زندگی، کار، درمان، تحصیل، برخوردهای قانونی، شناسنامه و هویت جامعه آنها را ایران در برگیرد. سازمان بهزیستی ایران، با در اختیار داشتن بودجه‌ای محدود، قبلاً تنها می‌توانست مبلغ بین یک تا پنج میلیون تومان را برای عمل جراحی بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی پرداخت کند، این در حالی است که میانگین هزینه جراحی بین ۱۵ تا ۲۵ میلیون تومان بود. مبلغ پرداختی در حال حاضر افزایش داشته است ولی هنوز جوابگوی هزینه درمانی این بیماران نمی‌باشد. امید است تا روزی جامعه، مسئولان و قانون کشور، بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی را به عنوان یک شهروند عادی در جامعه پذیرا باشند.

منابع

اصغر نژاد فرید، علی اصغر، زم، فاطمه، سهرابی، فرامرز، باقری، فربرز (۱۳۸۸). تحلیل کیفی پدیدار شناحتی ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی دگرجنسیت خواهی. تحقیقات روانشناختی، ۱، ۴، ۸۶-۷۳.

اصغری آقمشهدی، فخرالدین (۱۳۹۰). وضعیت فقهی و حقوقی تغییر جنسیت. فقه و حقوق اسلامی، دوره ۲، شماره ۲، ۱۷-۱.

اصغری آقمشهدی، فخرالدین، عبدی، یاسر (۱۳۸۷). احکام و آثار تغییر جنسیت. مدرس علوم انسانی، دوره ۱۲، شماره ۳، ۲۲-۱.

افشار، سمیه، بااخلاق، سمیه، کردی، مریم (۱۳۸۴). مقایسه توانایی حل مسائل اجتماعی در جوانان با و بدون اختلال هویت جنسی. مقاله ارائه شده در دومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۳-۲ مهرماه، ۱۰۷.

اوحدی، بهنام، محمدی، محمدرضا، رحیمیان، الهام، رئیسی، فیروزه، صابری، مهدی، اربابی، محمد، پاشا میثمی، علی، نوروزیان، مریم (۱۳۸۶). ویژگی‌های تصویربرداری مغز افراد دچار اختلال هویت جنسی در مقایسه با افراد سالم. تازه‌های علوم شناختی، سال ۹، شماره ۳، ۲۵-۲۰.

باریکلو، علیرضا (۱۳۸۲). وضعیت تغییر جنسیت. اندیشه‌های حقوقی، سال اول، شماره پنجم، بخشایش، علیرضا، زارع مهرجردی، فاطمه (۱۳۸۸). رابطه جنسیت، هویت جنسی و راهبردهای مقابله‌ای در نوجوانان. مقاله ارائه شده در چهارمین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۲۲-۲۰ آبان ماه، ۱۵۴.

بشارت، محمد علی، تولائی، فهیمه (۱۳۹۳). مقایسه ابعاد مشکلات بین شخصی در افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی تغییر جنسیت داده، تغییر جنسیت نداده و افراد عادی روان شناسی سلامت، سال سوم، شماره دوم، ۱۷-۴.

ارزیابی روانشناختی و پروتکل درمانی بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی / ۱۰۷

بشارت، محمد علی، تولائی، فهیمه، لواسانی، مسعود غلامعلی (۱۳۹۱). مقایسه سبک‌های دلبستگی در افراد مبتلا به اختلال هویت جنسیتی و افراد غیرمبتلا. مجله علمی پزشکی قانونی، دوره ۱۸، شماره ۳-۲، ۹۷-۸۹.

پورحیدری، محبوبه، شماعیان رضوی، نازنین، سوزنی، آذر (۱۳۸۶). نقش خانواده در اختلالات هویت جنسی کودکان و نوجوانان. مقاله ارائه شده در سومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۸-۶ آذرماه، ۶۰.

تقی زاده ابوذر، حمیده (۱۳۹۴). بررسی هوش معنوی در افراد دارای اختلال هویت جنسی (GID) و مقایسه آن با افراد عادی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بین‌المللی کیش.

تیزرطولی، فیروز (۱۳۸۴). هویت جنسی و نقش آن در بروز اختلالات جنسی. مقاله ارائه شده در دومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۳-۲ مهرماه، ۳۱۴.

جلالی ندوشن، امیر حسین. بررسی فرجام جراحی بازسازی جنسیت در مبتلایان به اختلال هویت جنسی. طرح پایان یافته مرکز تحقیقات بهداشت روان.

جلالی ندوشن، امیر حسین. تبیین تجربه تغییر جنسیت در مبتلایان به اختلال هویت جنسی: مطالعه کیفی. پایان نامه دستیاری روانپزشکی.

جلالی ندوشن، امیر حسین. مطالعه کیفی شرکای جنسی افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی در مراجعه کنندگان به انستیتو روان پزشکی تهران. طرح پژوهشی مرکز تحقیقات بهداشت روان.

جلالی ندوشن، امیر حسین، علوی، کاوه، احمدزاد اصل، مسعود، افتخار اردبیلی، مهرداد (۱۳۹۰). بررسی میزان آگاهی و نگرش مبتلایان به اختلال هویت جنسی. مقاله ارائه شده در بیست و هشتمین همایش سالیانه انجمن علمی روانپزشکان ایران. تهران. ایران.

جلالی ندوشن، امیر حسین، علوی، کاوه، پاکدل، سعید، احمدزاد اصل، مسعود، افتخار اردبیلی، مهرداد (۱۳۹۰). بررسی میزان آگاهی و نگرش مبتلایان به اختلال هویت جنسی مراجعه کننده به

۱۰۸ / ارزیابی روانشناختی و پروتکل درمانی بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی

انستیتو روانپزشکی تهران نسبت به ایدز. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. سال ۱۷، شماره ۳، ۲۶۱-۲۵۶.

جهانگیر، پانته آ (۱۳۸۴). اختلال هویت جنسی و نقش والدین در بروز آن. مقاله ارائه شده در دومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۳-۲ مه‌ماه، ۳۶۷.

حجازی، آریا، عدالتی شاطری، زهره، مصطفوی، سعیده السادات، حسینی، زهرا السادات، رزاقیان، منیره، مقدم، مرضیه (۱۳۸۷). بررسی میزان تطابق نقش و هویت جنسی ۱۲ بیمار ترنس سکسوال با جنسیت جدیدشان بعد از عمل جراحی تغییر جنسیت. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، دوره ۱۳، شماره ۶، مسلسل ۵۰.

حشمتی، رسول، حسینی فر، جعفر (۱۳۸۸). همابندی اختلال هویت جنسی در پسران مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم (ASD). مقاله ارائه شده در چهارمین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۲۲-۲۰ آبان ماه، ۱۸۴.

خدایاری فرد، محمد، محمدی، محمدرضا، عابدینی، یاسمین (۱۳۸۲). درمان شناختی - رفتاری اختلال تبدل خواهی جنسی با تاکید بر درمان معنوی: بررسی موردی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، دوره نهم، شماره ۳، پیاپی ۳۵.

دادفر، فرشته، دادفر، محبوبه، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). افسردگی مردان: جنبه‌های زیستی و روانشناختی. تهران: انتشارات میرماه.

دادفر، فرشته، دادفر، محبوبه، وفا، فرنگیس (۱۳۸۶). بررسی نشانگان‌های بالینی بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی. مقاله ارائه شده در سومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۸-۶ آذرماه، ۱۳۸.

دادفر، محبوبه، اصغر نژاد فرید، علی اصغر، پیرمرادی، محمدرضا، عبادی زارع، سعید، کولیوند، پیر حسین (۱۳۹۴). گروه درمانی. تهران: انتشارات میرماه.

دادفر، محبوبه، بهرامی، فاضل، فرشته، دادفر، یونسی سید جلال (۱۳۸۹). بررسی پایایی و روایی پرسشنامه سرشت و منش. فصلنامه توانبخشی، سال یازدهم، شماره ۳ (پیاپی ۴۳)، ۲۴-۱۵.

ارزیابی روانشناختی و پروتکل درمانی بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی / ۱۰۹

دادفر، محبوبه، بیرشک، بهروز، دادفر، طیبه، بهرامی، فاضل، صادقی، لیل، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۴). اندیشه روان درمانی انسان گرایانه با آموزه‌های ادبی و عرفانی. تهران، انتشارات میرماه.

دادفر، محبوبه، بیرشک، بهروز، دادفر، فرشته (۱۳۹۰). افسردگی نوجوانان: راهنمای عملی برای نوجوانان و والدین. تهران: انتشارات رویان پژوه.

دادفر، محبوبه، دادفر، فرشته، دادفر، طیبه (۱۳۸۸). بررسی ویژگی‌های شخصیتی بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی. مقاله ارائه شده در چهارمین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۲۲-۲۰ آبان ماه، ۱۷۵.

دادفر، محبوبه، سراجی، مهرزاد، فرزادی، حمید، دادفر، فرشته (۱۳۸۴). بررسی فرایند جدا شدن- فردیت یافتن و نوع تعاملات والدین در افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی. مقاله ارائه شده در دومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی، تهران، دانشگاه شاهد، ۲ و ۳ آذر ماه دادفر، محبوبه، عاطف وحید، محمد کاظم، اصغر نژاد فرید، علی اصغر، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). روانشناسی جامعه نگر. تهران: انتشارات میرماه.

دادفر، محبوبه، عاطف وحید، محمد کاظم، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). شاخص‌های تشخیصی آزمون‌های روانشناسی. تهران: انتشارات میرماه.

دادفر، محبوبه، عاطف وحید، محمد کاظم (۱۳۹۴). کاربرد برنامه روانشناختی راکودد در درمان متجاوزین جنسی. تهران: انتشارات میرماه.

دادفر، محبوبه، عاطف وحید، محمد کاظم، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). درمان شناختی تحلیلی. تهران: انتشارات میرماه.

دادفر، محبوبه، غرابی، بنفشه، نوری قاسم آبادی، ربابه، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). درمان فراشناختی (MCT) اختلال وسواسی جبری: به انضمام راهنمای عملی درمان فراشناختی (MCT) برای بیماران. تهران: انتشارات میرماه.

دادفر، محبوبه، یکه یزدان دوست، رخساره، دادفر، فرشته (۱۳۸۸). بررسی الگوهای شخصیتی بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی. مجله پزشکی قانونی ایران، ۱۵ (مسلسل ۵۴)، ۲، ۹۹-۹۶.

راشکی، حسن، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۲). سنجش سلامت (چکاپ). تهران: انتشارات رویان پژوه.

رحمانی، فاتح، دادستان، پریخ، عاطف وحید، محمد کاظم، امیدی، ایرج (۱۳۸۴). اثربخشی روان درمانگری پویسی کوتاه مدت و دارودرمانگری در بیماران افسرده. فصلنامه انجمن ایرانی روانشناسی، ۲، ۱۳۸-۱۱۴.

رضایی، امید، صابری، سیدمهدی، شاه مرادی، حسین، ملک خسروی، غفار (۱۳۸۶). کارکرد خانواده در بیماران دچار اختلال هویت جنسی. توانبخشی، دوره هشتم، ویژه نامه، مسلسل ۲۹،

رنجبرشایان، حسین، قشونی زاده، سعید (۱۳۸۲). بررسی تعاملات والدین و فرزندان پسر در دوران کودکی و تاثیر آن در ایجاد اختلال هویت جنسی. مقاله ارائه شده در اولین کنگره خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، دانشکده پزشکی، ۲۴-۲۳ مهرماه، ۶۷.

روشن، محمد (۱۳۸۶). بررسی آثار حقوقی تغییر جنسیت. مقاله ارائه شده در سومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۸-۶ آذرماه، ۲۸۵.

ره گوی، ابوالفضل (۱۳۸۴). اختلال هویت جنسی و نقش روانپرستار. مقاله ارائه شده در دومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۳-۲ مهرماه، ۲۶۴.

رئیی، فیروزه، ناصحی، عباسعلی (۱۳۸۳). اختلال هویت جنسی. تهران: تهران صدا.

زارع مهرجردی، فاطمه، بخشایش، علیرضا (۱۳۸۸). بررسی هویت جنسی در افراد وابسته به مواد. مقاله ارائه شده در چهارمین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۲۲-۲۰ آبان ماه، ۱۵۳.

زینعلی، شینا، خسروجاوید، مهناز، گلبندی حقیقت، امیر (۱۳۸۸). بررسی اختلالات شخصیت و ویژگی های شخصیتی در افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی. مقاله ارائه شده در چهارمین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۲۲-۲۰ آبان ماه، ۱۱۵.

سیف اللهی، سیف الله، رازقیان، آناهیتا (۱۳۸۷). عوامل اجتماعی مؤثر بر هویت جنسیتی زنان در ایران (مطالعه موردی: تهران). پژوهش نامه علوم اجتماعی، سال دوم، شماره سوم، ۲۷-۵۴.

ارزیابی روانشناختی و پروتکل درمانی بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی / ۱۱۱

طیری، فریبا، اصغر نژاد فرید، علی اصغر، بوالهری، جعفر، قاضی زاده، احمد (۱۳۸۵). ارزشیابی برنامه ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه روستایی شهرستان سنندج. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال دوازدهم، شماره ۴، ۴۰۹-۴۰۳.

ظهیرالدین، علیرضا، صمیمی اردستانی، سیدمهدی، اربابی، محمد (۱۳۸۴). روان درمانی موفقیت آمیز چهار مورد اختلال هویت جنسی. مجله علمی پزشکی قانونی، دوره ۱۱، شماره ۱ مسلسل ۳۷. عابدینی، یاسمین (۱۳۸۴). گزارش موردی از خانواده درمانی شناختی- رفتاری اختلال هویت یابی جنسیتی. مقاله ارائه شده در دومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۲-۳ مهرماه، ۸۱.

عاطف وحید، محمد کاظم، دادفر، محبوبه (۱۳۹۳). راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان). تهران: انتشارات میرماه.

عاطف وحید، محمد کاظم، دادفر، محبوبه (۱۳۹۴). روانشناسی قانونی. تهران: انتشارات میرماه. عاطف وحید، محمد کاظم (۱۳۸۳). بهداشت روان در ایران: دستاوردها و چالش‌ها. فصلنامه رفاه اجتماعی، سال چهارم، شماره ۱۴، ۵۷-۴۱.

عسکری، محمد، صابری، سیدمهدی، رضایی، امید، دولتشاهی، بهروز (۱۳۸۶). شیوع آسیب‌های روانی در بیماران با اختلال هویت جنسی. مجله علمی پزشکی قانونی، دوره ۱۳، شماره ۳، مسلسل ۴۷. عطار، حمیدرضا، رسولیان، مریم (۱۳۸۲). تشخیص اولیه اختلال هویت جنسی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (ادیشه و رفتار)، دوره نهم، شماره ۳، پیاپی ۳۵.

علوی، کاوه، جلالی ندوشن، امیر حسین، افتخار اردبیلی، مهرداد (۱۳۹۳). گرایش جنسی در افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۲۰، ۱، ۴۹-۴۳.

علوی، کاوه، جلالی ندوشن، امیر حسین، افتخار اردبیلی، مهرداد (۱۳۹۳). مطالعه نقش‌های جنسیتی مردانه و زنانه در گروهی از افراد طبیعی ایرانی بر اساس دو سازه متفاوت: پرسش‌نامه نقش جنسیتی بم و مقیاس‌های نقش جنسیتی زنانه و مردانه MMPI-II. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۲۰، ۲، ۱۳۳-۱۲۱.

عمارلو، ویدا، غفار تبریزی، ربابه، عسکری، ؟ (۱۳۸۶). پیش بینی گرایش به دگر جنس خواهی (تغییر جنسیت) در پسران بر ویژگیهای خانوادگی. مقاله ارائه شده در سومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۸-۶ آذرماه، ۱۲۷.

عیاری، کیانوش (۱۳۸۴). هویت جنسی و نقش آن در بروز اختلالات جنسی. مقاله ارائه شده در دومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۳-۲ مهرماه، ۲۵۶.

فرزادی، حمید (۱۳۹۳). گزارش موردی اختلال هویت جنسی. مرکز مشاوره و خدمات روانشناختی توحید.

فیروزی، علی اصغر، عیدی بایگی، مجید، خواجه الدین، نیلوفر (۹۳-۱۳۹۲). مقایسه ویژگی‌های روان شناختی دو بیمار مبتلا به اختلال هویت جنسی. مجله علمی پزشکی قانونی، دوره ۱۹، شماره ۱ و ۴، ۳۶۵-۳۵۹.

قجاوند، کاظم (۱۳۸۲). نقش خانواده در مراقبت از هویت جنسی کودکان. مقاله ارائه شده در اولین کنگره خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، دانشکده پزشکی، ۲۴-۲۳ مهرماه، ۱۰۷.

کریمی، علی (۱۳۸۶). رشد هویت جنسی در دختران ایرانی. مقاله ارائه شده در سومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۸-۶ آذرماه، ۵۴.

کوچکیان، زینب (۱۳۸۵). اختلال هویت جنسی و ابعاد آن. رفاه اجتماعی، شماره ۲۱، ۲۱۵-۲۲۲.
کولیوند، پیر حسین، دادفر، طیبه، دادفر، محبوبه، کاظمی، هادی (۱۳۹۳). خودکارآمدی. تهران: انتشارات میرماه.

کهن زاد، شهریار (۱۳۹۰). اختلال هویت جنسی فقط یک بیماری است. سرویس «تابناک» اجتماعی.
گلابی، طاهره، قلی پور اندریان، شهناز (۱۳۸۶). بررسی اختلال هویت جنسی با نگاهی به آمار وضعیت مراجعین مبتلا به اختلال هویت جنسی به مراکز مداخله در بحران‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی سازمان بهزیستی کشور در سال‌های ۸۵-۸۳. مقاله ارائه شده در سومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۸-۶ آذرماه، ۱۰۳.

ارزیابی روانشناختی و پروتکل درمانی بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی / ۱۱۳

محمدی، خسرو (۱۳۸۶). بررسی ویژگیهای شخصیتی متقاضیان تغییر جنسیت (Transsexuals) مراجعه کننده به سازمان پزشکی قانونی کشور بر اساس MMPI-2. مقاله ارائه شده در سومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۸-۶ آذرماه، ۱۰۶.

مصطفوی، سعیده السادات (۱۳۸۷). هنگامه‌های قبل و بعد از تغییر جنسیت نظامنامه اخلاقی. تازه‌های روان درمانی، شماره ۴۹ و ۵۰، ۱۳۵-۱۱۵.

مصطفوی، سعیده السادات، دلاوری، مریم (۱۳۸۶). بررسی تحلیلی روند ارجاع متقاضیان عمل جراحی تغییر جنسیت در پزشکی قانونی تهران با توجه به استانداردهای بین المللی. مقاله ارائه شده در سومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۸-۶ آذرماه، ۴۳.

مصطفوی، سعیده السادات، نوعی، زهرا، امیرپور، لیلا، عدالتی شاطری، زهره، حسینی، زهرا السادات، رزاقیان، منیره (۱۳۸۴). بررسی تطابق نقش و هویت جنسی بیماران ترنس سکسوالیسم با جنسیت جدید خود بعد از عمل جراحی. مقاله ارائه شده در دومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۳-۲ مهرماه، ۸۳.

ملک آرا، مریم خاتون (۱۳۹۰). یک تی. اس همیشه یک تی. اس می ماند حتی پس از جراحی. انجمن حمایت از بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی (تی. اس).

موحد، مجید، حسین زاده کاسمانی، مرتضی (۱۳۸۹). رابطه اختلال هویت جنسیتی با کیفیت زندگی. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال دوازدهم، شماره ۴۴، ۱۴۲-۱۱۱.

موسوی بجنوردی، سید محمد (۱۳۸۶). بررسی فقهی حقوقی در خصوص تغییر جنسیت با رویکردی بر نظر حضرت امام خمینی. فصلنامه علمی پژوهشی متین، شماره ۳۶.

مومنی جاوید، مهر آور، شعاع کاظمی، مهرانگیز (۱۳۹۰). مقایسه ویژگیهای شخصیتی افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی و افراد بهنجار. فصلنامه پژوهش اجتماعی، سال چهارم، شماره ۱۳، ۹۴-۸۱.

مهرابی، فریدن (۱۳۷۴). بررسی برخی از ویژگیهای تبدیل خواهی جنسی در- بیماران ایرانی. فصلنامه اندیشه و رفتار شماره ۳، ۱۲-۶.

مهکام، رضا (۱۳۹۳). نشست علمی «تبیین اختلال هویت جنسی» (تشخیص، درمان و مباحث فقهی مرتبط با آن. انجمن روانشناسی اسلامی.

نوروزی، نصرت الله، عاطف وحید، محمد کاظم، قربانی، نیما، قاضی طباطبایی، محمود (۱۳۸۶). عامل دوگانه مقاومت و انتقال در بیماران با و بدون اختلال‌های شخصیت. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال سیزدهم، شماره ۲، ۱۳۹-۱۳۲.

نوریان، ناهید، دولتشاهی، بهروز، رضایی، امید (۱۳۸۷). بررسی اختلالات شخصیت و ویژگی‌های شخصیتی مردان مبتلا به اختلال هویت جنسی. توانبخشی، دوره ی نهم، شماره اول (مسلسل ۳۳).

نوعی، زهرا، مصطفوی، سعیده السادات، امیرپور، لیلا، رزاقیان، منیره (۱۳۸۴). بررسی تحلیلی علت‌شناسی اختلال هویت جنسی و میزان اثرگذاری رویکردهای مختلف درمانی آن. مقاله ارائه شده در دومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۲-۳ مهرماه، ۲۵۱.

نیمروزی، فاطمه (۱۳۸۶).. بررسی مقایسه‌ای رضایتمندی جنسی در ترنس سکسوال‌های مرد و زن بعد از عمل جراحی. مقاله ارائه شده در سومین کنگره سراسری خانواده و سلامت جنس، ی تهران، دانشگاه شاهد.

نیمروزی، فاطمه (۱۳۸۶). بررسی مقایسه‌ای رضایتمندی جنسی در ترانس سکسوال‌های مرد و زن بعد از عمل جراحی. مقاله ارائه شده در سومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۶-۸ آذرماه، ۶۸.

هاشمی، رعنا، ولیدی، محمد صالح، قنبری قمی، حسین (۱۳۸۴). بررسی تطبیقی آثار تغییر جنسیت در قلمرو حقوق ایران- امریکا و از دیدگاه پزشکی قانونی. مقاله ارائه شده در دومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۲-۳ مهرماه، ۳۸۶.

همتی، آزاد، دژکام، محمود، دلاور، علی، عاطف وحید، محمد کاظم، برجعلی، احمد، کامکاری، کامبیز (۱۳۹۲). همخوانی مقیاس‌های آسیب‌شناسی شخصیت (PSY-5) پرسشنامه MMPI-2

RF با صفات پیشنهادی محور دوم DSM-5. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، سال سوم، شماره ۱۲، ۸۳-۱۱۴.

یعقوبی نصرآبادی، محمد؛ عاطف وحید، محمد کاظم؛ احمدزاده، غلامحسین (۱۳۸۲). تأثیر گروه درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به اختلال خلقی. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال نهم، شماره ۲، (پیاپی ۳۴). ص ۶۳-۵۶.

- Aghabikloo, A., Bahrami, M., Saberi, S. M., & Emamhadi, M. A. (2012). Gender Identity Disorders in Iran; Request for Sex Reassignment Surgery. *International Journal of Medical Toxicology and Forensic Medicine*, 2, 4, 128-134.
- Ahmadzad-Asl M, Jalali AH, Alavi K, & Naserbakht M. (In Press). Eftekhar M. Gender Identity Disorder; Transsexualism in Iran: Epidemiological Aspects of Iranian Model.
- Ahmadzad-Asl, M., Jalali Nadooshan, A. M., Alavi, K., Naserbakht, M., Taban, M., Mohseninia-Omrani, KH., & Eftekhar Ardebili, M. (2013). The epidemiology of transsexualism in Iran. *European Psychiatry*, 28, Supplement 1. And paper presented at 21th European Congress of Psychiatry.
- Ahmadzad-Asl, M., Jalali Nadooshan, A. M., Alavi, K., Naserbakht, M., Taban, M., Mohseninia-Omrani, KH., & Eftekhar Ardebili, M. (2011). The epidemiology of transsexualism in Iran. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 15, 83-93.
- American Psychiatry Association Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-5). American Psychiatry Association. (2013).
- American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Forth Edition, Text Revised (DSM-IV-TR). American Psychiatry Association. (2000).
- Baba T, Endo T, Ikeda K, Shimizu A, Honnma H, Ikeda H, et al. (2011). Distinctive features of female-to-male transsexualism and prevalence of gender identity disorder in Japan. *J Sex Med*. 8, 1686-1693.
- Baker A, Van Kesteren PJ, Gooren LJ, & Bezemer PD. (1993). The prevalence of transsexualism in the Netherlands. *Acta Psychiatr Scand*, 87, 237-238.
- Baltieri D. A. & de Andrade, A. G. (2009). Schizophrenia modifying the expression of gender identity disorder. *The Journal of Sexual Medicine*, 6, 4, 1185-1188.
- Bandini, E. Fisher, A. D. Ricca, V. et al. (2011). Childhood maltreatment in subjects with male-to-female gender identity disorder. *International Journal of Impotence Research*, 23, 6, 276-285.
- Banks, D. R. (2001). Personality characteristics of individuals seeking treatment for gender identity disorder. ETD Collection for University of Connecticut. Paper AAI3025020. <http://digitalcommons.uconn.edu/dissertations/AAI3025020>

- Barbu S, Martin N, & Chevrot JP.. (2014). The maintenance of regional dialects: a matter of gender? Boys, but not girls, use local varieties in relation to their friends' nativeness and local identity. *Front Psychol.* 31, 5, 1251.
- Bash KW. (1983). Sex character of human movement answers in the Rorschach test in transsexual and transvestite patients. *Schweiz Arch Neurol Neurochir Psychiatr*, 132, 2, 315-323.
- Bazarra-Castro MA, Sievers C, Fulda S, Klotsche J, Pieper L, Wittchen HU, et al. (2012). Co-morbidities in transsexual patients under hormonal treatment compared to age and gender-matched primary care comparison groups. *Reprod Sys Sexual Disord.* 1, 101.
- Beatrice J. (1985). A psychological comparison of heterosexuals, transvestites, preoperative transsexuals, and postoperative transsexuals. *J Nerv Ment Dis*, 173, 6, 358-365.
- Cole CM, O'Boyle M, Emory LE, & Meyer WJ 3rd. (1997). Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Arch Sex Behav*, 26, 1, 13-26
- Bejerot, S. & Eriksson, J. M. (2014). Sexuality and gender role in autism spectrum disorder: a case control study. *PLoS ONE*, 9, 1, Article ID e87961.
- Bhargava, S. C. & Sethi, S. (2001). Transsexualism and schizophrenia: a case report," *Indian Journal of Psychiatry*, 44, 77-178.
- Blanchard R, Clemmensen LH, & Steiner BW. (1987). Heterosexual and homosexual gender dysphoria. *Arch Sex Behav.* 16, 139-152.
- Blanchard R, Clemmensen LH, Steiner BW. (1983). Gender reorientation and psychosocial adjustment in male-to-female transsexuals. *Arch Sex Behav*, 12, 6, 503-509.
- Borras, L. Huguélet, P. & Eytan. A. (2007). Delusional "pseudotranssexualism" in schizophrenia. *Psychiatry*, 70, 2, 175-179.
- Brown, R. N (2009). The sexual relationship of sexual -Minority women parented with transmen: a qualitative study. *Archives of sexual behavior* , 39, 561-572.
- Burton, A. & Sjoberg Jr, B. (1964). The diagnostic validity of human figure drawings in schizophrenia," *The Journal of Psychology*, 57, 3-18.
- Caldwell, C., & Keshavan. M. S. (1991). Schizophrenia with secondary transsexualism," *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 4, 300-301.
- Campo, J. À., Nijman, H. Merckelbach, H. & Evers, C. (2003). Psychiatric comorbidity of gender identity disorders: a survey among dutch psychiatrists. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 7, 1332-1336.
- Campo, J. M. Nijman, H. Evers, C. Merckelbach, H. L. & Decker. I. (2001). Gender identity disorders as a symptom of psychosis, schizophrenia in particular, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 145, 39, 1876-1880.

- LaTorre, R. A. (1976). The psychological assessment of gender identity and gender role in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 2, 2, 266–285.
- Carrillo, B., Gómez-Gil, E., Rametti, G., Junque, C., Gomez, A., Karadi, K., Segovia, S., & Guillamon, A. (2010). Cortical activation during mental rotation in male-to-female and female-to-male transsexuals under hormonal treatment *Psychoneuroendocrinology*, 35, 8, 1213-1222.
- Chien, Y.-L., Gau, S. S.-F & Gadow, K. D. (2011). Sex difference in the rates and co-occurring conditions of psychiatric symptoms in incoming college students in Taiwan,” *Comprehensive Psychiatry*, 52, 2, 195–207.
- Cohen-Kettenis, P. T. & Arrindell, W. A. (1990). Perceived parental rearing style, parental divorce and transsexualism: a controlled study, *Psychological Medicine*, 20, 3, 613–620,
- Cole, C. M. O'Boyle, M. Emory, L. E. & Meyer III, W. J. (1997). Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Archives of Sexual Behavior*, 26, 1,13–26.
- Colton Meier, S., & Labuski, C. M. (2013). The demographics of the transgender population. *International Handbook on the Demography of Sexuality and International Handbooks of Population*, 5, 289-327.
- Costa, A. B. Fontanari, A.-M. V. Andreazza, T. et al. (2014). BDNF: a biomarker for social vulnerability in individuals diagnosed with gender dysphoria. *Journal of Psychiatric Research*, 50, 1, 16–17.
- Dacakis G, Davies S, Oates JM, Douglas JM, & Johnston JR.. (2013). Development and preliminary evaluation of the transsexual voice questionnaire for male-to-female transsexuals. *J Voice*. 27, 3, 312-20.
- De Cuyper, G. Elaut, E. Heylens, G. Van Maele, G. Selvaggi, G. T'Sjoen, G. & et al. (2006). Long-term follow up: Psychological outcome of Belgian transsexuals after sex reassignment surgery. *Sexologies*, 15, 126-133.
- De Cuyper, G. & T'Sjoen, G. (2004). Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Archives of sexual behavior*, 6, 679-690.
- De Cuyper G, Van Hemelrijck M, Michel A, Carael B, Heylens G, Rubens R, et al. (2007). Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *Eur Psychiatry*. 22, 137–141.
- De roche, R., & Rauch fleisch, U. (2004). A team approach to the indication for gender reassignment surgery in transsexual resulting in long-term outcome improvement. *Eur J Plast Surg*. 27, 24-28.
- De Vries, A. L. C. Noens, I. L. J. Cohen-Kettenis, P. T. van Berckelaer-Onnes, I. A. & Doreleijers, T. A. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents,” *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 8, 930–936.

- De Vries, A.L.C. Kreukels, B.P.C. Steensma, T.D. Doreleijers, T.A.H. & Cohen-Kettenis, P.T. (2011). Comparing adult and adolescent transsexuals: An MMPI-2 and MMPIA study. *Psychiatry Research*, 186, 414-418.
- Dhejne C, Lichtenstein P, Boman M, Johansson AL, Långström N, & Landén M. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *PLoS One*. 6:e16885.
- Dhejne, C., Lichtenstein, P., & Boman, M., (2003). Long-Term Follow-up of Transsexual persons undergoing sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden. *PLOS one*, 2,e16885.
- Di Ceglie, D. Skagerberg, E. Baron-Cohen, S. & Auyeung, B. (2014). Empathising and systemising in adolescents with gender dysphoria. *Opticon* 1826, 16, 6, 1-8.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. (1994). Washington DC: American Psychiatric Association; American Psychiatric Association.
- Drescher, J. Cohen-Kettenis, P. & Winter, S. (2012). Minding the body: situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *International Review of Psychiatry*, 24, 6, 568-577.
- Duisin D, Nikolić-Balkoski G, & Batinić B. (2009). Sociodemographic profile of transsexual patients. *Psychiatr Danub*. 21, 220-223. [
- Eatrice J. (1985). A psychological comparison of heterosexuals, transvestites, preoperative transsexuals, and postoperative transsexuals. *J Nerv Ment Dis*, 173, 358-365
- Eftekhar Ardebili, M. (2007). Transsexualism, *Encyclopedia of women and Islamic cultures*”, Brill Academic Publisher, 6, 145-146.
- Eftekhar Ardebili, M., ShayestehKhou, S., Moshtagh Bidokhti, N., & Mehrabi, F. (2007). The relations of sexuality, sex addiction and AIDS anxiety in homosexual and transsexuals in Iran. *The 135th APHA Annual Meeting & Exposition*; November 3-7. Washington DC. p S158.
- Fleming M, Cohen D, Salt P, Jones D, & Jenkins S. (1981). A study of pre- and postsurgical transsexuals: MMPI characteristics. *Archives of sexual behavior*, 10, 2, 161-170
- Fleming M, Jones D, Simons J. (1982). Preliminary results of Rorschach protocols of pre and post operative transsexuals. *J Clin Psychol* 1982 Apr;38(2):408-415.
- Fontanari, A.-M. V. Andrezza, T. Costa, Â. B. et al. (2013). Serum concentrations of brain-derived neurotrophic factor in patients with gender identity disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 47, 10, 1546-1548.
- Fuss, J. Biedermann, S. V. Stalla, G. K. & Auer, M. K. (2013). On the quest for a biomechanism of transsexualism: is there a role for BDNF? *Journal of Psychiatric Research*, 47, 12, 2015-2017.

- Gallucci, G. Hackerman, F. and C. W. & Schmidt Jr. C. W. (2005). Gender identity disorder in an adult male with Asperger's Syndrome. *Sexuality and Disability*, 23, 1, 35–40.
- Garrels L, Kockott G, Michael N, Preuss W, Renter K, Schmidt G, et al. (2000). Sex ratio of transsexuals in Germany: The development over three decades. *Acta Psychiatr Scand*. 102:445–448.
- Gender Identity Disorders. (2007). In: Sadock JS, Sadock VA (eds.) Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Wolters Kluwer Health and Lippincott Williams & Wilkins. 10th ed. 2007; Chap 22: 718-726.
- Gendercare Gender Clinic. 5 years helping Gender Dysphorics (2006). A Professional Web-Based Gender Dysphoria Counseling Service.
- Giltay, E. J. Gooren, L. J. G. Cohen-Kettenis, P. T. et al. (2004). Comorbidity of gender identity disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 161, 5, 934–935.
- Gómez-Gil, E. Esteva, I. Carrasco, R. et al. (2011). Birth order and ratio of brothers to sisters in Spanish transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 3, 505–510.
- Gómez-Gil, E. Trilla, A. Salamero, M. Godás, T. & Valdés, M. (2009). Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 3, 378–392.
- Gómez-Gil, E. Vidal-Hagemeuer, A. & Salamero, M. (2009). MMPI-2 characteristics of transsexual requesting sex reassignment: comparison of patient in pre-hormonal and pre-surgical phases. *Journal of Personality Assessment*, 90, 368-374.
- Gómez-Gil, E. Zubiaurre-Elorza, L. Esteva, I. Guillamon, A., Godás, T. Almaraz, M.C. & et al. (2012). Hormone-treated transsexuals report less social distress, anxiety and depression. *Psycho neuro endocrinology*, 37, 662-670.
- Gorin-Lazard, A., Baumstarck, K., Boyer, L., Maquigneau, A., Gebleux, S., Penochet, J. C., Pringuey, D., Albarel, F., Morange, I., Loundou, A., et al. (2012). Is hormonal therapy associated with better quality of life in transsexuals? A cross-sectional study *J Sex Med*, 9, 2, 531-541.
- Green R. Gender Identity Disorders. (2009). In: Sadock JS, SadockVA (eds.) Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins. 8th ed. 2009; Chap 18. 3: 2099-2111.
- Green, R & Young, R. (2001). Hand preference, sexual preference, and transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, 30, 6, 565–574.
- Green, R. (2000). Birth order and ratio of brothers to sisters in transsexuals. *Psychological Medicine*, 30, 4, 789–795.
- Greenberg, R. P., & Laurence, L. (1981). A comparison of the MMPI results for psychiatric patients and male applicants for transsexual surgery. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, 5, 320–323.

- Grotstein, J. S. (1985). The Schreber case revisited: schizophrenia as a disorder of self-regulation and of interactional regulation. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 58, 3, 299–314.
- Haraldsen IR, & Dahl AA. (2000). Symptom profiles of gender dysphoric patients of transsexual type compared to patients with personality disorders and healthy adults. *Acta Psychiatr Scand*. 102, 276–281.
- Hartmann U, Becker H, Rueffer-Hesse C (1997) Self and Gender: Narcissistic Pathology and Personality Factors in Gender Dysphoric Patients. Preliminary Results of a Prospective Study. *IJT* 1,1, <http://www.symposion.com/ijt/ijtc0103.htm>
- Haselbacher G. Escape from the wrong gender. (2014). *MMW Fortschr Med*. 26, 156, 12 38-39.
- Hashemian, F. (2007). Social Stigma, Homosexuality and Transsexuality in the Islamic. The 135th APHA Annual Meeting & Exposition; November 3-7.
- Hawkins D, Herron WG, Gibson W, Hoban G, Herron MJ. (1988). Homosexual and heterosexual sex-role orientation on six sex-role scales. *Percept Mot Skills*, 66, 3, 863-871.
- Hedjazi, A., Zarenezhad, M., Hoseinzadeh, A., Hassanzadeh, R. & Hosseini, S. M.V. (2013). Socio-demographic characteristics of transsexuals referred to the forensic medicine center in Southwest of Iran. *N Am J Med Sci*, 5, 3, 224–227.
- Herman-Jeglińska A, Grabowska A, & Dulko S. (2002). Masculinity, femininity, and transsexualism. *Arch Sex Behav*. 31:527–534.
- Hines, M. (2010). Sex-related variation in human behavior and the brain. *Trends in Cognitive Sciences*, 14, 10, 448–456.
- Hines, M. (2011). Gender development and the human brain. *Annual Review of Neuroscience*, 34, 69–88.
- Hisasue, S.-I. Sasaki, S. Tsukamoto, T. & Horie. S. (2012). The relationship between second-to-fourth digit ratio and female gender identity. *Journal of Sexual Medicine*, 9, 11, 2903–2910.
- Hoening J, & Kenna JC. (1974). The prevalence of transsexualism in England and Wales. *Br J Psychiatry* 1974; 124: 181-190.
- Holt V, Skagerberg E, & Dunsford M. (2014). Young people with features of gender dysphoria: Demographics and associated difficulties. *Clin Child Psychol Psychiatry*, 26. pii: 1359104514558431.
- Hoshiai, M. Matsumoto, Y. Sato, T. et al. (2010). Psychiatric comorbidity among patients with gender identity disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 64, 5, 514–519.
- Huxley, P. J, Kenna, J. C., & Brandon, S. (1981). Partnership in Transsexualism. Paired and non paired Groups. *Archives of sexual behavior*, 10, 133-141.

- ichel, A. Mormont, C. & Legros, J. J. (2001). A psycho-endocrinological overview of transsexualism," *European Journal of Endocrinology*, 145, 4, 365–376.
- Javaheri F. (2010). A study of transsexuality in Iran. *Iranian Studies*, 43, 3, 365–377.
- Johansson, A., & Sundbom, E. (2009). A five –year follow-up Study of Swedish adults with gender identify Disorder. *Archives of sexual behavior*, 39, 1429-1437.
- Jones, R. M. Wheelwright, S. Farrell, K., et al. (2012). Brief report: female-to-male transsexual people and autistic traits. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42, 2, 301–306.
- Judge, C. O'Donovan, C. Callaghan, G. Gaoatswe, G. & O'Shea, D. (2014). Gender dysphoria—prevalence and co-morbidities in an Irish adult population. *Frontiers in Endocrinology*, 5, 1–5.
- Kayton, R. & Biller, H. B. (1972). Sex-role development and psychopathology in adult males, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 38, 2, 208–210.
- Keo-Meier, C. L. Herman, L. I. Reisner, S. L. Pardo, S. T. Sharp, C. & Babcock, J. C. (In press.). Testosterone treatment and MMPI-2 improvement in transgender men: a prospective controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Khoshnood K, Hashemian F, Moshtagh N, Eftekahri M, & Setayesh S. (2009). Social stigma, homosexuality and transsexuality in Iran. *Sexologies*. 17:S69.
- Khoshnood, K., Hashemian, F., Moshtagh Bidokhti, N., Eftekehr Aredebili, M., & Setayesh, S.. (2007). Social stigma homosexuality and transsexuality in Iran. The 135th APHA Annual Meeting & Exposition; 2007 November 3-7. Washington DC.
- Kim TS, Cheon YH, Pae CU, Kim JJ, Lee CU, Lee SJ, et al. (2006). Psychological burdens are associated with young male transsexuals in Korea. *Psychiatry Clin Neurosciences*, 60, 417-421.
- Klein, C., & Gorzarlka ,BB (2009). Sexual functioning in transsexuals following hormone therapy and genital surgery. *J sex med*, 11, 2922-2939.
- Kraemer, B. Noll, T. Delsignore, A. Milos, G. Schnyder, U. & Hepp, U. (2009). Finger length ratio (2D:4D) in adults with gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 3, 359–363.
- Kraemer, B., Delsignore, A. Gundelfinger, R. Schnyder, U. & Hepp, U. (2005). Comorbidity of Asperger syndrome and gender identity disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14, 5, 292–296.
- Kruijver, F. P. M. Zhou, J.-N. Pool, C. W. Hofman, M. A. Gooren, L. J. G. & Swaab, D. F. (2000). Male-to-female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus," *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 85, 5, 2034–2041.
- Kuhn, A., Bodmer, C, Stadlmayr, W, Kuhn, P, Mueller, M.D, & BirkhAuser, M. (2008). Quality of life 15 years after sex reassignment surgery for transsexualism., *Fertility and Sterility*.

- Lai, M.-C. Chiu, Y.-N. Gadow, K. D., Gau, S. S.-F & Hwu, H.-G. (2010). Correlates of gender dysphoria in Taiwanese university students. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 6, 1415–1428.
- Landen M, Walinder J, &Lundstrom B. (1996). Prevalence, Incidence and sex ratio of Transsexualism. *Acta Psychiatr Scand*, 221: 223.
- Lawrence, A (2004). Sexuality Before and after Male- to -female sex reassignment surgery. *Archives of sexual behavior*, 34, 127-166.
- Lawrence, A. A. (2010). Proposed revisions to gender identity disorder diagnoses in the DSM-5. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 6, 1253–1260.
- Levine, S. B. (1980). Psychiatric diagnosis of patients requesting sex reassignment surgery,” *Journal of Sex and Marital Therapy*, 6, 3, 164–173.
- Lobata, M., &Koff. J. W. (2009). Using the Defensive Style Questionnaire to evaluate the impact of sex reassignment surgery on defensive mechanisms in transsexual patients. *Rev Bras Psiquiatr*. 31,4, 303-306.
- Lobata, M., Koff ,W., & Manenti ,C. (2005). Follow-up of sex reassignment surgery in transsexuals: A Brazilian cohort. *Archives of sexual behavior*, 35,711-715.
- Lopez SB, & Moreira MC. (2013). Brazilian Comprehensive Health Care Policies for Adolescents, Young Men and the Health of Men: political debates and masculinity]. *Cien Saude Colet*, 18,3, 743-752.
- Lost in transition: health of transgender people in Asia Pacific. (2012). *Lancet*. 26, 379 (9830):1924.
- Lothstein LM. (1984). Psychological testing with transsexuals: a 30-year review. *J Pers Assess*,48, 5, 500-507.
- Lothstein, L. (1980). The postsurgical transsexual :emperical and theoretical considerations. *Archives of sexual behavior*, 6, 547 – 564.
- Lothstein, L. M. & Roback, H. (1984). Black female transsexuals and schizophrenia: a serendipitous finding?” *Archives of Sexual Behavior*, 13, 4, 371–386.
- Lothstein, L. M. (1979). Psychodynamics and sociodynamics of gender-dysphoric states. *The American Journal of Psychotherapy*, 33, 2, 214–238.
- Luders, E. Sánchez, F. J. Gaser, C. et al. (2009). Regional gray matter variation in male-to-female transsexualism. *NeuroImage*, 46, 4, 904–907.
- Luders, E. Sanchez, F. J. Tosun, D. et al. (2012). Increased cortical thickness in male-to-female transsexualism,” *Journal of Behavioral and Brain Science*, 2, 3, 357–362.
- Manderson, L. & Kumar, S. (2001). Gender identity disorder as a rare manifestation of schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 4, 546–547.
- Masumori N. (2012). Status of sex reassignment surgery for gender identity disorder in Japan. *Int J Urol*. 19, 5, 402-414.

- McGlashan, T. H. (2009). Psychosis as a disorder of reduced cathectic capacity: freud's analysis of the schreber case revisited," *Schizophrenia Bulletin*, 35, 3, 476–481.
- Meerloo JA. (1967). Change of sex and collaboration with the psychosis. *Am j Psychiatry*, 124: 263-264.
- Mendrek, A. & Stip, E. (2011). Sexual dimorphism in schizophrenia: is there a need for gender-based protocols? *Expert Review of Neurotherapeutics*, 11, 7, 951–959.
- Meybodi, A. M. Hajebi, A. & Jolfaei, A. G. (2014). Psychiatric axis I comorbidities among patients with gender dysphoria. *Psychiatry Journal*, vol. Article ID 971814, 5 pages.
- Meyenburg B, Korte A, Möller B, & Romer G; Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, (2014). Psychosomatik und psychotherapie. Gender identity disorders in childhood and adolescence (F64). *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*. 63, 6, 542-552.
- Meyer, W., O. Bockting, W., & Cohen – Kettenis, P (2001). The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's Standard of Care for Gender Identify Disorders, Sixth Version, Feb. 2001.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2010). From mental disorder to iatrogenic hypogonadism: dilemmas in conceptualizing gender identity variants as psychiatric conditions. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 2, 461–476.
- Miach PP, Berah EF, Butcher JN, Rouse S. (2000). Utility of the MMPI-2 in assessing gender dysphoric patients. *J Pers Assess*,
- Michel A, Mormont C, & Legros JJ. (2001). A psycho-endocrinological overview of transsexualism. *Eur J Endocrinol*. 145, 365–376.
- Möller B, & Georg R. (2014). Gender dysphoria in children and adolescents. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*. 63, 6, 431-436.
- Montero DM. (2014). America's progress in achieving the legalization of same-gender adoption: analysis of public opinion, 1994 to 2012. *Soc Work*. 59, 4, 321-328.
- Murray JF. (1985). Borderline manifestations in the Rorschachs of male transsexuals. *J Pers Assess*, 49, 5, 454-466.
- Najmabadi A.. (2008). Transing and transpassing across sex-gender walls in Iran. *WSQ: Women's Studies Quarterly*. 36, 23–42.
- Newfield, E. (2006). Female-to-male transgender quality of life. *Journal of Quality of Life Research*., 15. 1447-1457.
- Nieder, T. O. Herff, M. Cerwenka, S. et al. (2011). Age of onset and sexual orientation in transsexual males and females. *Journal of Sexual Medicine*, 8, 3, 783–791.
- Nuttbrock, L. Hwang, S. Bockting, W. Rosenblum, A. Mason, M. Macri, M. & et al. (2009). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of Sex Research*, 1-12.

- Ocha W. (2012). Transsexual emergence: gender variant identities in Thailand. *Cult Health Sex*. 14, 5, 563-575.
- Okabe, N. Sato, T. Matsumoto, Y. Ido, Y. Terada, S. & Kuroda, S. (2008). Clinical characteristics of patients with gender identity disorder at a Japanese gender identity disorder clinic. *Psychiatry Research*, 157, 1-3, 315-318.
- Olson J, Forbes C, & Belzer M. (2011). Management of the transgender adolescent. *Arch Pediatr Adolesc Med*.165:171-176.
- Olsson SE, & Möller AR. (2003). On the incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden, 1972-2002. *Arch Sex Behav*. 32:381-386.
- Othstein LM. (1984). Psychological testing with transsexuals: a 30-year review. *J Pers Assess*, 48: 500-507.
- Parker, G. & Barr, R. (1982). Parental representations of transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 11, 3, 221-230.
- Parola, N. Bonierbale, M. Lemaire, A.;Aghababian, V. Michel, A. & Lancon, C. (2010). Study of quality of life for transsexuals after hormonal and surgical reassignment. *Sexologies*, 19, 1, 58-63.
- Pasterski, V. Gilligan, L. & Curtis, R. (2014). Traits of autism spectrum disorders in adults with gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, 43, 2, 387-393.
- Pitts, M. K., Couch, M., Mulcare, H., Croy, S., & Mitchell, A. (2009). Transgender People in Australia and New Zealand: Health, Well-being and Access to Health Services, *Feminism & Psychology*, 19, 4, 475-495.
- Rakic,Z., &Starcevic,V. (1996). The outcome of Sex Reassignment surgery in Belgrade. *Archives of sexual behavior*, 5,515-525.
- Rakic. Z. (2006). The outcome of sex reassignment surgery in belgrade: 32 patients of both sexes. *Journal of Archive of Sexual Behavior*. 25. 515-525.
- Ramachandran, V. S. & McGeoch, P. D. (2007). Occurrence of phantom genitalia after gender reassignment surgery, *Medical Hypotheses*, 69, 5, 1001-1003.
- Rametti, G. Carrillo, B. Gómez-Gil, E. et al. (2011). White matter microstructure in female to male transsexuals before cross-sex hormonal treatment. A diffusion tensor imaging study," *Journal of Psychiatric Research*, 45, 2, 199-204.
- Rehman,J.,Lazer,S., & Benet,A. (1999). The reported sex and surgery satisfaction of 28 postoperative Male-to-female Transsexual patients. *Archives of sexual behavior*, 1, 71,-89.
- Rekers, G. A. & Swihart, J. J. (1989). The association of gender identity disorder with parental separation. *Psychological Reports*, 65, 3, 1272-1274.
- Richards, P. S., & Bergin, A. E. (1997). *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Roberto G. (1983). Issues in diagnosis and management of Transsexualism. *Arch Sex Behav*, 12, 445-473.
- Ross MW, Walinder J, Lundstrom B, & Thuwe I. (1981). Crosscultural approaches to transsexualism; a comparison between Sweden and Australia. *Acta Psychiatr Scand*, 63, 75-82.
- Sadock BJ, & Kaplan HI. editors. (2007). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry*. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 322-537.
- Sajatovic, M. Jenkins, J. H. Strauss, M. E. Butt, Z. A. & Carpenter, E. (2005). Gender identity and implications for recovery among men and women with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 56, 1, 96-98.
- Sanamnejad, Gh. A., Pashavi, Gh., Oftadehal, M., Ostadhasanloo, H., Khodayarifard, M., Aryan, Kh., & Farahani, H (2011). Emotional intelligence and self-concept in people with and without failure in love. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 1447 - 1451.
- Schrock, D.P. Boyd, E.M. & Leaf, M. (2009). Emotion work in the public performances of Male-to- Female Transsexuals. *Sexual Behavior*, 38, 702-712.
- Schroder, M., Carroll, R. A. (2009). Sexological and psychological outcomes of male-to-female gender reassignment surgery in 17 new women. *IJ TRANSGENDER - Vancouver Congress* .
- Seikowski K, Gollek S, Harth W, & Reinhardt M. (2008). Borderline personality disorder and Transsexualism. *Psychiatr Prax*, 35, 135-141.
- Shakerifar E. (2011). Visual representations of Iranian transgenders. *Iran Stud*. 44, 3, 327-339.
- Shayestehkhou S, Moshtagh Bidokhti N, Eftekhar M, & Mehrabi F. (2009). Family environment of homosexual and transsexuals in Iran. *Sexologies*. 17, S55-56.
- Shayestehkhou, S., Moshtagh Bidokhti, N., Eftekhar Aredebili, M., & Mehrabi, F. (2008). Family environment of homosexual and transsexuals in Iran. *Sexologies*, 17:S55-6. And paper presented at The 135th APHA Annual Meeting & Exposition, November 3-7. Washington DC. S55.
- Shechner, T. (2010). Gender identity disorder: a literature review from a developmental perspective. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 47, 2, 132-138.
- Simon, L. Zsolt, U. Fogd, D. & Czobor, P. (2011). Disfunctional 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*, 42, 38-45.
- Siomopoulos, V. (1974). Transsexualism: disorder of gender identity, thought disorder, or both? *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 2, 3, 201-213.

- Smith, Y. L. S. Van Goozen, S. H. M. & Cohen-Kettenis, P. T. (2001). Adolescents with gender identity disorder who were accepted or rejected for sex reassignment surgery: a prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 4, 472–481.
- Smith, Y., Cohen, L., & Cohen-Kettis, P. (2001). Postoperative psychological functioning of adolescent transsexuals: A Rorschach Study. *Archives of sexual behavior*, 30, 255-261.
- Sohn M, & Bosinski HA. (2007). Gender identity disorder: diagnosis and surgical aspects. *J Sex Med*. 1193-1207.
- Tandon, R. Keshavan, M. S. & Nasrallah, H. A. (2008). Schizophrenia, “just the facts” what we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology. *Schizophrenia Research*, 102, 1–3, 1–18.
- The free encyclopedia. [Accessed January 14, 2013]. at: http://en.wikipedia.org/wiki/Transsexuality_in_Iran .
- Tsoi WF. (1988). The prevalence of transsexualism in Singapore. *Acta Psychiatr Scand*. 78, 501–504.
- Tsushima WT, Wedding D. (1979). MMPI results of male candidates for transsexual surgery. *J Pers Assess*, 43, 4, 385-387
- Urban, M. & Rabe-Jabłońska, J. (2010). Delusion of sex change and body dysmorphic disorder in clinical picture of paranoid schizophrenia—case reports. *Psychiatria Polska*, 44, 5, 723–733.
- Urray JF. Borderline manifestations in the Rorschachs of male transsexuals. *J Pers Assess*, 49, 454-466.
- Vance SR Jr, Ehrensaft D, Rosenthal SM. (2014). Psychological and medical care of gender nonconforming youth. *Pediatrics*, 134, 6, 1184-1192.
- Vujovic S, Popovic S, Sbutega-Milosevic G, Djordjevic M, & Gooren L. (2009). Transsexualism in Serbia: a twenty-year follow-up study. *J Sex Med*. 6, 4, 1018-1023.
- Vujovic, S., Popovic, S., Mrvosevic Marojevic, L., Ivovic, M., Tancic-Gajic, M., Stojanovic, M., Marina, L. V., Barac, M., Barac, B., Kovacevic, M., Duisin, D., Barisic, J., Djordjevic, M. L., & Micic, D. (2014). Finger length ratios in Serbian transsexuals. *ScientificWorld Journal* 763563.
- Walinder, J., (1968). Transsexualism: definition, prevalence and sex distribution. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 203: 255-258.
- Wallien, M. S. Zucker, K. J. Steensma, T. D. & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). 2D:4D finger-length ratios in children and adults with gender identity disorder. *Hormones and Behavior*, 54, 3, 450–454.

- Wamoyi J, Wight D, & Remes P. (2015). The structural influence of family and parenting on young people's sexual and reproductive health in rural northern Tanzania. *Cult Health Sex*, 19, 1-15.
- Winter S. (2006). Thai transgenders in focus: Their beliefs about attitudes towards and origins of transgender. *Int J Transgenderism*. 9, 47-62.
- Yousafzai AW, & Bhutto N. (2007). Gender identity disorder. Is this a potentially fatal condition? *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 19, 4, 136-137.
- Yüksel S, Kulaksizoğlu IB, Türksöy N, & Sahin D. (2000). Group psychotherapy with female-to-male transsexuals in Turkey. *Arch Sex Behav*. 29:279-290.
- Zucker KJ, & Lawrence AA. (2009). Epidemiology of gender identity disorder. *Int J Transgenderism*. 11:8-18.
- Zucker, K. J. & Bradley, S. J. (1998). Adoptee overrepresentation among clinic-referred boys with gender identity disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 10, pp. 1040-1043.
- Zucker, K. J. Beaulieu, N. Bradley, S. J. Grimshaw, G. M. & Wilcox, A. (2001). Handedness in boys with gender identity disorder, *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42, 6, 767-776.

Psychological Assessment and Treatment Protocol of Patients with Gender Identity Disorder (GID)



by:

Mahboubeh Dadfar

PhD student in clinical psychology,
International Campus,
Iran University of Medical Sciences

Dr. Mohammad Kazem Atef Vahid

Clinical psychologist
Faculty Member of Iran University of Medical Sciences
School of Behavioral Sciences & Mental Health

Dr. Ali Asghar Asgharnejad Farid

Psychologist
Faculty Member of Iran University of Medical Sciences
School of Behavioral Sciences & Mental Health

Dr. Pir Hossein Kolivand

Assistant of Shefa Neuroscience Research Center

Mehrdad Kazemzadeh Atoofi

Clinical psychologist
Iran University of Medical Sciences
School of Behavioral Sciences & Mental Health