

درمان شناختی - رفتاری اختلال تبدل خواهی جنسی با تاکید بر درمان معنوی

(بررسی موردی)

** دکتر محمد رضا محمدی * دکتر محمد خدایاری فرد

*** یاسمین عابدینی

چکیده

نشان می‌دهد که یک نفر در هر DSM-IV تغییر جنسیت طلبی اختلالی روان پزشکی است. گزارشات ۱۰۰/۰۰۰ نفر زن بزرگسال و یک نفر در هر ۳۰/۰۰۰ نفر مرد بزرگسال خواهان جراحی برای تغییر جنسیت هستند. یافته‌ها حاکی است رویکردهای درمانی روان تحلیل‌گری، خانواده درمانی، روان درمانی انفرادی و اصلاحات رفتاری به تنهایی یا به صورت ترکیبی در درمان این اختلال اثر بخش هستند. با آن که در ادبیات پژوهش بر نقش موثر درمان‌های اخلاقی، مذهبی و معنوی در درمان این اختلال اشاره شده است، تاکنون کمتر پژوهشی به شناسایی نقش تکنیک‌های شناختی - رفتاری در بهبود و درمان اختلال تغییر جنسیت طلبی پرداخته است. بنابراین هدف از این پژوهش مطالعه و درمان یک جوان دانشجوی ۲۰

دکتر تخصصی روان شناسی بالینی کودک ، استادیار دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران

خیابان جلال آل احمد، روبروی کوی نصر کدپستی ۱۴۴۵۴ تلفن ۸۲۵۹۴۱۸

روان پزشک کودک و نوجوان، دانشیار و مدیر گروه روانپزشکی و روانشناسی ** دانشگاه علوم پزشکی تهران

دانشجوی دکتری دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران***

ساله دارای اختلال تغییر جنسیت طلبی با استفاده از روش شناخت-رفتار درمانی با تأکید بر درمان معنوی است.

طی ۳۰ جلسه درمانی (هر هفته یک بار) روش و فنون آموزش خودبازبینی، حل مسئله، مثبت‌نگری (فردی و خانوادگی) و درمان معنوی اخلاقی بکار برده شد. نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون و هم‌چنین پی‌گیری یک‌ساله پس از درمان، کارایی این روش درمانی در درمان اختلال مذکور را نشان داد. در پایان هم‌سوئی و عدم هم‌سوئی یافته‌های پژوهش با تحقیقات پیشین مورد بحث واقع شده است.

واژگان کلیدی : تغییر جنسیت طلبی، شناخت-رفتار درمانی ، درمان معنوی ، مطالعه موردی

مقدمه

برطبق طبقه بندی چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روانپزشکان (اختلال هویت یابی (DSM-IV آمریکا ۱۹۹۴،^۱ گروهی ناهمگون از اختلالاتی است (GID) جنسیتی^۲ که وجه مشترک آنها ترجیح قوی و دائمی برای به دست آوردن نقش و وضعیت جنسی مقابل است. این اختلال ممکن است به صورت کلامی در تاکید شخص برای تعلق به جنس مخالف یا غیر کلامی باشد و در داشتن رفتار جنس مخالف تظاهر نماید. جزء خلقی اختلال هویت یابی جنسیتی عمدتاً ملالت جنسی^۳ نامیده می شود که ممکن است در اثر عدم هماهنگی جنسیت بیولوژیک فرد از یک سو و آرزوی بودن از جنس مخالف از سوی دیگر به وجود آمده باشد. فرم نهایی اختلال هویت یابی جنسیتی که در به آن تغییر جنسیت طلبی^۴ گفته شده است DSM-III-R عمدتاً در برگیرنده تلاش برای بودن عضوی از اعضای جنس مخالف در اجتماع و هم چنین استفاده از درمان های هورمونی و جراحی برای کسب تشابه ظاهری با جنس مخالف است (سادوک^۵ و سادوک، ۲۰۰۰).

ملاک های تشخیصی اختلال هویت یابی جنسیتی عبارتند از: DSM-IV براساس طبقه بندی

۱- همانندسازی مستمر با جنس مخالف. در کودکان با چهار مورد یا بیشتر از موارد زیر ظاهر می شود:

الف - میل مکرر ابراز شده برای جنس مخالف بودن، یا اصرار بر این که او متعلق به جنس مخالف است.

ب - در پسرها، ترجیح در پوشیدن لباس جنس مخالف یا تقلید آرایش زنانه، دخترها تنها اصرار بر پوشیدن در لباس های کلیشه ای مردانه.

ج - ترجیحات قوی و مستمر بر نقش های جنس مخالف در بازی های وانمودی یا تخیلات مستمر جنس مخالف بودن .

د- میل شدید به شرکت در بازی های کلیشه ای و تفریحات جنس مخالف .

ه- ترجیح قوی برای بازی با همبازی های جنس مخالف .

در نوجوانان و بزرگسالان، آشفتگی از طریق علایمی نظیر تمایل اظهار شده به جنس مخالف بودن، وانمود کردن مکرر خود به عنوان جنس مخالف، میل برخورد کردن دیگران با او به به زندگی کردن یا عنوان جنس مخالف، یا اعتقاد بر این که او نوعاً احساسات و واکنش های مخالف را داراست، ظاهر می شود.

۲- ناراحتی مستمر از جنسیت خود یا احساس عدم تناسب با نقش جنسی خود. در کودکان، آشفتگی با یکی از موارد زیر ظاهر می شود:

اظهار این که آلت تناسلی یا بیضه‌ها در پسرها، تنفرآمیز هستند یا از بین خواهند رفت یا اظهار این که بهتر است شخص آلت تناسلی نداشته باشد، یا انزجار نسبت به بازی‌های خشن و رد اسباب بازی‌ها، بازی‌ها و فعالیت‌های کلیشه‌ای پسرانه. در دخترها امتناع از ادرار کردن در حالت نشسته، اظهار این که دارای آلت تناسلی مردانه خواهند شد و یا این که میلی به رشد سینه‌ها یا شروع قاعدگی ندارند، یا انزجار بارز نسبت به پوشیدن لباس معمول زنانه.

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder
2. Gender Identity Disorder
3. gender dysphoria
4. transsexualism
5. Sadock

در نوجوانان و بزرگسالان، اختلال با علایمی نظیر اشتغال ذهنی در مورد رهایی از صفات اولیه یا ثانویه جنسی (مثلاً تقاضای تجویز هورمون، انجام عمل جراحی، یا روش‌های دیگر تغییر صفات جنسی از طریق فیزیکی به منظور مشابهت با جنس مخالف) یا اعتقاد به این که او با جنسیت غلط تولد یافته است. تظاهرمی کند.

۳- اختلال همزمان با حالت فیزیکی بین جنسیتی^۱ نیست.

۴- اختلال از نظر بالینی موجب نگرانی یا آسیب قابل ملاحظه‌ای در عملکردهای اجتماعی، شغلی، یا دیگر زمینه‌های مهم می‌شود.

دیده شده است در DSM-IV براساس گزارش‌های مجموع یک نفر در هر ۳۰/۰۰۰ نفر مرد بزرگسال و یک نفر در هر ۱۰۰/۰۰۰ نفر زن بزرگسال برای جراحی جهت تغییر جنسیت رجوع می‌کند. هم چنین در نمونه‌های کودکان کلینیکی تقریباً در مقابل هر دختر، پنج پسر به خاطر این اختلال برای درمان رجوع می‌کند. احتمالاً یکی از دلایل ارجاع بیشتر پسرها این است که نگرانی والدین در مورد رفتارهای دخترانه در پسرها بیشتر است تا رفتارهای پسرانه دخترها. هم چنین از نظر گروه همسالان، به پسرهایی که رفتارهای دخترانه دارند بیشتر برچسب می‌زنند تا دخترهایی که رفتارهای پسرانه دارند. بنابراین، ممکن است شیوع این اختلال در پسرها و دخترها مساوی اما درصد ارجاع متفاوت باشد. کودکان مبتلا به تغییر جنسیت طلبی، دچار اختلال اضطرابی، اختلال اضطراب فراگیر و نشانه‌های افسردگی می‌شوند. نوجوانان مبتلا به این اختلال نیز در معرض خطر افسردگی، آرزوی مرگ و اقدام به خودکشی قرار می‌گیرند و در بزرگسالان دارای این اختلال نیز نشانه‌های اضطراب و افسردگی ظاهر می‌شود. بعضی از مردان مبتلا به این اختلال ممکن است درگیر روسپی‌گری شوند که آن‌ها را در معرض خطر قرار می‌دهد؛ HIV شنیدنی برای ابتلا به ایدز^۲ و

همچنین اقدام به خودکشی و استفاده از مواد مخدر و مشروبات الکلی در این افراد بسیار شایع است.

با این که مطالعات نشان دهنده وجود نقش عوامل بیولوژیکی و ژنتیکی در اختلال تغییر جنسیت طلبی است (گلدرد^۳ و همکاران، ۱۹۹۶؛ به نقل از واکر روبرتس^۴، ۲۰۰۱) هیچ نوع دارویی برای درمان این اختلال موجود نمی‌باشد و درمان از طریق تجویز هورمون وانجام عمل جراحی برای تغییر جنسیت تنها درمان‌های روان‌پزشکی موجود برای این اختلال هستند که هیچ یک از آن‌ها نیز موفقیت کامل نداشته‌اند. نتایج مطالعات که در زمینه پیگیری پس از درمان افرادی که از طریق عمل جراحی تغییر جنسیت داده‌اند، نشان داده‌اند این افراد پس از جراحی هیچ تغییر معناداری از نظر میزان سازگاری نشان نداده‌اند و دیده شده است که ۳۱ درصد از افرادی که عمل جراحی انجام داده‌اند، از کار خود پشیمان هستند. این امر متخصصان بالینی را نسبت به تغییر جنسیت به عنوان یک راهبرد درمانی مفید و موثر دچار تردید کرده است (لیند مالم، کورلین و آدنبرگ^۵، ۱۹۸۶؛ مایر و ریتز^۶، ۱۹۷۹؛ نقل از واکر و روبرتس، ۲۰۰۱). در (۱۹۸۰) نیز در مطالعه موردی خود^۷ این باره لاتشن

اشاره به موردی کرده است که تصمیم برای تغییر جنسیت او نادرست و زودرس بوده است. او مشاهده که خواهان تغییر GID کرد یک پسر نوجوان دارای جنسیت تشخیص داده شده بود و به مدت دو سال تحت درمان هورمونی قرار گرفته و در این مدت به عنوان یک زن زندگی کرده بود، پس از مدتی از ادامه درمان خودداری کرد و می‌خواست مانند مردان زندگی کند و تمایل به ازدواج داشت. بنابراین، از آنجائیکه عمل جراحی برای تغییر جنسیت نمی‌تواند یک شیوه درمانی قطعی و مؤثر برای این اختلال به شمار آید بسیار مهم است که متخصصان بالینی با احتیاط کامل به درمان بیماران جوان پردازند و از تصمیم‌گیری زودرس برای انجام عمل جراحی جهت تغییر جنسیت بیماران خود بپرهیزند و قبل از تصمیم‌گیری حداقل، بیمار را برای یک دوره یک ساله تحت درمان‌های روان‌شناختی قرار دهند (مین برگ^۱، ۱۹۹۹). همچنین دیده شده است اخلاق و مذهبی، در و رویکردهای درمان معنوی^۲ درمان اختلال تغییر جنسیت طلبی نوجوانان بسیار موثر و همکاران، ۱۹۷۸؛ رکرز، ۱۹۹۵، هستند (برادلی^۴ رکرز، کیلگاس و روزن^۵، ۱۹۹۰). درمان معنوی به عنوان یکی از انواع مداخلات درمانی کارآمد برای اختلال هویت‌یابی جنسیتی از پشتوانه تجربی زیادی نیز برخوردار است. والترز و وایت‌هد^۶ (۱۹۹۹) در یک مطالعه موردی نشان دادند که یک پسر ۱۲ ساله

1. Cross-gender

2. AIDS

3. Gelder

4. Walker & Roberts

5. Lindmalm, korlin & Uddenberg

6. Meyer & Reter

7. Lothstien

روش پژوهش

در این پژوهش یک جوان دانشجوی ۲۰ ساله دارای اختلال تغییر جنسیت‌طلبی با استفاده از رویکرد شناخت - رفتاردرمانگری مبتنی بر درمان معنوی مورد درمان قرار گرفت. پس از مصاحبه بالینی با توجه به و تشخیص اختلال DSM-IV ملاک‌های تشخیصی تغییر جنسیت‌طلبی توسط روان‌شناس بالینی (نویسنده اول مقاله)، جهت تشخیص اختلالات جانبی همراه با نیز MMPI¹⁰ و SCL-90-R⁹ اختلال فوق از آزمون‌های استفاده شد. لازم به ذکر است که کلیه این آزمون‌ها ۲ بار برای مراجع اجرا و تفسیر شد. یک بار قبل از درمان و یک بار پس از درمان. سپس جهت اطمینان بیشتر از نوع اختلال به پرونده پزشکی و سابقه خانوادگی مراجع رجوع شده و مراجع به روان‌پزشک متخصص نیز ارجاع داده شد. هم‌چنین این مراجع تا یک سال پس از درمان، مورد پیگیری بعد از درمان بوده است.

1. Meyenburg
2. ethical therapy
3. spiritual therapy
4. Bradeley
5. Rosen
6. Walters & Whitehead
7. Chase
8. Barlow. Abel & Blanchard
9. Symptom CheckList 90 Revised (SCL 90-R)
10. Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)

دارای اختلال تغییر جنسیت‌طلبی با استفاده از درمان معنوی مورد درمان قرار گرفت و به زندگی خود به عنوان یک مرد ادامه داد. هم‌چنین چیس^۷ (۱۹۹۹) مواردی از افراد مبتلا به اختلال تغییر جنسیت‌طلبی را که دامنه سنی آن‌ها بین ۴ تا ۲۷ سال بوده است، به عنوان نمونه ذکر می‌کند که از طریق خانواده درمانی درمان شده‌اند و به زندگی متناسب با جنسیت فیزیولوژیک خود ادامه داده‌اند. اگر چه مداخلات درمان مذهبی و معنوی و هم‌چنین خانواده درمانی از جمله فنون درمانی موثر در درمان اختلالات هویت‌یابی جنسیتی هستند (رکرز، ۱۹۹۷، بارلو، ابل و بلانچارد^۸، ۱۹۷۹)، تاکنون کمتر پژوهشی به بررسی و مطالعه نقش تکنیک‌های شناخت-رفتار درمانی در پرداخته است. بر این اساس GID بهبود و درمان و با توجه به ویژگی‌های فرهنگی کشور ما و با مد نظر قرارداد این موضوع که ازدیدگاه اکثریت افراد جامعه ما، مبتلایان به اختلال تغییر جنسیت‌طلبی نه تنها به عنوان بیمار تلقی نمی‌شوند، بلکه رفتارهای آن‌ها نوعی اعمال بزهکارانه و منحرف از لحاظ اجتماعی قلمداد می‌شود و از طرفی انجام عمل جراحی جهت تغییر جنسیت به سهولت در کشور ما میسر نیست، هدف اصلی این پژوهش شناسایی نقش تکنیک‌های شناختی - رفتاری با تأکید بر درمان معنوی در بهبود و درمان جوانان مبتلا به اختلال تغییر جنسیت‌طلبی است.

شناخت - رفتار درمانگری شامل روش‌های مختلفی است که وجه اشتراک تمام آن‌ها، تأکید بر نقش فرایندهای شناختی و رفتاری در شکل‌گیری و تداوم اختلالات روان شناختی است. در این رویکرد درمانی با استفاده از به کارگیری شیوه‌های تجربی مبتنی بر رفتارگرایی و شناخت‌گرایی به درمان و کنترل الگوهای پاسخ‌دهی نادرست پرداخته می‌شود. هم‌چنین در شناخت - رفتار درمانگری بر مداخله‌های درمانی از طریق کاهش فراوانی و شدت پاسخ‌های سازش‌نیافته‌ی درمانجویان و آموزش مهارت‌های جدید شناختی و رفتاری برای ایجاد کاهش معنادار در رفتارهای ناخواسته و افزایش معنادار در رفتارهای سازش‌یافته‌تر، تأکید می‌شود (زارب^۱، ۱۹۹۲، ترجمه‌ی خدایاری فرد و عابدینی، ۱۳۸۱).

پس از تشخیص نوع اختلال آزمودنی، طی جلسات درمانی با همکاری روان‌شناس بالینی و روان‌پزشک از تکنیک‌های زیر استفاده شد:

۱. خودبازبینی^۲ با استفاده از تهیه‌ی جدول خودگزارش‌دهی فعالیت‌ها و اعمال روزانه. آزمودنی برای تهیه‌ی این جدول ابتدا باید ایام هفته و تاریخ مربوط را یادداشت کرده و سپس اعمال مختلف خود را در این جدول ثبت کند (زارب، ترجمه‌ی خدایاری فرد و عابدینی، ۱۳۸۱).

۲. مثبت‌نگری^۳ یا شناخت نقاط قوت افراد. در این روش آزمودنی تشویق می‌شود تا تجربه‌های مثبت

و خوب خود را بازشناسی و نقش آن‌ها را در افزایش احترام به خود و ارتقای عزت نفس بازبایی کند. این فن می‌تواند به دو صورت فردی و خانوادگی اجرا شود و شامل مراحل زیر است:

الف. در مرحله اول از مراجع خواسته می‌شود تا نقاط قوت خود را نام ببرد.

ب. در مرحله دوم و در طی چندین جلسه از مراجع خواسته می‌شود حداقل ۱۰ تا ۱۵ تجربه‌ی خوب را که از آن احساس شادی و غرور می‌کند نام ببرد.

ج. در مرحله سوم از مراجع خواسته می‌شود که به نقاط قوت قابل اتکایی اشاره کند که در این تجارب خوشایند از آن‌ها استفاده کرده است.

د. در مرحله سوم از مراجع خواسته می‌شود که نقاط قوت مشخص شده خود را به ترتیب اولویت معین کند و پنج تا هشت توانمندی را که نقاط قوت قابل اتکا خوانده می‌شود برگزیند.

ه. در آخرین مرحله از مراجع خواسته می‌شود شواهد و معیارهایی را دال بر این که با ارزش‌ترین و معتبرترین نقاط قوت او قابل اتکا هستند، ارائه دهد (خدایاری فرد، ۱۳۷۹).

. یکی از فنون رویکردهای⁴ ۳. روش حل مسئله شناختی - رفتاری برای درمان اختلالات افراد، روش حل مسئله است. هدف کلی روش حل مسئله، آموزش و کمک به افراد است تا بتوانند نسبت به توانایی‌های خود بینش و اطمینان پیدا کنند و از این توانایی‌ها برای مقابله مؤثر با مشکلات و مسایل زندگی روزمره خود بهره گیرند. روش حل مسئله شامل پنج مرحله به شرح زیر است:

الف. در مرحله اول به آزمودنی کمک می‌شود تا درک کند که مشکلات بخشی از زندگی روزانه هستند و فرد در مواجهه با مشکلات باید بتواند تکانه‌ها و هیجانات خود را کنترل کند.

ب. در مرحله دوم آزمودنی باید به طور عملیاتی به تعریف مشکل پردازد و مشکل را شناسایی و درک کند.

ج. در مرحله سوم از آزمودنی خواسته می‌شود تا کلیه راه‌حل‌های بدیلی را که به حل مشکل کمک می‌کنند، طرح سازد. در این مرحله هیچ گونه قضاوتی در مورد راه‌حل‌های ارایه شده صورت نمی‌گیرد.

د. در مرحله چهارم، آزمودنی هر کدام از راه‌حل‌ها را به طور جداگانه ارزیابی کرده و

سپس عملی‌ترین و مناسب‌ترین راه حل را انتخاب می‌کند.

هـ. در مرحله آخر، فرد به طور مؤثری راه حل انتخاب شده را به کار می‌گیرد (دی زاریلا و گلدفراید^۱، ۱۹۷۱؛ نقل از کندال^۲، ۲۰۰۰).

۴. خانواده درمانی^۳. شکلی از درمان کل اعضای خانواده، به عنوان یک گروه است که توسط درمانگر انجام می‌شود. در این نوع درمان آسیب‌شناسی یا بیماری فردی یکی از اعضای خانواده انعکاس پاتولوژی یا اختلالات عمیق‌تر در سامانه روابط خانواده تلقی می‌شود. لذا، خانواده واحد درمانی به حساب می‌آید و تغییر تعامل خانواده، راه تغییر عضو بیمار محسوب می‌شود (جی، هی، لی، ۱۹۷۶؛ ترجمه ثنایی، ۱۳۶۵). خانواده درمانی شامل چهار مرحله است که عبارتند از:

۱. طرح ریزی؛ ۲. ارزیابی؛ ۳. درمان؛ ۴. مرور و بازنگری (کار^۴، ۲۰۰۰).

در روش شناخت درمانگری^۵ تغییر باور^۵ و نگرش. اعتقاد بر این است که برداشت‌های انسان از مسایل و وقایع، علت اختلالات روانی و عاطفی است نه خود واقعه، و می‌توان به بیمار کمک کرد تا با شناسایی خطاهای فکری خود، آن‌ها را با طرزتلقی‌های واقع بینانه‌تر عوض کند. چهار اصل اساسی زیربنای این رویکرد عبارتند از:

- | | |
|---------------------|---------------------|
| 1. Zarb | 2. Self –monitoring |
| 3. postive thinking | 4. Problam-solving |

الف. به هنگام بحث در مورد باورهای نادرست و غیرمنطقی روزانه، مقاومت روان‌شناختی کمتری ایجاد می‌شود. بنابراین، درمانگر باید ابتدا با این باورها کار را شروع و سپس به جانب باورهای دارای شدت بیشتر حرکت کند (حساسیت زدایی منظم).

ب. درمانگر نباید به طور آشکار از مراجع بخواهد که باورهای خود را ترک کند و باورهای ارایه شده توسط درمانگر را بپذیرد. بنابراین، باید به مراجع تفهیم کرد که درمانگر می‌خواهد تا باورها و عقاید جایگزین احتمالی را مورد بحث قرار دهد.

ج. برای تسهیل این رویکرد غیرمستقیم، فقط باید شواهدی را مورد بحث قرار داد که باور بر آن‌ها مبتنی است و نباید در مورد واقعی بودن خود باور بحث و جدل کرد.

د. درمانگر مراجع را تشویق می‌کند تا به جای استفاده از استدلال‌های او، از دلایل خود بر علیه باورهایش استفاده کند (هادوک و اسلید، ۱۹۹۶؛ ترجمه پورشریفی و همکاران، ۱۳۷۷).

۶. درمان معنوی و اخلاقی^۱. بیرام کاراسو^۲ (۱۹۹۹) معتقد است درمان معنوی و اخلاقی شیوه‌ای از روان

و *روان^۳ درمانی است که مستلزم جداسازی دو مفهوم روح^۴، به منزله مفاهیم ماورای فردی است. روان^۵ در جهت پرده‌گشایی از اسرار صمیمیت و تعلق در زندگی روزمره و روح در جستجوی یافتن الوهیت در زندگی دنیوی است. بر این اساس، درمان معنوی بر دو اصل مهم استوار است: یکی رسیدن فرد به سر زندگی روان^۵ که مستلزم عشق به دیگران، عشق به کار و عشق به متعلقات است و دیگری رسیدن فرد به معنویت^۶ که نیازمند اعتقاد به مذهب، اعتقاد به یگانگی و اعتقاد به دگرگونی می‌باشد. (بیرام کاراسو، ۱۹۹۹) می‌گوید اصول درمان معنوی عبارتند از:

۱. عشق به دیگران. عشق به دیگران اولاً مستلزم تمایز خویش است و در این مورد، فاعل از مفعول جداست و در جهت جان‌فشانی و فداکاری پیش می‌رود. ثانیاً مستلزم بخشش است، بخشش انسان را از اثرات خورنده خشم، نفرت، تحقیر و شرمندگی‌های می‌بخشد و ثالثاً مستلزم پذیرش تمام و کمال دیگری است.

۲. عشق به کار. هر فعالیت کاری حتی اگر جزئی و پیش پا افتاده باشد، چنانچه با نهایت فداکاری و از خودگذشتگی همراه شود می‌تواند راهی برای سر زندگی روان باشد. به این معنا که خداوند نه تنها در جزء جزء عبادات، بلکه در تمام جزئیات کارهای روزانه نیز وجود دارد و فرد از طریق انجام کارهای روزمره می‌تواند به سطح متعالی تری برسد.

1. D zurilla & Goldfried

2. Kendall

3.family therapy

4.Carr

5. believe

6. .Haddock & Slade

درمان بالینی درمانجو بر پایه شش اصل فوق، می‌تواند
او را به خود حقیقی خویش برساند (ویلام، ۲۰۰۰).

1. spiritual and ethical therapy

2. Byramkarasu

3. soul

* لازم به ذکر است که اصطلاح (Soul) به معنای (Psyche) و (Mind) می‌باشد.

4. spirit

5. soulfulness

6. spirituality

7. Willam

یافته‌های پژوهش

مشخصات مراجع: آقای ع.م، ۲۰ ساله، دانشجو، پدر
۵۴ ساله، مادر ۵۲ ساله، خانه‌دار، دارای ۴ برادر و ۵
خواهر و مراجع فرزند ششم خانواده است.

طول درمان. ۳۰ جلسه درمانی با مراجعه هر هفته یک
بار.

مراجع در اولین جلسه به درمانگر اظهار کرده
است: «از سنین کودکی یعنی از ۵ سالگی خودم را
دختر می‌دانستم و تمایل داشتم مانند خواهرانم باشم
و همیشه می‌گفتم که من دختر هستم. اکنون نیز همین
طور است و احساس می‌کنم دختر هستم و به هر
نحوی که شده می‌خواهم یک دختر باشم. از ۷ سالگی
با یکی از نزدیکانمان رابطه جنسی داشتم و همیشه
مفعول واقع می‌شدم و اگر چه برادر بزرگم و پسر
دایی هایم نیز با من رابطه جنسی داشتند، هیچگاه
نخواستم که در این رابطه جنسی فاعل باشم، حتی
خانواده‌ام را نیز در جریان این موضوع قرار می‌دادم.
هم اکنون نیز تمایل دارم که با یک مرد ازدواج کنم و

۳. عشق به تعلقات. تعلق، زندگی کردن با یکدیگر و
مشارکت با دیگران است و عاملی برای حسن نیت و
صمیمیت و رشد معنوی است و نیازمند فدا کردن خود،
محوری‌های شخصی و فارغ شدن از خودپرستی
است.

۴. اعتقاد به روحانیت. اعتقاد به روحانیت به معنی

اعتقاد به حرمت هر چیزی است که در اطراف ماست
و به موجب آن چیزهای عادی به صورتی واقعاً
غیرعادی تجربه می‌شوند. احساس روحانیت نیازمند
طرد مایملک دنیوی است و خلوت گزیدن برای
هماهنگ کردن جسم و طبیعت که در نهایت به تعلق
انسان به یک وجود متعالی تر انجامد.

۵. اعتقاد به وحدانیت. اعتقاد به وحدانیت به معنای

احساس نامتمایز بودن از دنیای بیرون (طبیعی و ماورا
طبیعی) است که برای انسان معنا و آرامش به ارمغان
می‌آورد. وحدانیت، احساس مسئولیت در مقابل همه،
احساس تعهد همه جانبه و روشی برای برقراری
ارتباط فداکارانه با دنیای پیرامون خود و بازتابی از
یکپارچگی ذهن و جسم و روح می‌باشد که رحم و
شفقت به دنبال دارد.

۶. اعتقاد به معاد (دگرگونی). اعتقاد به معاد اعتقاد

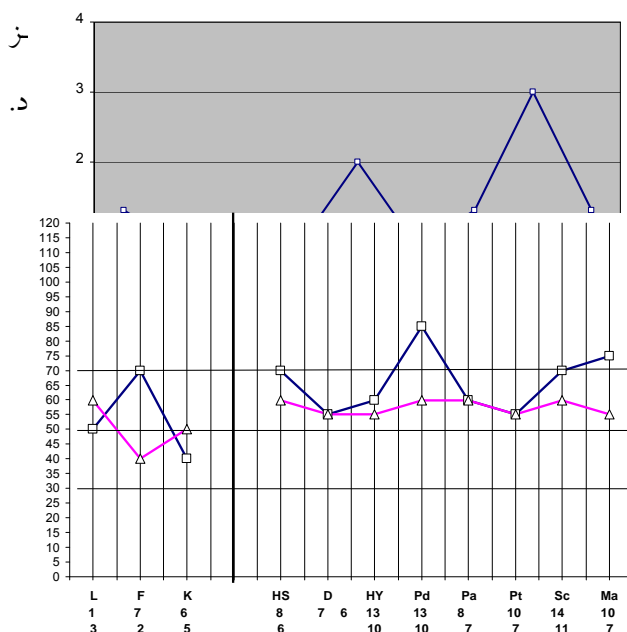
به پیوستگی معنوی و تولدی دوباره است. مرگ برای
روان انسان، آخرین آغاز است و در واقع تولدی دیگر
در دنیایی دیگر است. در این روش درمانگر با پرورش
یک وجود سرزنده و معنوی و در عین حال هدایت

تشکیل زندگی بدهم. همیشه از داشتن آلت تناسلی مردانه، ناراحت بوده‌ام و در رویاهایم همیشه فکر می‌کنم که یک زن هستم و با مرد دلخواه خود رابطه دارم و ازدواج می‌کنم. موهای تمام بدنم را می‌زنم و اکثر اوقات شدیداً آرایش می‌کنم ولی با این حال به من می‌گویند تو پسر هستی، اما اطمینان دارم که می‌توانم یک دختر باشم. حالا هم به این نتیجه رسیده‌ام که روزی می‌رسد و عمرم تمام می‌شود و به آرزوی خود نخواهم رسید، به همین دلیل چندین بار اقدام به خودکشی کردم و مرا نجات دادند».

در جلسه‌ای که با پدر مراجع برگزار شد وی اظهار کرد: «از زمانی که این فرزندم به دنیا آمد به مدت ۷ سال در جبهه بودم و نمی‌توانستم در خانه باشم و این پسر در کنار مادر و خواهرانش بزرگ شده است. هیچگاه با همسرم رابطه خوبی نداشته‌ام؛ زیرا او فردی بی سواد و روستایی است که نتوانسته است فرزندانش را خوب تربیت کند و همیشه از زندگی کردن با او احساس حقارت می‌کنم ولی به خاطر حفظ آبرو او را تحمل می‌کنم. سالهاست که از هم جدا هستیم و هیچگونه رابطه‌ای با هم نداریم این امر مرا عصبی و ناراحت کرده است. تقریباً خانواده‌ای از هم پاشیده هستیم و به همین دلیل دخترم نیز دچار ناراحتی عاطفی است. وقتی که این پسر سوم دبیرستان بود از طرف مدرسه به من اطلاع دادند که پسرم تمایلات هم جنس خواهانه دارد و وضع ظاهر و لباس پوشیدن او مناسب نیست. او را برای معالجه نزد چند روان‌پزشک بردم و همگی آن‌ها تشخیص دادند که پسرم

«ترانسکچوال» (تغییر جنسیت طلب) است. به پیشنهاد روان‌پزشک برای تشخیص نوع جنسیت پسر، آزمایش‌های مختلفی انجام دادیم. هیچ نوع علامتی از نابهنجاری‌های جنسی فیزیکی دیده نشد، سپس او را برای تغییر جنسیت نزد متخصص بردیم که او گفت امکان این کار وجود ندارد. یک ماه قبل نیز پسر ۶ عدد آمپول هورمون زنانه تزریق کرده است».

تدابیر تشخیصی. علاوه بر مصاحبه بالینی براساس که توسط نویسنده اول DSM-IV ملاک‌های تشخیصی مقاله انجام شد، جهت تشخیص اختلال‌های همراه با نیز MMPI و SCL-90-R تغییر جنسیت طلبی آزمون‌های اجرا شد و به پرونده پزشکی و سابقه خانوادگی او نیز رجوع شد. نتایج مصاحبه بالینی و آزمون‌های فوق‌الذکر نشان داد که مراجع علاوه بر اختلال تغییر جنسیت طلبی از وجود اضطراب، افسردگی، احساس حقارت و شکایات جسمانی و افکار سوءظن و بدبینی نسبت به دیگران در رنج است. نمودارهای ۱ و MMPI ۲ به ترتیب نیمرخ روانی مراجع را در آزمون قبل از درمان نشان می‌دهند. SCL-90-R و آزمون جهت اطمینان از صحت تشخیص، مراجع به



از طرفی، مراجع در جلسه‌ای انفرادی اظهار کرد که از کودکی احساس خوبی نسبت به پدرش نداشته و از او متنفر بوده است و هم اکنون نیز این احساس تنفر را دارد. بر این اساس درمانگر طی جلسات خانوادگی، ضمن توضیح کامل روش حل مسئله و نقش آن در ایجاد روابط خانوادگی مثبت و سالم، این روش را به طور عملی در جمع اعضای خانواده اجرا کرده و از آن‌ها خواست تا برای حل مسایل و مشکلات روزمره خود این روش را به کار گیرند. سپس طی جلسات انفرادی برای مراجع تشریح شد که امکان عمل جراحی کاملاً موفق که او بتواند یک زن کامل شود برای تغییر جنسیت وجود ندارد و مراجع باید سعی کند که جنسیت واقعی خود را بپذیرد و به فعالیت‌های متناسب با جنسیت خود بپردازد. در جلسات بعدی مراجع اظهار کرد هم اکنون با این که دوست دارم دختر باشم، اما تمایلی به برقراری روابط جنسی با هیچ مرد یا زنی را ندارم. در این جلسه مراجع به این بینش رسید که امکان تغییر جنسیت به صورت کاملاً موفقیت‌آمیز وجود ندارد و باید سعی کند که جنسیت فیزیولوژیکی خود را پذیرفته و با آن سازگار شود. هم‌چنین درمانگر ضمن تشریح باورهای غیرمنطقی و نادرست و چگونگی جایگزین کردن باورهای منطقی و درست به جای آن‌ها، از مراجع خواست تا بر جنبه‌های جنسی مردانه خود متمرکز شود. در جلسات بعد مراجع اظهار کرد که اگر چه تا حدودی واقعیت امر را متوجه شده است و از تمایل او برای جلب توجه مردها کاسته شده است، ولی نسبت به دخترها

تدابیر درمانی. طی جلسات درمانی، ابتدا نتایج آزمون‌های اجرا شده، برای مراجع تفسیر و توضیح داده شد. هم‌چنین برای او تشریح شد که جلسات درمانی هم به صورت انفرادی و هم به صورت خانوادگی خواهد بود و بعضی از جلسات نیز باید با مشارکت و همکاری روان‌شناس و روان‌پزشک و به صورت تیمی تشکیل شود. سپس طی جلسه‌ای خانوادگی نتایج آزمون‌های انجام شده برای والدین تفسیر شد و برای آن‌ها نیز توضیح داده شد که مشکلات مراجع، تا حدودی ناشی از وجود مشکلات خانوادگی و روابط نادرست بین اعضای خانواده است. لذا، همکاری و مشارکت والدین در امر درمان ضروری است و والدین می‌توانند با ایجاد جو خانوادگی سالم، عاطفی و منسجم جریان درمان را تسهیل سازند. والدین نیز اظهار کردند که جو خانوادگی آن‌ها از دوران کودکی فرزندشان تاکنون کاملاً متشنج، از هم پاشیده و غیر منسجم بوده است.

نیز تمایل زیادی ندارد و به آن‌ها در حد یک دوست تمایل دارد. پس از چند جلسه خانواده درمانی در یکی از جلسات انفرادی، مراجع اظهار کرد که روابطش با خانواده‌اش بهتر شده است و بیشتر به آن‌ها علاقه‌مند شده است. درمانگر ضمن تأیید و تشویق افکار منطقی مراجع بر پیشرفت درمانی آزمودنی تأکید کرده و از او خواست تا نقش‌های جنسی مردانه را بیشتر تمرین کند و از انجام حرکات و اعمال دخترانه بپرهیزد. طی جلسات بعدی مراجع اظهار کرد که کمتر آرایش می‌کند و به همین دلیل مردها کمتر مزاحم او می‌شوند. هم‌چنین مراجع اظهار کرد در دوران دبیرستان که بودم یک بار به شدت آرایش کردم و با یکی از دوستانم که دو جنسیتی^۱ بوده و مانتو پوشیده بود بیرون رفتیم، نیروی انتظامی ما را دستگیر و زندانی کرد. دو شب در زندان بودم و مردهای زندانی می‌خواستند با من ارتباط جنسی برقرار کنند. از آن به بعد دچار کابوس می‌شدم و شدت آرایش کردنم زیادتر شده بود، به طوری که در مدرسه ابروهایم را بر می‌داشتم و دوستانم می‌گفتند که خیلی قشنگ شده‌ای و من از توجه آن‌ها لذت می‌بردم و با بعضی از آن‌ها ارتباط جنسی برقرار می‌کردم و از نقش جنسی منفعل و دخترانه خودم لذت زیادی می‌بردم. اما حالا وقتی مردی به من دست می‌زند دچار احساس بدی می‌شوم، از خودم بیزار و متنفر می‌شوم و احساس حقارت و ناامیدی شدیدی می‌کنم. در این مرحله از درمان، درمانگر با تشکیل جلسه‌ای با حضور والدین و بدون حضور فرزندان،

آن‌ها را در جریان پیشرفت‌های درمانی مراجع قرار داد و از آن‌ها خواست تا رفتارهای مناسب با جنس مراجع را از طریق توجه، تأیید و تشویق، تقویت و با بی‌توجهی به رفتارهای نامتناسب او، آن رفتارها را خاموش کنند. سپس طی جلسه‌ای خانوادگی با حضور کلیه اعضای خانواده، درمانگر به توضیح نقش

1. hermaphroditism

مثبت‌نگری در افزایش عزت نفس و کاهش احساس حقارت افراد و ایجاد جو عاطفی‌تر خانوادگی پرداخت و ضمن آموزش کامل مراحل مثبت‌نگری خانوادگی به صورت عملی، از اعضای خانواده خواست تا جلسات مثبت‌نگری را به صورت هفتگی برگزار کنند. در جلسه بعد مراجع اظهار کرد: «در کلاس تمام وقتم را صرف خیالبافی می‌کنم و در رؤیاهایم خودم را دختر می‌بینم، اما وقتی با پسرهای هم‌کلاسی‌ام هستم، سعی می‌کنم مثل پسرها رفتار کنم و تقریباً این را پذیرفته‌ام که پسر هستم و تلاش می‌کنم افکار و تمایلات نادرستم را کنترل کنم. اما شب‌ها در خواب می‌بینم که دختری زیبا هستم که دارم آواز می‌خوانم و پسرها از من خوششان می‌آید، مرا در آغوش می‌گیرند و من هم لذت می‌برم و از این نقش خود راضی هستم». تمامی جلسات تا این مرحله صرفاً توسط روان‌شناس بالینی (نویسنده اول مقاله) اداره می‌شد و درمان توسط وی صورت می‌گرفت. در این مرحله از درمان جهت تقویت امر درمانی کار تیمی و مشارکتی روان‌شناس بالینی و روانپزشک (نویسنده دوم مقاله)

شروع شد و درمان مراجع با استفاده از روش درمان معنوی بیرام کاراسو (۱۹۹۹) ادامه پیدا کرد. در این روش ضمن توضیح مراحل مختلف زندگی انسان و سیر تکاملی او، برای مراجع تشریح شد که زندگی انسان دارای سه مرحله جنینی، دنیوی و اخروی می باشد و انسان در این مسیر تکامل یافته و رشد پیدا می کند تا به هدف اصلی و نهایی خود که همان حیات معنوی است برسد. سپس از مراجع خواسته شد تا ضمن برشماری هدف های اصلی و معنوی خود، به تدریج و گام به گام به سوی این هدف ها حرکت کرده و به آن ها نزدیک تر شود و برای آن ها تلاش کند. پس از چند جلسه مراجع اظهار کرد: «چون اطمینان دارم که با عمل جراحی امکان تغییر جنسیت به طور کامل وجود ندارد، بنابراین حتماً تقدیر و سرنوشت این طور رقم زده شده است که من یک پسر باشم، و سعی خواهم کرد رفتارهای پسرانه داشته باشم و احساساتم را با جنسیت واقعی ام تطبیق دهم؛ به طوری که طی هفت ماه گذشته هیچ رابطه جنسی هم جنس خواهانه ای نداشته ام، اما گاهی اوقات احساس می کنم اگر موقعیتی پیش بیاید باز هم تن به این کار می دهم».

در این جلسه از آزمودنی خواسته شد تا اقدام به تهیه جدول فعالیت ها و اعمال روزانه کند و در آن جدول فعالیت های مثبت و منفی و اهداف اصلی و فرعی خود را با تصور این که او یک زن است ثبت کند. در جلسه بعد آزمودنی ضمن تهیه و ارایه جدول مذکور، اظهار کرد که در هفته گذشته، به شدت آرایش

می کرده است، موهای صورت و ابروهایش را کاملاً برداشته بوده است و در تخیلات و آرزوهایش نیز خود را به صورت یک زن می دیده است. وقتی خانم ها را در خیابان می دیده است که با مردها راه می روند، او نیز دوست داشته است که یک زن باشد و روزها با آرایش بیرون می رفته و حتی با چند پسر قرار ملاقات داشته است، اما روابط جنسی با آن ها نداشته ولی از جلب توجه آن ها نسبت به خودش به عنوان یک دختر بسیار احساس رضایت داشته است. در این مرحله از مراجع خواسته شد گزارش های روزانه مربوط به هفته های آینده را در ارتباط با نقش جنسیتی واقعی خودش یعنی پسربودن تهیه و اهداف و فعالیت های خود را به طور کامل گزارش و ثبت کند. در جلسه بعد مراجع ضمن تهیه جدول گزارش دهی فعالیت ها و اهداف روزانه خود، اظهار کرد که طی هفته گذشته با چند دختر به صورت تلفنی تماس برقرار کرده و صحبت کرده است، با ظاهری کاملاً مردانه بیرون رفته است و در محیط دانشکده بیشتر با دخترهای همکلاسی اش هم صحبت شده است و احساس می کرده است که تمایلی به داشتن روابط عاشقانه با مردها نداشته است. در این جلسه از مراجع خواسته شد تا بر اهداف معنوی و اصلی خود تمرکز بیشتری داشته باشد و چند نمونه از اهداف معنوی و دنیوی خود را ذکر کند. او اهدافی چون به دست آوردن مدرک، پول، ثروت و شهرت را به عنوان اهداف فرعی خود مطرح و اظهار کرد: «اگرچه تغییر جنسیت را دلم می خواهد، اما عقلم و منطقم این را

نمی‌خواهد و مرا از این کار منع می‌کند، زیرا هدف اصلی من رسیدن به کمال واقعی و افزایش معنویت است و تصمیم دارم که به این هدف اصلی و مهم خود نزدیک‌تر شوم». در این مرحله از درمان باتوجه به بهبودی نسبی آزمودنی روان‌شناس بالینی مجدداً اقدام به تشکیل جلسه‌ای خانوادگی با حضور والدین کرده و آن‌ها را از میزان پیشرفت درمان مراجع آگاه کرد. والدین نیز اظهار کردند که فرزندشان آرایش نمی‌کند، لباس‌های مردانه می‌پوشد و مطلقاً حرفی از تغییر جنسیت نمی‌زند. اما هنوز هم موهایش بلندتر از معمول است و حاضر نیست آن‌ها را کوتاه کند. سپس طی جلسه‌ای انفرادی با مراجع از او خواسته شد تا فعالیت‌های هفتگی خود را گزارش کند. او اظهار کرد که طی هفته گذشته از نظر روحی بسیار راحت بوده است و در کارهای گروهی کلاسی‌اش با دخترها هم گروه شده است. قیافه و ظاهرش کاملاً مردانه بوده است، هیچ مزاحمتی از طرف پسرهای ولگرد نداشته است و احساس کرده است که کارهای او هم جامعه‌پسندانه و هم خداپسندانه است و هم موجب رضایت و خشنودی خانواده‌اش شده است. در این جلسه از مراجع خواسته شد تا تلاش بیشتری برای رسیدن به اهداف معنوی خود کند و میزان ارتباط‌های دوستانه، تفریحی و تحصیلی خود را با دخترها افزایش دهد و هم‌چنان به تهیه جدول گزارش دهی اهداف و فعالیت‌های روزانه ادامه دهد. طی جلسات بعدی مراجع اظهار کرد: احساس می‌کند ۲۰ سال از عمرش بیهوده تلف شده است و به دنبال یک خواسته

و آرزوی واهی و غیرمنطقی بوده است و اکنون تمایل دارد که به زندگی معمول و نرمال به صورت یک مرد ادامه دهد و مانند هر پسری، ازدواج کرده و تشکیل خانواده بدهد. اما از این موضوع که مبادا همسر آینده‌اش بداند که او زمانی روابط هم‌جنس خواهانه داشته است و خود را یک دختر می‌دانسته نگران است و وحشت دارد. درمانگر ضمن تشویق مراجع برای پذیرش نقش‌ها و ویژگی‌های جنسی مردانه، بر اهداف معنوی، تزکیه نفس و خودسازی مراجع تأکید کرد. مراجع گفت: از داشتن ویژگی‌های جسمی و جنسی مردانه به هیچ وجه ناراحت نیست و احساس می‌کند که در زندگی مفید واقع شده و توانسته است با انجام فعالیت‌های منطقی و مثبت خود، موجب رضای خداوند شود و به هدف‌های معنوی خود دست یابد. در این مرحله از درمان باتوجه به پیشرفت در درمان و بهبودی مراجع برای او تشریح شد که نیازی به تهیه جدول گزارش دهی فعالیت‌های روزانه نمی‌باشد، اما افزایش فعالیت‌های متناسب با جنسیت هم‌چنان ضروری است. هم‌چنین با تشکیل جلسه‌ای خانوادگی از اعضای خانواده خواسته شد تا فعالیت‌ها و حالات منطقی و متناسب مراجع را بیشتر تشویق و تقویت کنند؛ جو عاطفی و آرامی در خانواده حاکم و بدین وسیله درمان فرزند خود را تسهیل سازند و مقدمات ازدواج او را فراهم آورند. در جلسات بعدی مراجع اظهار کرد که هیچ‌گونه تمایلی به تغییر جنسیت ندارد و کاملاً از جنسیت کنونی خود رضایت دارد و برای جلوگیری از خطا و رسیدن به اهداف معنوی خود

بحث و نتیجه‌گیری

با مقایسه نیمرخ روانی مراجع در آزمون‌های قبل از درمان و بعد از درمان، SCL-90-R و MMPI می‌توان گفت که به کارگیری تکنیک‌های شناختی -

رفتاری با تأکید بر درمان معنوی کارایی و تأثیر زیادی هم در درمان تغییر جنسیت‌طلبی و هم در درمان اختلالات جانبی همراه آن یعنی اختلالات اضطرابی و افسردگی مراجع داشته است.

یکی از دلایل احتمالی تأثیر و کارآمدی تکنیک‌های شناخت - رفتار درمانگری در درمان اختلال مراجع، مربوط به کار مشارکتی و تیمی بین روان‌شناس و روان‌پزشک و تأکید بر ویژگی‌ها و جنبه‌های مذهبی، معنوی و اخلاقی مراجع و پرورش و توسعه این ابعاد و ویژگی‌ها بوده است. هم‌چنین تشکیل جلسات درمانی خانوادگی توأم با جلسات انفرادی و هماهنگی، همکاری و مشارکت کلیه اعضای خانواده به خصوص والدین در امر درمان نیز از جمله دلایل احتمالی تأثیر فنون پیش‌گفته در درمان مراجع بوده است.

نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های والترز و وایت‌هد (۱۹۹۹)؛ چیس (۱۹۹۹) و کرانبرگ و همکاران (۱۹۸۱) همسوست. والترز و وایت‌هد (۱۹۹۹) توانستند یک پسر نوجوان مبتلا به اختلال تغییر جنسیت‌طلبی را با استفاده از درمان معنوی درمان کنند. از طرفی چیس (۱۹۹۹) نیز در پژوهش خود دریافت که خانواده درمانی، شیوه درمانی

تصمیم به ازدواج دارد و در صورت پیدا کردن دختر مورد علاقه‌اش حتماً ازدواج خواهد کرد. باتوجه به بهبودی مراجع، روان‌شناس بالینی مجدداً آزمون‌های را اجرا و مراجع را از نتایج آن‌ها SCL-90-R و MMPI آگاه کرد. چنانچه در نمودارهای شماره ۳ و ۴ دیده می‌شود نیمرخ روانی مراجع در آزمون‌های بهنجار می‌باشد و هیچ‌گونه نشانه‌ای از SCL-90-R شکایات جسمانی، اضطراب، احساس حقارت و افسردگی و افکار سوءظن و بدبینی در آزمودنی دیده نمی‌شود. در این مرحله روان‌شناس اقدام به تشکیل جلسه‌ای با حضور همه اعضای خانواده نمود و اعضای خانواده ضمن مروری بر کلیه مراحل و جلسات درمانی و اظهار خشنودی از سلامت مراجع از درمانگر تشکر کردند. لازم به ذکر است که مراجع تا یک سال مورد پیگیری پس از درمان بوده است و هیچ‌گونه نشانه‌ای از عود بیماری در او دیده نشد.

کارآمدی برای درمان مبتلایان به اختلال تغییر جنسیت‌طلبی می‌باشد. در این زمینه کرانبرگ و همکاران (۱۹۸۱) نیز به موردی اشاره کرده‌اند که دختر نوجوان ۱۵ ساله و مبتلا به اختلال تغییر جنسیت‌طلبی با استفاده از روان‌درمانی مبتنی بر رفتار درمانی و اصلاح رفتار، مورد درمان قرار گرفته است. از جمله محدودیت‌های این پژوهش، نداشتن گروه کنترل و مطالعه یک آزمودنی می‌باشد. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی ضمن در نظر گرفتن گروه کنترل شیوه‌های مختلف روان‌درمانی، از جمله روان‌تحلیل‌گری، رفتار درمانی و شناخت - رفتار درمانی با یکدیگر مقایسه گردند تا نتایج معتبرتر و قطعی‌تری به دست آید.

زارب، جی، ام. (۱۹۹۲). ارزیابی و شناخت - رفتار درمانی نوجوانان. ترجمه محمد خدایاری فرد و یاسمین عابدینی (۱۳۸۱)، تهران: انتشارات رشد.

هادوک، ویلیام. واسلید، پیتر (۱۹۹۶). رفتار درمانی شناختی اسکیزوفرنیا. ترجمه حمید پورشریفی، محمود علیلو و تورج هاشمی نصرت آباد (۱۳۷۷)، تهران: انتشارات دانشگران فردا.

Barlow, D. H.; Abel, G. C. & Blanchard, E. B. (1979). Gender identity change in transsexuals: Follow-up replications. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1001 – 1007.

Bradeley, S. J.; Steiner, B.; Zucker, K.; Doering, R. W.; Sullivan, J.; Finegan, J.

منابع

جی‌هی، لی. (۱۹۷۶). روان‌درمانی خانواده، ترجمه ثنایی، باقر، ۱۳۶۵، تهران: انتشارات امیرکبیر. تهران.

خدایاری فرد، محمد (۱۳۷۹). کاربرد مثبت‌نگری در روان‌درمانگری با تأکید بر دیدگاه اسلامی. مجله روانشناسی و علوم تربیتی. شماره ۱، ص ۱۶۴-۱۴۰.

- Meyenburg, B. (1999). Gender identity disorder in adolescents: Outcomes of Psychotherapy, *Adolescence*, 34(134), 305-313.
- Rekers, G. A. & Kilgus, M. D. (1998). Practical issues in the diagnosis and treatment of gender identity disorders in children and adolescents. In L. vandecreek (Ed.), *Innovations in clinical practice: A source book* (PP. 127-141). Sarasota, FL : Professional Resources Press.
- Rekers, G. A. (1995) . Assesment and treatment methods for gender identity disorder and Transvestism . In G. A. Rekers (Ed.), *Handbook of child and adolescent sexual Problem* (PP. 272-289) . New York : Lexington Books.
- Rekers, G. A. (1997). Escaping the bondayc of early environment. In R. Mc Quikin (Ed.) *Free and fulfilled* (PP. 166-183). Nashville, TN: Thomas Nelson .
- Rekers, G. A., & Kilgus, M. D. (1995). Differntial and rational for treatment of gender identity disorders and trasnvestism . In G. A. Rekers (Ed). *Handbook of Child and adolescent Sexual Problems* (PP. 255-271). NewYork: Lexington Books.
- Rekers, G. A.; kilgus, M.D., & Rosen , A. C. (1990). Long-tern effects of treatment for childhood gender disturbance. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 3(2), 121-153.
- D., & Richardosn, M. (1978). Gender identity problems of children and adolescents. *Canadian Psychiatry Association Journal*, 23, 175-183.
- Byramkarosu,T.(1999).SpiritualPsychoth erapy, *Am. J of Psychotherapy*, 53(2), 143-162.
- Carr, A. (2000). *Family Therapy : Concepts, Process and Practice*. Jhonwiley & Sons, LTD, Chicester. New York.
- Chase, CH. (1999). Lorg-term Psychological evaluation of intersex children: Commentary, *Archives of Sexual Behavior*, 28(1), 103-107.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, fourth Edition. (1994). P.642-649.
- Kendall, P. C. (2000). *Child & Adolescent Therapy:Cognitive-Behavioral Procedures*, Published by the Guilford Press, New York.
- Kronbeg, J.;Tyano, S., Apter, A.; & Wijsenbeck, H. (1981).Treatment of transsexualism in adolescent. *Journal of Adolescence*, 4,177-185.
- Lothstion, L.M.(1980). The adolescent gender dysphoric patient: An approach to treatment and management. *Journal of Pediatric Psychology*. 5(1), 93-109.

Sadock, M. D. B. J.; & Sadok, M. D. V. A. (2000). *Kaplan & Sadok's Comprehensive Text Book of Psychiatry*, Seventh Edition, Lippincott Williams & Wilkins .

Walker, C. E. & Roberts, M. C. (2001). *Hand Book of Clinical Child Psychology* . Third Edition .Jhon Wiley & sons, INC. NewYork .

Walters, E., & Whitehead, L. (1999). Anorexia nervosa in a yong boy with gender identity disorder of childhood: A case report, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2(3), 463-467.

Willam, W.(2000). Psychotherapy & spirituality, Crossing the line between therapy and religion, London, sage publication.

Cognitive- Behavioral Therapy with Emphasis on Spiritual Therapy in Treating Transsexuals in the Youth

M. Khodayarifard, Ph.D.* M.R. Mohammadi, M.D.** M.D. Y. Abedini***

Abstract

Transsexualism is a psychiatric disorder. According to DSM-IV reports, it is estimated that about 1 in 100,000 women and 1 in 30,000 men ask for a surgical operation to be sex-transformed. These findings indicate that different approaches including psychoanalysis, psychotherapy, family therapy, individual psychotherapy and behavioral modification, not any of them nor a combination of them has been effective in treating transsexual disorder. Although in research literature so much emphasis is laid on the effective role of ethical and religious treatment in curing transsexualism, little research work has ever been done to identify the role of Cognitive-Behavioral techniques in treating the above disorder. The purpose of this research was to case study one university student (20 years old), who suffered from transsexualism, by using cognitive-behavioral therapy with emphasis on spiritual method to be treated. Throughout 30 therapeutic sessions (once a week) different methods of self-monitoring, problem solving, positivism, (singly and among the family), and moral-spiritual therapy were applied. The results of pre-tests, post-tests and also a one-year follow-up proved the efficiency of this treatment. Relevance or irrelevance of the research finding with the results of previous investigations have been discussed at the end.

*Ph. D. in child clinical psychology, assistant professor, Faculty of psychology and Education university of Tehran. Jalale Ale Ahmad Ave. Chamran Freeway, Post Cood 14454, phone: 8259418.

** M. D. in child and Adolescent psychiatrist. University of Medical Sciences of Theran

*** Ph. D. Student Faculty of psychology and Education, University of Tehran.

Key Works: transsexualism, cognitive-behavioral therapy, case study.
