

گزارش موردی از خانواده درمانی شناختی- رفتاری اختلال هویت جنسی

دکتر محمد خدایاری فرد*

یاسمین عابدینی**

چکیده:

در حالی که اکثر کودکان دارای رفتارها و ترجیحات متناسب با جنسیت فیزیکی خود هستند، بعضی از آنان دارای ناهمخوانی‌هایی بین جنسیت بیولوژیکی و ترجیحات جنسی خود هستند و میل شدیدی برای تبدیل شدن به جنسیت مخالف دارند و مشغول به فعالیت‌هایی می‌شوند که قویاً مرتبط با جنسیت مخالف هستند. عمده‌ترین شکل اختلال هویت جنسی مشهور به اختلال تغییر جنسیت طلبی است که بر طبق چهارمین مجموعه تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) آمارهای مربوط به جامعه کلی نشان می‌دهد که ۱ نفر از هر ۳۰/۰۰۰ مرد و ۱ نفر از هر ۱۰۰/۰۰۰ زن خواهان جراحی برای تغییر جنسیت هستند. این در حالی است که برخی از صاحب‌نظران حوزه 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 و آسیب‌های خاصی را برای فرد در بر دارد. از این رو اعتقاد بر این است که درمان اختلال تغییر جنسیت طلبی در دوران کودکی و نوجوانی از تمایل افراد برای تغییر جنسیت در بزرگسالی پیشگیری کرده و مانع از برقراری روابط جنسی با افراد هم‌جنس می‌گردد. بر این اساس **هدف** پژوهش حاضر ارائه گزارشی از یک مورد درمان موفقیت‌آمیز اختلال تغییر جنسیت طلبی با استفاده از **روش** خانواده درمانی مبتنی بر فنون شناختی-رفتاری در یک نوجوان دختر ۱۶ ساله است. در این روش از فنونی نظیر خود بازبینی، آموزش ارتباط متقابل، بازسازی شناختی، آموزش حل مسئله و مثبت‌نگری استفاده شده است. **نتایج** پژوهش حاضر نشان دهنده کارایی بالای این روش درمانی در درمان اختلال هویت جنسی است، به طوری که آزمودنی پس از شرکت در ۳۰ جلسه یک ساعته خانواده درمانی شناختی-رفتاری به بهبودی کامل رسیده و طی یک پیگیری یک ساله هیچ‌گونه نشانه‌ای از اختلال مورد نظر را از خود نشان نداده است. همسویی نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های داخلی و خارجی در پایان مورد **بحث** قرار گرفته است.

کلید واژه‌ها: اختلال هویت جنسی، خانواده درمانی، فنون شناختی-رفتاری، نوجوان دختر، مطالعه موردی

* دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی کودک و دانشیار دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران

** دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی دانشگاه تهران

مقدمه

رشد و تحول احساس تصور از خود به عنوان یک فرد مؤنث یا مذکر و ارزشی که یک فرد برای عضوی از یک جنس بودن قایل است یا هویت جنسی^۱ از همان بدو تولد شروع می‌شود. والدین، خانواده‌ها، همسالان و سایر بزرگسالان بر تحول هویت جنسی در کودکان نقش دارند. رجحان‌های مربوط به جنسیت خود یا رفتارهای نقش جنسیتی (برای مثال انتخاب اسباب‌بازی‌ها، بازی‌ها و لباس پوشیدن) در حدود دو سالگی آغاز می‌شود و این رفتارهای مبتنی بر تصورات قالبی تا چهار و نیم سالگی رشد زیادی می‌یابند. اما به درستی معلوم نیست که آیا اول هویت جنسی شکل می‌گیرد یا رفتارهای مربوط به نقش جنسیتی (برای مثال من یک دختر هستم، پس چیزهای دخترانه را می‌خواهم) و یا برعکس (زاگر و گرین^۲، ۱۹۹۲). در هر صورت اکثر کودکان دست به رفتارهایی می‌زنند و ترجیحاتی دارند که با جنسیت جسمانی‌شان همخوان است، با این حال، بین جنسیت بیولوژیکی و جنسیت ترجیحی برخی کودکان ناهمخوانی معناداری وجود دارد. این کودکان تمایل شدیدی برای عضویت در جنسیت مخالف دارند و معمولاً به فعالیت‌هایی می‌پردازند که به شدت مرتبط با جنسیت مخالف است. این کودکان مبتلا به اختلال هویت جنسی (GID)^۳ هستند. معمولاً هر دو جنس به این اختلال مبتلا می‌شوند و مبتلایان دارای سایر آسیب‌های روان‌شناختی نیز هستند (کوتز و پرسون^۴، ۱۹۸۵؛ به نقل از واکر و روبرتس^۵، ۲۰۰۱). کودکان بزرگ‌تر و نوجوانان مبتلا به GID دارای میزان بالاتری از آسیب‌های روان‌شناختی هستند (زاگر و برادلی^۶، ۱۹۹۵)، که به اثرات تجمعی بیشتری در زمینه طرد شدن از سوی همسالان و انزوای اجتماعی می‌انجامد که از آثار غیرقابل تفکیک اختلال هویت جنسی تلقی می‌شود.

بر طبق چهارمین مجموعه تجدیدنظر شده راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی^۷ (DSM-IV-TR، ۲۰۰۰).

افراد مبتلا به این اختلال از نظر اجتماعی دچار انزوای شدیدی می‌شوند و این انزوا به نوبه خود به عزت‌نفس پایین منجر شده و ممکن است باعث ترک تحصیل و یا شکست تحصیلی شود. به علاوه، نوجوانان مبتلا به GID به شدت از سوی همسالان خود مورد تمسخر و طرد واقع می‌شوند و این مشکل بهزیستی روانی آنان را به مخاطره می‌اندازد. هم‌چنین روابط آنان با والدین‌شان به شدت مختل می‌شود. برخی از این نوجوانان سعی می‌کنند خود را با هورمون‌ها درمان کنند که به ندرت به نتایج مطلوبی دست می‌یابند، به ویژه در مراکز و شهرهای بزرگ شماری از نوجوانان پسر مبتلا درگیر در روابط جنسی با هم‌جنس‌های خود می‌شوند و این کار آنان را در معرض خطر زیادی

1. gender identity

2. Zucker & Green

3. Gender Identity Disorder

4. Coates & Person

5. Walker & Roerts

6. Bradley

7. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)

برای ابتلا به عفونت ایدز (HIV) قرار می‌دهد. افسردگی، اقدام به خودکشی و اختلالات مرتبط با مصرف مواد نیز از سایر موارد مرتبط با این اختلال به شمار می‌آیند (DSM-IV-TR، ۲۰۰۰).

با توجه به این که میزان شیوع GID برای پسران و دختران به ترتیب برابر با یک نفر در هر ۳۰/۰۰۰ نفر و یک نفر در هر ۱۰۰/۰۰۰ نفر گزارش شده است (DSM-IV-TR، ۲۰۰۰) و با عنایت به پیامدهای منفی این اختلال از نظر روانی و اجتماعی برای مبتلایان به آن دارد، به‌خصوص پیامدهای منفی و نامطلوبی که درگیر شدن در روابط جنسی با افراد هم‌جنس خود برای آنان ایجاد می‌کند، به تازگی توجه خاصی به درمان این اختلال معطوف شده است. با این حال هیچ نوع دارویی برای درمان این اختلال در دست نیست و درمان به کمک تجویز هورمون و انجام عمل جراحی برای تغییر جنسیت تنها درمان‌های روان‌پزشکی شناخته شده برای این اختلال هستند که هیچ یک از آن‌ها نیز موفقیت کامل درپی نداشته است. نتایج بررسی‌های انجام شده در زمینه پی‌گیری پس از درمان افرادی که به کمک عمل جراحی تغییر جنسیت داده‌اند، نشان داده است که این افراد پس از جراحی هیچ تغییر معناداری از نظر میزان سازگاری و کاهش نشانگان روان‌شناختی همبود با این اختلال نشان نداده‌اند و گاه حتی این افراد از تغییر جنسیت خود به شدت پشیمان می‌شوند (واکر و روبرتس، ۲۰۰۱). لذا متخصصان حوزه سلامت روان برای درمان این اختلال به رویکردهای مختلف روان‌درمانگری از جمله شناخت-رفتار درمانی و رفتار درمانی به صورت انفرادی یا به صورت خانوادگی علاقه‌مند شده‌اند.

نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که آموزش فنون رفتاری مانند استفاده از تقویت مثبت و منفی برای ایجاد رفتارهای صحیح جنسی و خاموشی رفتارهای نامتناسب جنسی کودکان و نوجوانان مبتلا به GID و آموزش والدین در جلسات خانواده درمانی نقش مهمی در درمان این اختلال دارند (زاگر، ۱۹۹۰). گوردون و شرودر^۱ (۲۰۰۰)، به نقل از واکر و روبرتس، (۲۰۰۱) اعتقاد دارند که درگیر شدن والدین در درمان کودکان و نوجوانان مبتلا به GID نقش اساسی و مهمی در موفقیت درمان دارد، هم به دلیل این که خانواده درمانی می‌تواند بینشی را در والدین نسبت به نقش حساس و مهم آن‌ها در فرایند درمان ایجاد کند و هم به این دلیل که والدین می‌توانند اثرات مداخلات درمانی را تسهیل و با درمانگر همکاری کنند.

بر اساس آنچه آمد هدف اصلی پژوهش حاضر ارائه گزارشی از یک مورد درمان موفقیت‌آمیز اختلال هویت جنسی در یک نوجوان دختر ۱۶ ساله با استفاده از روش خانواده درمانی شناختی-رفتاری است. پیش از ارائه گزارش کامل درمان لازم است اشاره‌ای به ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR برای اختلال هویت جنسی شود، این ملاک‌ها شامل موارد زیر هستند:

الف) وجود ویژگی‌های قوی و پایدار بین جنسیتی (نه فقط تمایل برای ادراک مزیت‌های فرهنگی عضویت در جنسیت دیگر).

^۱ . Gordon & Schroeder

در کودکان اختلال از طریق ۴ مورد یا بیشتر از موارد زیر مشخص می‌شود:

۱. تمایل اظهار شده مکرر و پافشاری روی این موضوع که آن‌ها متعلق به جنسیت مخالف هستند.
 ۲. در پسران ترجیح برای پوشیدن لباس‌های دخترانه و در دختران پافشاری بر پوشیدن فقط لباس‌های مردانه و پسرانه.
 ۳. ترجیح قوی و دائمی برای نقش‌های بین جنسیتی در بازی‌های تخیلی و یا تخیلات و رؤیای‌های دائمی در مورد عضوی از جنس مخالف بودن.
 ۴. میل شدید برای شرکت در بازی‌ها و تفریحات قالبی و کلیشه‌ای مربوط به جنس مخالف.
 ۵. ترجیح قوی برای همبازی شدن با افراد جنس مخالف.
- در نوجوانان اختلال توسط نشانگانی نظیر تمایل اظهار شده برای داشتن جنسیت مخالف، میل به تغییر جنسیت و تبدیل شدن به جنس دیگر و اعتقاد به داشتن احساسات و رفتارهای جنس مخالف، مشخص می‌شود.
- ب) ناراحتی دائمی از جنسیت خود و احساس عدم تناسب در نقش جنسیتی و جنسیت موجود خود.
- در نوجوانان اختلال توسط نشانگانی نظیر مشغولیت ذهنی به دارا بودن ویژگی‌های جنسی اولیه و ثانویه جنسی مربوط به جنس مخالف (مثلاً درخواست تزریق هورمون و جراحی و سایر روش‌ها برای تغییر ویژگی‌های جنسی فیزیکی برای شبیه شدن به جنس مخالف) و یا اعتقاد به این که آن‌ها با جنسیت اشتباهی متولد شده‌اند مشخص می‌شود.
- ج) اختلال همراه با یک شرایط بین جنسیتی فیزیکی نمی‌باشد.
- د) اختلال منجر به ناراحتی‌های بالینی مهم و یا ایجاد اختلال در عملکردهای اجتماعی، شغلی و سایر حوزه‌های مهم عملکرد می‌شود.

پیشینه خارجی و داخلی پژوهش

اگرچه اکثر نوجوانان مبتلا به اختلال هویت جنسی، خواهان عمل جراحی برای تغییر جنسیت و یا استفاده از هورمون‌ها هستند، اما متخصصان سلامت روان معتقدند که در درمان نوجوانان مبتلا به این اختلال نباید تا قبل از ۱۸ سالگی جراحی برای تغییر جنسیت انجام شود (مینبرگ^۱، ۱۹۹۹). معمولاً گام اول در زمینه تغییر جنسیت درمان هورمونی است که نباید به سادگی و با شتاب‌زدگی انجام شود (اسمیت، وان‌گزن و کوهن-کتنیس^۲، ۲۰۰۱). زیرا لازم است نوجوانان خواهان تغییر جنسیت قبل از هرگونه اقدامی برای تغییر جنسیت خود مدتی طولانی در نقش جنس مقابل زندگی کنند. طبق مطالعات انجام شده گروه زیادی از این نوجوانان پس از قرار گرفتن در وضعیت جدید خود ناراحتی‌ها و نگرانی‌های زیادی را در ارتباط با دوستان و بستگان خود تجربه می‌کنند و در نتیجه در تصمیم خود

^۱ . Meyenburg

^۲ . Smith, Van Goozen & Cohen - Kettinis

تجدیدنظر می‌کنند (گرین و بلانچارد،^۱ ۲۰۰۰). از طرفی، با توجه به ویژگی‌های فرهنگی کشور ما که ممکن است مبتلایان به اختلال و خواهان تغییر جنسیت نه تنها به عنوان بیمار شناخته نشوند، بلکه رفتارهای آنان نوعی اعمال بزهکارانه و گمراهی به شمار آید و هم‌چنین به دلیل این که انجام عمل جراحی برای تغییر جنسیت در کشور ما آسان نیست، لذا پژوهشگران این حوزه تأکید خاصی بر درمان‌های روان‌شناختی فردی، گروهی و خانوادگی برای درمان نوجوانان مبتلا به این اختلال داشته‌اند، که در ادامه به اختصار به برخی از آن‌ها اشاره‌ای خواهیم داشت.

لوین و همکاران (۱۹۹۰) ضمن مروری بر اختلال هویت جنسی در نوجوانان، شیوع، علل و درمان آن را پیشنهاد می‌کنند که درمان ترجیحی برای این نوجوانان در وهله اول و قبل از عمل جراحی شامل شرکت در جلسات روان‌درمانگری انفرادی و خانوادگی و دریافت آموزش درباره فیزیولوژی جنسی و توجه به سایر ابعاد تحول اجتماعی، شناختی، ذهنی، شغلی و بین فردی خود و تغییر نگرش در مورد جنسیت‌شان است. این محققان با مطالعه ادبیات دریافتند که معمولاً اکثر نوجوانان پس از انجام عمل جراحی و مصرف هورمون، دچار مشکلاتی در زمینه روابط بین فردی خود در محیط کار، خانواده و همسالان می‌شوند و این مشکلات به بیکاری، طلاق و انزوای اجتماعی در آنان می‌انجامد.

دی‌سگلی^۲ (۱۹۹۵) نیز بر این باور است که درمان از طریق هورمون و عمل جراحی برای تغییر جنسیت نمی‌تواند درمان مؤثری برای کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال هویت جنسی باشد. او پیشنهاد می‌کند که درمان‌های روان‌شناختی انفرادی و خانوادگی مؤثرترین درمان برای کمک به این نوجوانان جهت پذیرش و سازگاری با جنسیت بیولوژیک خودشان است.

سوتر^۳ (۱۹۹۶) نیز با ارائه یک برنامه درمانی مبتنی بر خانواده درمانی رفتاری اعتقاد دارد که به دلیل این که رفتارهای بین جنسیتی آموخته می‌شوند، لذا تغییر آنها نیز از طریق دستکاری کردن پیامدهای رفتارهای مربوطه امکان‌پذیر است. او در برنامه خانواده درمانی رفتاری خود به والدین آموزش می‌دهد تا از تقویت‌کننده‌های مثبت برای انجام رفتارهای جنسی مناسب فرزندان خود استفاده کنند و با استفاده از بازخوردهای کلامی برای رفتارهای مناسب و نامناسب کودکان و نوجوانان، رفتار مطلوب را تقویت و رفتار نامطلوب را خاموش نمایند.

چیس^۴ (۱۹۹۹) دریافت که خانواده درمانی با استفاده از فنون شناختی-رفتاری، شیوه درمانی کارآمدی برای درمان افراد ۴ تا ۲۷ ساله مبتلا به اختلال هویت جنسی است. زاگر و برادلی (۲۰۰۲) با مروری بر ادبیات تحقیق دریافتند که درمان‌های روان‌شناختی نظیر رویکردهای درمانی گرین، نیومن و استولر^۵ (۱۹۷۲) و درمان‌های خانوادگی با استفاده از

۱. Green & Blanchard

۲. DiCeglie

۳. Soutter

۴. Chase

۵. Green, Newman & Stoller

فنون شناختی-رفتاری منجر به تغییرات مثبت و پایداری در کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال هویت جنسی شده و از تمایل آنان برای تغییر جنسیت در بزرگسالی و درگیر شدن در روابط با افراد هم‌جنس پیشگیری می‌کند.

لوی و کورفمن^۱ (۲۰۰۴) اعتقاد دارند اگرچه عمل جراحی برای تغییر جنسیت ممکن است به پیامدهای کوتاه مدتی در نوجوانان مبتلا به اختلال هویت جنسی منجر شود، اما این نوجوانان در طولانی مدت و پس از عمل جراحی دچار مشکلاتی نظیر افکار و تمایلات خودکشی، عدم کارکرد اجتماعی و بین فردی رضایت بخش، از دست دادن کار و حمایت‌های خانوادگی، نگرش منفی به شرکت در جلسات درمانی و روان‌درمانی و مقاومت پایدار نسبت به تغییر جنسیت می‌شدند. این صاحب‌نظران پیشنهاد کرده‌اند که نوجوانان خواهان تغییر جنسیت لازم است قبل از عمل جراحی در جلسات روان‌درمانی شناختی-رفتاری، خانوادگی و انفرادی شرکت کنند و از این طریق نگرش خود را نسبت به جنسیت بیولوژیکی خود عوض کرده و با آن سازگار شوند.

طبق گزارش‌های سالیانه کلینیک اختلال هویت جنسی (۲۰۰۴) نیز تعداد ۱۲ نوجوان مبتلا به اختلال هویت جنسی با استفاده از خانواده درمانی مبتنی بر فنون رفتاری، شناختی یا شناختی-رفتاری به بهبودی رسیدند و تمایل خود را برای عمل جراحی جهت تغییر جنسیت از دست دادند.

متأسفانه در کشور ما در زمینه درمان اختلال هویت جنسی با استفاده از رویکردهای مختلف روان‌درمانگری مطالعات کمی صورت گرفته است و به جرأت می‌توان گفت که تعداد این مطالعات انگشت‌شمار می‌باشد. در ادامه بحث به دو مورد از این مطالعات اشاره خواهیم کرد.

عطار و رسولیان (۱۳۸۲) طی یک گزارش موردی به معرفی یک مورد اختلال هویت جنسی و تغییر جنسیت‌طلبی در یک خانم ۴۰ ساله پرداخته‌اند. آنان دریافتند که مورد مبتلا به این اختلال هیچگونه مشکل ژنوتیپی نداشته و علی‌رغم انجام ۶ عمل جراحی برای تغییر جنسیت و پس از یک ماه زندگی کردن در نقش یک مرد، تغییر عقیده داده و خواهان برگشت به وضعیت جنسی اولیه خود بوده است. این محققان معتقدند که قبل از عمل جراحی بهتر است با دقت بیشتری به ارزیابی ملاک‌های تشخیصی پرداخت و از تصمیم‌گیری شتابزده برای عمل جراحی خودداری کرد.

خدایاری‌فرد، محمدی و عابدینی (۱۳۸۲) نیز به گزارش یک مورد درمان موفقیت‌آمیز اختلال تغییر جنسیت‌طلبی در یک دانشجوی پسر ۲۰ ساله با استفاده از درمان شناختی، رفتاری و معنوی پرداختند. این محققان معتقدند که یکی از دلایل احتمالی تأثیر و کارآمدی این روش درمانی، همکاری و مشارکت فعالانه اعضای خانواده مراجع در فرایند درمان بوده است.

^۱ . Levey R. & Curfman

روش پژوهش

پژوهش حاضر یکی از انواع پژوهش‌های کیفی^۱ یعنی گزارش و مطالعه موردی^۲ می‌باشد. در مطالعه موردی که به روش کیفی انجام می‌شود هدف اصلی آن است که مشخص کند چرا یا چگونه یک رویداد یا پدیده ظاهر می‌شود؟ در واقع در مطالعه موردی توجه پژوهشگر بر یک «مورد» (واحد تحلیل^۳) متمرکز است (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۸۱).

در این پژوهش یک آزمودنی دختر نوجوان که براساس مصاحبه بالینی، ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR و تشخیص روان‌پزشک مبتلا به اختلال هویت جنسی توأم با اضطراب بود، مورد مطالعه و درمان قرار گرفت. پس از تشخیص نوع اختلال آزمودنی و با توجه به این که آزمودنی توسط والدین برای درمان ارجاع داده شده بود، با استفاده از روش خانواده درمانی مبتنی بر فنون شناختی-رفتاری مورد درمان قرار گرفت و هم‌چنین آزمودنی تا یک سال پس از درمان مورد پیگیری قرار گرفت.

خانواده درمانی به روش‌های مختلفی اطلاق می‌شود که برای کمک به خانواده‌هایی که دارای مشکلات مختلف روان‌شناختی هستند، طرح‌ریزی می‌شوند. اسپیگل^۴ (۱۹۸۲)، به نقل از واکر و روبرتس، (۲۰۰۱) معتقد است که درمان‌های خانوادگی دارای سه وجه مشترک هستند: (۱) بر فرایندهای تعاملی تأکید دارند و فرض می‌کنند که این تعاملات باید تغییر یابند تا مشکل حل شود. (۲) تصور می‌کنند که رفتارهای خانوادگی مشاهده شده ظاهر مسئله می‌باشند، لذا درمانگر در جستجوی الگوهای پنهان رفتاری، تعامل‌های تحریف شده و نادرست، نظام‌های ارزشی فرهنگی و فرایم‌ها است (۳) درمانگر آموزش‌های تخصصی و حرفه‌ای منحصر به فرد خود را برای درک و تغییر فرایندهای تعاملی خانوادگی به کار می‌گیرد.

در خانواده درمانی شناختی-رفتاری از اصول نظریه‌های یادگیری و شناختی برای حل رفتارهای مشکل‌آفرین افراد خانواده استفاده می‌شود. برای مثال، استفاده از قواعد و اصول شرطی‌سازی کنش‌گر و روش‌های قرارداد وابستگی برای رشد توانش‌های والدین جهت کنترل رفتارهای پرخاشگرانه و نامناسب کودکان خود (پاترسون^۵، ۱۹۷۱؛ به نقل از داتلیو و اپستین^۶، ۲۰۰۳) و به کارگیری آموزش مهارت‌های حل مسئله و برقراری ارتباط به خانواده‌ها برای ایجاد جوی مناسب برای انجام تعاملات افراد خانواده به صورت مؤثر (استوارت^۷، ۱۹۸۰؛ به نقل از داتلیو و اپستین، ۲۰۰۳). مداخلات شناختی-رفتاری خانوادگی همانند مداخلات انفرادی به منظور افزایش و بهبود مهارت‌های افراد جهت

1 . qualitative research

2 . case study

3 . unit of analysis

4 . Spiegel

5 . Patterson

6 . Dattilio & Epstein

7 . Stuart

ارزشیابی و تغییر شناخت‌های مشکل‌آفرین خود و هم‌چنین مهارت‌های برقراری ارتباط و حل مسئله به طور سازنده طراحی شده‌اند (اپستین و بوکام،^۱ ۲۰۰۲؛ به نقل از داتلیو و اپستین، ۲۰۰۳).

در پژوهش حاضر برای درمان آزمودنی طی جلسات خانوادگی از فنون آموزش حل مسئله^۲، تنش‌زدایی^۳، آموزش آموزش برقراری ارتباط^۴، مثبت‌نگری^۵ و بازسازی شناختی^۶ استفاده شده است. لازم به ذکر است که برخی از این فنون فنون رفتاری و برخی شناختی هستند.

یافته‌های پژوهش

مشخصات آزمودنی: خانم زالف، ۱۶ ساله، دانش‌آموز سال دوم دبیرستان، فرزند اول خانواده؛ پدر ۴۶ ساله، میزان تحصیلات دکتری، مادر ۴۳ ساله، میزان تحصیلات لیسانس و خانه‌دار، دارای یک خواهر ۱۳ ساله که مشغول به تحصیل در پایه دوم راهنمایی می‌باشد.

طول درمان: سی جلسه یک ساعته با مراجعه هر هفته یک بار.

پدر آزمودنی در اولین جلسه مراجعه به درمانگر اظهار کرد: «به خاطر مشکل دخترم «ز» که فرزند اولم است مراجعه کرده‌ام. او مدتی است درون‌گرا شده و اخیراً مصرّ است که باید یک پسر باشد نه یک دختر و از دختر بودن خود بسیار ناراضی است. او می‌گوید از جنسیت خودم خوشم نمی‌آید. بین همکلاسی‌های خود موقعیت خوبی ندارد و احساس انزوا می‌کند. او اصرار بر پوشیدن لباس‌های پسرانه و رفتار مردانه دارد و حتی به تفریحات و ورزش‌های مردانه علاقه‌مند است. در ضمن همسر من نیز مدت‌هاست به همین دلیل افسرده شده است و تاکنون این افسردگی ادامه دارد. او نسبت به لادایز مادی بی‌توجه است و هیچ میلی به برقراری ارتباط جنسی ندارد و طی چندسال اخیر به شدت عصبی بوده و تحت نظر روان‌پزشک است و دارو مصرف می‌کند. برادر همسر من هم از ۱۶ سالگی افسرده بوده تا این که در ۲۲ سالگی خودکشی کرد».

بر اساس اظهارات پدر در مورد دختر و همسر خود، درمانگر اقدام به تشکیل جلسات خانوادگی برای بررسی دقیق‌تر مشکلات افراد خانواده کرد. در این جلسات پس از آشنایی با افراد خانواده و ذکر محرمانه بودن جلسات، آزمودنی مبتلا به اختلال هویت جنسی تمایل به بیان دقیق مشکل خود در جلسه انفرادی داشت. لذا طی یک جلسه انفرادی اظهار کرد: «از دوران کودکی یعنی از ۶ سالگی آرزو داشتم که یک پسر باشم و همیشه لباس‌های پسرانه می‌پوشیدم، تقریباً هیچ‌گاه آرایش نمی‌کنم و اخیراً هم تصمیم گرفته‌ام که تغییر جنسیت بدهم، با دوستانم هم مشورت کرده‌ام، آنها هم اعتقاد دارند که جراحی کنم و تغییر جنسیت بدهم. اکنون هم اگر مطمئن شوم که این کار ممکن

1. Baucom

2. problem – solving training

3. relaxation

4. communication training

5. positive thinking

6. cognitive restructuring

نیست دست به خودکشی می‌زنم. در مدرسه احساس می‌کنم که نسبت به بعضی از دخترها تمایلات جنسی دارم، اما تاکنون هیچ‌گونه تجربه‌ی جنسی با هیچ پسر یا دختری نداشته‌ام. از نظر جنسی یک دختر هستم، دوجنسی نیستم ولی می‌خواهم یک پسر باشم با آلت تناسلی و ظاهر پسرانه، اما متأسفانه نیستم.“

در جلسات بعدی خانواده درمانی، ابتدا درمانگر در مورد نحوه‌ی برقراری ارتباط بین اعضای خانواده پرسید و معلوم شد که جو خانوادگی و عاطفی حاکم بر خانواده به دلیل افسردگی، سردی و عصبی بودن مادر بسیار سرد و خالی از هرگونه بار عاطفی بوده؛ به طوری که دختر به هیچ وجه تمایلی به حرف زدن با مادر و پدر ندارد و هیچ‌گاه اجازه نمی‌داد که مادر صورت او را ببوسد. پدر نیز ارتباط عاطفی گرمی با مادر و فرزندان نداشت و معمولاً افراد خانواده روابط کلامی کمی با یکدیگر داشتند. همچنین مشخص شد که افراد خانواده هنگام رویارویی با یک مشکل یا مسئله معمولاً سکوت اختیار کرده و کوتاه می‌آیند تا مشکل حادث‌تر نشود. بر این اساس درمانگر اقدام به آموزش حل مسئله به افراد خانواده کرد و از آنان خواست تا با مطرح کردن یک مشکل واقعی، طی جلسات درمانی؛ با رویکرد حل مسئله با آن برخورد نمایند و سعی کنند در موقعیت‌های واقعی نیز هنگام مواجهه با هر مشکلی از آن روش استفاده کنند. در جلسات بعدی مادر اظهار کرد که هیچگاه احساس خوبی نسبت به زن بودن خود نداشته و نمی‌تواند عواطف درونی خود را نسبت به همسر و فرزندانش بیان کرده و عملاً نشان دهد؛ به طوری که هیچگاه از روابط جنسی با همسر خود لذت نمی‌برده، ناامید و افسرده بوده، احساس گناه شدیدی داشته و مدت ۷ سال است که از برقراری رابطه‌ی جنسی با همسرش خودداری کرده است. همیشه ساکت بوده و وقتی همسرش به خانه می‌آید، آن‌ها هیچ صحبتی با یکدیگر و با فرزندان خود ندارند. در این مرحله درمانگر اقدام به آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط متقابل به اعضای خانواده کرد و از آنان خواست تا در جلسه‌ی درمانی و در حضور درمانگر در مورد یک موضوع مهم خانوادگی صحبت کند و نظر یکدیگر را جویا شوند. تمام اعضای خانواده مسئله تغییر جنسیت دختر را مطرح کردند. پدر و مادر در موضع مخالف و دو دختر (آزمودنی و خواهرش) در موضع موافق با تغییر جنسیت آزمودنی بودند. در این مرحله طی جلسات متعدد ضمن ارائه اطلاعاتی به آزمودنی در مورد عدم امکان تغییر جنسیت در کشور ما و ارائه مواردی مستند از جراحی‌های ناموفق برای تغییر جنسیت و توضیح دادن مکانیزم همانندسازی و نقش ناهشیار در شکل‌گیری هویت جنسی سعی در شناسایی باورها و افکار غیرمنطقی آزمودنی در مورد خود و هویت جنسی خود کرد. درمانگر از او خواست تا برای جلسات بعد برگه‌ی افکار منطقی و غیرمنطقی را تکمیل و به درمانگر ارائه کند. هم‌چنین از کلیه‌ی افراد خانواده خواست تا مهارت‌های برقراری ارتباط آموخته شده در جلسه را در محیط خانواده تمرین کرده و به کار گیرند و بر میزان تعاملات دوستانه و گفتگوهای محبت‌آمیز خود بیافزایند. در یکی از جلسات آزمودنی اظهار کرد که دچار اضطراب شدیدی است و نمی‌داند که باید در نقش یک دختر عمل کند یا یک پسر. هم‌چنین او اظهار کرد که هیچگونه رابطه‌ی عاطفی با مادر ندارد و نسبت به او احساس صمیمیت و نزدیکی نمی‌کند. در این مرحله درمانگر ضمن آموزش تنش‌زدایی به مراجع از او خواست تا روزانه به مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه به تمرین تنش‌زدایی بپردازد. هم‌چنین از

آزمودنی خواست تا به صورت تجسمی خود را در نقش یک دختر و در حال انجام رفتارهای دختران تصور کند و همزمان به والدین آموزش داده شد تا به تقویت رفتارهای دخترانه آزمودنی پرداخته و رفتارهای نامناسب و پسرانه او را با استفاده از تقویت منفی خاموش سازند. در ضمن از آزمودنی خواسته شد تا در محیط خانه و مدرسه به تمرین رفتارهای دخترانه از جمله آرایش کردن و پوشیدن لباس‌های دخترانه بپردازد و تکمیل برگه افکار منطقی و غیرمنطقی را ادامه دهد. طی جلسات بعدی پس از این که درمانگر به کمک آزمودنی طی چند جلسه متوالی با استفاده از فن بازسازی شناختی به بررسی و چالش با افکار، تصورات، و انتظارات غیر منطقی آزمودنی پرداخت، آزمودنی اظهار کرد که تمایلی به عمل جراحی ندارد، اما هنوز احساسات پسرانه دارد. در این مرحله درمانگر ضمن توضیح دادن پیامدهای منفی عمل جراحی و رفتارهای نامناسب جنسی از نظر اجتماعی و به ویژه طرد شدن از طرف همسالان و بستگان و ایجاد نگرانی و اضطراب از آزمودنی خواست تا پیامدهای مثبت و منفی رفتارهای دخترانه و متناسب با جنسیت را بازگو کند و پیامدهای منفی رفتارهای پسرانه و نامناسب از نظر جنسیتی را برشمرد. هم‌چنین با توجه به افسردگی مادر اقدام به آموزش مثبت‌نگری جمعی در بین اعضای خانواده کرد و از آنان خواست تا فرم نقاط مثبت را تکمیل کرده و به درمانگر ارائه کنند، هم‌چنین در خانه جلسه مثبت‌نگری را برگزار نمایند. در جلسات بعدی آزمودنی اظهار کرد که از میزان تمایلات و رفتارهای پسرانه او کاسته شده است؛ به طوری که لباس‌های دخترانه می‌پوشد، آرایش می‌کند و از میزان اضطراب او کاسته شده است و می‌تواند خودش را در لباس عروس تجسم کند و اگر ازدواج کند زندگی موفق داشته باشد و به کلی از تغییر جنسیت منصرف شده است.

هم‌چنین آزمودنی اظهار کرد که توانسته است روابط عاطفی نزدیک و توأم با صمیمیتی با مادر خود داشته باشد. در این مرحله درمانگر ضمن تأکید بر فنون قبلی از جمله تکمیل فرم افکار منطقی و غیرمنطقی و انجام مثبت‌نگری، از والدین خواست که رفتارهای مناسب آزمودنی را هرچه بیشتر تقویت کنند. در جلسات بعدی والدین اظهار کردند که رفتارهای آزمودنی کاملاً دخترانه شده و هیچ‌گونه تمایلی به انجام عمل جراحی نداشته و دیگر منزوی و کم حرف نمی‌باشد. هم‌چنین مادر اظهار کرد که از میزان افسردگی‌اش کاسته شده است؛ به گونه‌ای پزشک معالجش از میزان داروی او کاسته است. در این مرحله درمانگر از آزمودنی خواست تا به تمرین بیشتر رفتارهای دخترانه بپردازد و همزمان احساس خود را از این رفتارها مثبت و پیامدهای منفی یا مثبت آن را نیز یادداشت کند.

در جلسه بعد آزمودنی اظهار کرد که کاملاً جنسیت خود را پذیرفته است و هیچ‌گونه مشکلی از این نظر ندارد. افراد خانواده نیز از درمان کامل آزمودنی احساس رضایت داشته و مادر اظهار کرد: "دخترم قبلاً هیچ کار زنانه‌ای بلد نبود، اما حالا در خانه‌داری به من کمک می‌کند و مسئولیت‌پذیر شده است؛ به طوری که فکر می‌کنم در زندگی آینده خود موفق شود". در این مرحله درمانگر ضمن اتمام جلسات درمانی از افراد خانواده خواست تا در صورت بروز مشکل به صورت تلفنی او را در جریان بگذارند، هم‌اکنون نیز پس از گذشت یک سال افراد خانواده با هیچ‌گونه مشکلی مواجه نشده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان دهنده تأثیر و کارایی بالای خانواده درمانی مبتنی بر فنون شناختی-رفتاری در درمان اختلال هویت جنسی در نوجوانان است. چنانچه پیشترآمد استفاده از فنونی مانند آموزش حل مسئله، آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط، مثبت‌نگری، تنش‌زدایی، بازسازی شناختی و استفاده صحیح از تقویت مثبت و منفی در جلسات روان‌درمانگری خانوادگی نه تنها منجر به تغییر نگرش و بهبودی کامل آزمودنی مبتلا به اختلال تغییر جنسیت طلبی شد، بلکه با اصلاح و تغییر تعاملات خانوادگی تعارضات درون خانوادگی و به خصوص تعارضات دختر-مادر حل شده و از میزان افسردگی مادر نیز کاسته شد و به بهبودی دست یافت.

نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های زاگر (۱۹۹۰)، گوردون و شرودر (۲۰۰۰)، به نقل از واکر و روبرتس، (۲۰۰۱)، مینبرگ (۱۹۹۹)، چیس (۱۹۹۹)، سوتر (۱۹۹۶) زاگر و برادلی (۲۰۰۲)، لوی و کورفمن (۲۰۰۴)، عطار و رسولیان (۱۳۸۲) و خدایاری‌فرد، محمدی و عابدینی (۱۳۸۲) همسویی دارد.

زاگر (۱۹۹۰) نشان داده است که آموزش فنون رفتاری نظیر تقویت مثبت و منفی طی جلسات خانوادگی به والدین، نقش مهمی در درمان اختلال تغییر جنسیت طلبی کودکان آنها دارد. مینبرگ (۱۹۹۹) نیز معتقد است که پیش از درمان با عمل جراحی در نوجوانان تغییر جنسیت طلب بهتر است که آنها حداقل یک سال در جلسات روان‌درمانگری شرکت جویند. چیس (۱۹۹۹) نیز دریافت که خانواده درمانی شناختی-رفتاری درمان کارآمدی برای افراد ۴ تا ۲۷ ساله خواهان تغییر جنسیت است. در این مورد زاگر و برادلی (۲۰۰۲) با مروری بر ادبیات تحقیق دریافتند که درمان‌های خانوادگی متکی بر فنون شناختی یا رفتاری از تمایل نوجوان برای تغییر جنسیت کاسته و مانع از درگیر شدن آنان در روابط جنسی با افراد هم جنس می‌شود. لوی و کورفمن (۲۰۰۴) نیز بر این باورند که نوجوانان باید پیش از عمل جراحی برای تغییر جنسیت در جلسات روان‌درمانگری انفرادی و خانوادگی شرکت کنند و بدین وسیله از تجربه کردن پیامدهای منفی پس از عمل جراحی نظیر طرد شدن از طرف دوستان، خانواده و بستگان، بیکاری و افسردگی در امان بمانند.

نتایج پژوهش‌های داخلی نظیر پژوهش عطار و رسولیان (۱۳۸۲) و خدایاری‌فرد، محمدی و عابدینی (۱۳۸۲) نیز نشان داده است که شرکت در جلسات روان‌درمانگری، به‌خصوص روان‌درمانگری شناختی-رفتاری خانوادگی و انفرادی پیش از تصمیم برای انجام عمل جراحی برای تغییر جنسیت در نوجوانان، ضروری است که این امر به بهبودی نوجوانان مبتلا به اختلال هویت جنسی می‌انجامد.

یکی از یافته‌های مهم این پژوهش این است که در خانواده‌هایی که در آنها مادر دارای رفتارهای مناسب عاطفی، مادرانه و محبت‌آمیز نمی‌باشد و از نقش جنسیتی خود ناراضی است، احتمال زیادی وجود دارد که کودکان دختر با پدر همانندسازی کرده و در نتیجه در فرایند هویت جنسی آنان اختلال ایجاد شود و در آینده مبتلا به اختلال تغییر

جنسیت طلبی شوند. هم‌چنین مشاهده شد که ضروری است نوجوانان مبتلا به اختلال هویت جنسی قبل از هرگونه اقدامی برای تغییر جنسیت، در جلسات روان‌درمانگری شرکت کنند، به‌خصوص در کشور ما که تغییر جنسیت و عمل جراحی برای تغییر جنسیت کار بسیار مشکلی بوده و نه تنها به راحتی امکان‌پذیر نیست، بلکه پیامدهای منفی از نظر اجتماعی و از نظر اخلاقی دارد. بر این اساس استفاده از فن‌بازسازی شناختی بسیار مؤثر می‌باشد، زیرا با استفاده از این تکنیک می‌توان باورهای نادرست و غیرمنطقی فرد درباره جنسیت خود را شناسایی کرده و مورد چالش قرار داد و با باورها و انتظارات منطقی و درست جایگزین کرد.

از جمله دلایل احتمالی درمان سریع آزمودنی، می‌توان به عدم درگیر شدن آزمودنی در برقراری روابط جنسی با افراد هم‌جنس و هم‌چنین اقدام سریع خانواده برای درمان او اشاره کرد.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر استفاده از طرح تک‌آزمودنی و نداشتن گروه کنترل است. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی، پژوهشگران ضمن استفاده از چندین آزمودنی، به مقایسه رویکردهای مختلف درمانی از جمله درمان انفرادی و خانوادگی پرداخته و با توجه به جامعه‌پذیری متفاوت دختران و پسران مبتلا به این اختلال، تفاوت‌های جنسیتی را نیز مدنظر قرار دهند.

خدایاری فرد، محمد؛ محمدی، محمدرضا و عابدینی، یاسمین (۱۳۸۲). درمان شناختی-رفتاری اختلال تبدل‌خواهی با تأکید بر درمان معنوی: بررسی موردی. فصلنامه اندیشه و رفتار ۳۵: مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی، سال نهم، شماره ۳، ص ۲۱-۱۲.

سرمد، زهره؛ بازرگان، عباس و حجازی، الهه (۱۳۸۱). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری. تهران: انتشارات آگاه.

عطار، حمیدرضا و رسولیان، مریم (۱۳۸۲). تشخیص اولیه‌ی اختلال هویت جنسی: گزارش موردی. فصل‌نامه اندیشه و رفتار: مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی، شماره ۳۵، سال نهم شماره ۳، ص ۱۱-۶.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition) Text Revision*. (DSM-IV-TR). Washington DC: APA.

Chase, C.H. (1999). long-term psychological evaluation of intersex children: commentary. *Archives of Sexual Behavior*, 28, 103-107.

Dattilio, F.M., & Epstein, N.B. (2003). cognitive- behavioral couple and family therapy. In T.L. sextion; G.R. weeks and M.S. Robbins (Eds.), *Handbook of Family therapy* (pp. 147-177). New York and Hove: Brunner – Routledge.

Di Ceglie, D.D. (1995). Gender Identity Disorder in Children and Adolescents. *British Journal of Hospital Medicine*, 53(6), 235-242.

GID. Klinikken (2004). *The Annual Report*. Norway.

Levine, S.B., Brown, G.; Colman, E.; Cohen-Kettenis, P., & Schaefer, L.C. (1990). The Standard of Care for Gender Identity Disorder. *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association*. New York.

Levey, R., & Curfman, W.C. (2004). Sexual and Gender Identity Disorder. *Science*, 30(6), 1034-1037.

Meyenburg, B. (1999). Gender Identity Disorder in adolescents. *Adolescence*, 34, 305-313.

- Smith, Y.L., Van – Goozen, S.H., & Cohen – Kettenis, P.T. (2001). Adolescents with
GID who were accepted or rejected for sex reassignment surgery. *Journal of
American Academy of child and Adolescence Psychiatry*, 40, 391-408.
- Soutter, A. (1996). A longitudinal study of three cases of gender identity disorder.
School psychology International, 17, 49-57.
- Walker, C.E., & Roberts, M.C. (2001). *Handbook of clinical child psychology (third
Edition)*. New York: Johnwiley & Sons, INC.
- Zucker, K.J., & Green, R. (1992). psychosexual disorders in child and adolescent.
Journal of psychology and psychiatry. 33, 107-151.
- Zucker, K.J., & Bradley, S.J. (1995). *Gender Identity disorder and psychosexual
problem in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Zucker, K.J. (1990). Treatment of gender Identity disorder in children. In R. Blanchard
& B.W. Stiener (Eds.), *Clinical management of gender Identity disorder in Clildren
and adult*. (pp. 27-45). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Zucker, K.J., & Bradley, S. (2002). Gender Identity and psychosexual problem in
children and Adolescents. *Clinical Issues*, 32(12), 115-125.

Treatment of Gender Identity Disorder base on Cognitive Behavioral Family Therapy: Case study

Mohammad Khodayarifard, Ph. D.*
Yasamin Abedini**

Although behavior and preferences of most of children are appropriate to their physiological gender, some have strong desire to live as a member of other sex and involve in action that are judged to be long to other sex. The major type of gender identity is transsexual disorder. According to DSM-IV-TR, figures and statistics indicate that 1 per 30,000 for men, & 1 per 100,000 for women demand surgery for considering other sex. Some experts in health psychology believe that sex reassignment surgery is not always successful. Thus, they believe treatment of gender identity disorder in childhood and adolescent is essential as a preventive action for involving in homosexual activity. Accordingly, the purpose of present study is presenting a successful case study treatment for, transsexual disorder, by using family therapy base on cognitive – behavioral technique. The case was a 16 years old girl. In present study was used self – monitoring, mutual training, cognitive – restructuring, problem solving, and positive thinking. Results indicated Cognitive–Behavioral Family therapy is highly efficient. The treatment was completed in 30 session and one year follow up study showed there has not been any symptoms of transsexual disorder.

Keywords: Gender Identity Disorder, Family therapy, Cognitive–Behavior technique, adolescent girl, case study.

* Child clinical psychologist, associate professor, Faculty of psychology & Education, university of Tehran.

** Doctoral student of education psychology, Faculty of Psy. & Edu university of Tehran