

## خانواده درمانگری شناختی - رفتاری تغییر جنسیت طلبی با تاکید بر روان درمانگری معنوی: تک بررسی

دکتر محمد خدایاری فرد\*، دکتر محمدرضا محمدی\*\*، اکرم پرند\*\*\*

### چکیده

هدف: تغییر جنسیت طلبی یکی از اختلال‌های هویت جنسی است که با تمایل شدید به اتخاذ هویت جنس مخالف بدون توجه به امتیازهای فرهنگی آن مشخص می‌شود. پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر خانواده درمانگری شناختی - رفتاری بر درمان تغییر جنسیت طلبی با تاکید بر درمان معنوی صورت گرفته است. روش: این پژوهش از نوع مطالعه موردی است و داده‌ها با روش‌های مصاحبه بالینی براساس DSM-IV-TR و اجرای آزمون‌های روان شناختی گردآوری شده‌اند. در این پژوهش یک آزمودنی پسر ۱۸ ساله با تمایل شدید به تغییر جنسیت شرکت داشته است. فرایند درمان با مشارکت روان‌شناس بالینی و روان‌پزشک و در طی ۷۸ جلسه صورت گرفته است. در جلسات درمانی از روش‌هایی چون حل مسئله، خودبازبینی، مثبت نگری و بازسازی شناختی با تکیه بر اهداف زندگی و بعد معنوی روحی صورت گرفته است. یافته‌ها: در آخرین جلسات درمانی مراجع توانست نقش مردانه

---

\*- روان‌شناس بالینی کودک و دانشیار دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران

\*\* - روان‌پزشک کودک و نوجوان، استاد و مدیر گروه روان‌پزشکی و مرکز تحقیقات روان‌پزشکی دانشگاه

علوم پزشکی تهران

\*\*\* - دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران

را بپذیرد، با دخترها و پسرها روابط عادی برقرار نماید. درمانگران از او خواستند که به ازدواج بیندیشد. به مراجع القا شد که پتانسیل مرد بودن را در خود تقویت کند و از هوش خود در جهت برقراری ارتباط مؤثر اجتماعی استفاده نماید. بررسی‌های پس از درمان بر تأثیر معنویت و بعد روحی و خانواده درمانگری شناختی \_ رفتاری در درمان تغییر جنسیت‌طلبی دلالت دارد. نتایج حاصل از اجرای مجدد آزمون‌ها، مصاحبه‌های بالینی و نظر روان‌پزشک حاکی از بهبودی کامل مراجع است. نتیجه‌گیری: پژوهش‌ها نشان داده‌اند، خانواده در شکل‌گیری و در نتیجه درمان اختلال‌های هویت جنسی از جمله تغییر جنسیت‌طلبی نقش دارند. وجود روابط عمیق مادر با پسر یا پدر با دختر، عدم حضور مادر یا پدر و آرزو برای داشتن فرزند دختر یا پسر و طرح مستمر آن در خانواده از جمله مواردی هستند که احتمالاً می‌توانند در اختلال هویت جنسی مؤثر واقع شوند و به همین دلیل خانواده درمانگری با تکیه بر روش‌های روان‌درمانی معنوی پیشنهاد می‌شود. براساس این مطالعه کاربرد روش‌های شناختی \_ رفتاری در کنار آموزش خانواده با تأکید بر بعد روحی و معنوی در درمان اختلال هویت جنسی مؤثر واقع شده است. هم‌سوئی و عدم هم‌سوئی یافته‌ها در پایان مورد بحث قرار گرفته است.

(واژه کلیدی‌ها: اختلال هویت جنسی، تغییر جنسیت‌طلبی، خانواده درمانگری شناختی - رفتاری،

خودبازبینی، مثبت‌نگری



#### مقدمه

اختلال‌های جنسی<sup>۱</sup> را می‌توان به اختلال هویت جنسی<sup>۲</sup> (GID)، اختلال در جهت‌گیری جنسی<sup>۳</sup> و اختلال در علایق جنسی<sup>۴</sup> تقسیم نمود. مهم‌ترین اختلال هویت جنسی تغییر جنسیت‌طلبی<sup>۵</sup> است؛ ویژگی اصلی این اختلال تمایل شدید به اتخاذ هویت جنس مخالف بدون توجه به امتیازهای فرهنگی است (روزنهان<sup>۶</sup> و سلیگمن<sup>۷</sup>، ۱۹۹۵).

در DSM-IV-TR<sup>۸</sup> ملاک‌های تشخیصی اختلال هویت جنسی چنین مطرح شده است:

الف) تمایل شدید به اتخاذ هویت جنس مخالف (که صرفاً به دلیل برخورداری از امتیازهای فرهنگی متعلق به جنس مخالف نباشد). این ویژگی در کودکان با چهار مورد (یا بیشتر) از موارد زیر نمایان می‌شود:

ابراز تمایل مداوم به تعلق داشتن به جنس مخالف، یا پافشاری در اینکه از جنس مخالف است. در پسران، تمایل به پوشیدن لباس‌های زنانه و آرایش زنانه؛ در دختران، پافشاری در پوشیدن لباس‌های کلیشه‌ای مردانه.

تمایل شدید و مستمر به ایفای نقش‌های جنس مخالف در بازی‌های نمادین یا خیال‌پردازی در مورد آن.

بازی‌ها و سرگرمی‌های قالبی جنس مخالف.

ترجیح دادن شدید همبازی‌های جنس مخالف.

در نوجوانان و بزرگسالان این اختلال با نشانه‌هایی مانند ابراز تمایل به تعلق داشتن به جنس مخالف، تظاهر به داشتن جنس مخالف، تمایل به زندگی به عنوان جنس مخالف، یا اعتماد به اینکه احساسات و واکنش‌های خاص جنس مخالف را دارد.

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

در کودکان، این اختلال با نشانه‌های خاصی بروز می‌کند از جمله: در پسران وجود این ادعا که آلت تناسلی یا بیضه‌هایشان نفرت‌انگیز هستند یا ناپدید خواهند شد یا اینکه ترجیح می‌دهند، آلت تناسلی نداشته باشند؛ اجتناب از اسباب‌بازی‌ها و فعالیت‌های مردانه. در دختران نیز اجتناب از ادرار کردن به صورت نشسته، تصور رشد آلت تناسلی مردانه در آنان، عدم تمایل به رشد پستان‌ها و وجود عادت ماهیانه، بیزاری نسبت به پوشش معمول زنانه. در نوجوانان و بزرگسالان نیز نشانه‌هایی ظاهر می‌شود مانند اشتغال ذهنی به رها شدن از صفات جنسی اولیه و ثانویه (مانند درخواست درمان‌های هورمونی، جراحی یا سایر تدابیر برای تغییر جسمانی ویژگی‌های جنسی به منظور مشابهت با جنس مخالف) یا اعتقاد به اینکه او با یک جنسیت اشتباه متولد شده است.

ج) این اختلال با بیماری دوجنسیتی توجیه بهتری ندارد.

د) این اختلال موجب پریشانی یا اختلال عمده بالینی در کارکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر

زمینه‌های مهم می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

علی‌رغم این که بررسی‌ها نشان داده‌اند، ترشح هورمون‌ها<sup>۱</sup> به ویژه در سومین ماه رشد جنینی در شکل‌گیری هویت جنسی نقش دارند، نمی‌توان آن را تنها به عوامل زیست‌شناختی و ژنتیکی

نسبت داد. عوامل متعدد و پیچیده‌ای بر این اختلال تأثیرگذارند که با ارزیابی دقیق افراد مبتلا می‌توان به علل احتمالی پی برد (هاگین<sup>۱۱</sup> و وایت بورن<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۷).

درمان به کمک تجویز هورمون و انجام عمل جراحی به منظور تغییر جنسیت از جمله روش‌های درمانی است که برای تغییر جنسیت طلبی به کار می‌رود که در بسیاری از موارد موفقیت کامل نداشته‌اند. پیگیری‌های پس از عمل جراحی چهارده بیمار نشان داده است که تقریباً همه بیماران پس از عمل جراحی هنوز هم مشکلاتی داشته‌اند (استولر<sup>۱۳</sup>، ۱۹۷۶). در مطالعه دیگر، سیزده مرد که تغییر جنسیت داده بودند به مدت شش تا بیست و پنج سال مورد مطالعه قرار گرفتند. نتایج نشان داد که آنان از  $\frac{۲}{۳}$  تغییر جنسیت خود ناراضی بودند و از نظر سازگاری جنسی تغییر نکرده بودند (لیند مالم<sup>۱۴</sup>، کورلین<sup>۱۵</sup> و یودنبرگ<sup>۱۶</sup>، ۱۹۸۶).

پژوهش‌های کوهن - کی تنیس<sup>۱۷</sup> و گوردن<sup>۱۸</sup> (۱۹۹۹) بر روی افرادی که تغییر جنسیت داده‌اند، نشان داده‌اند که تغییر جنسیت تغییر چندانی در مشکلات سازگاری آنان به وجود نمی‌آورد.

به دلیل عواقب و عوارض عمل جراحی و تجویز هورمون پیشنهاد می‌شود که اختلال تغییر جنسیت طلبی ابتدا با روان درمانی‌های طولانی مدت (دست کم یک سال) درمان شود. یکی از روش‌های پیشنهادی خانواده درمانگری شناختی - رفتاری است. در این روش اساساً بر دو مورد تأکید می‌شود:

۱) تبیین انتظارات اعضای خانواده از یکدیگر و چگونگی تأثیر آن‌ها بر تعامل میان اعضای خانواده

۲) بهره‌گیری از روش‌هایی که موجب افزایش توانایی‌های افراد خانواده برای انطباق با بحران‌ها، تغییرات و وقایع غیرمنتظره می‌شود.

در این روش با استفاده از راهبردهایی به تغییر تفکر، نگرش، ادراک و رفتار مراجع و اعضای خانواده او پرداخته می‌شود. بدین ترتیب اعضای خانواده با رفتارها، تفکرات و نگرش‌های خود چالش پیدا می‌کنند و دیدگاه متفاوتی در مورد تأثیر رفتارها و تفکرات خود بر پویایی خانواده کسب می‌کنند (سیموس<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۲).

علی‌رغم این‌که در بسیاری از کشورها به ویژه کشورهای غربی عمل جراحی و هورمون‌درمانی برای درمان تغییر جنسیت طلبی به کار می‌رود، در کشورهای اسلامی به ویژه در کشور ما - ایران - به دلیل وجود ارزش‌های فرهنگی و مذهبی پذیرش این امر به ویژه برای خانواده‌ها بسیار مشکل است. مطالعات یوکسل<sup>۲۰</sup>، کولاکسی زولا<sup>۲۱</sup>، تورکسوی<sup>۲۲</sup> و ساهین<sup>۲۳</sup> (۲۰۰۰) در ترکیه نشان دهنده

این است که افراد تغییر جنسیت طلب مذهبی به ویژه مسلمانان چه قبل و چه بعد از عمل جراحی با تعارض‌های بسیاری مواجه هستند زیرا آداب و رسوم مذهبی برای مردان و زنان متفاوتند. علاوه بر این فردی که به انجام عمل جراحی تغییر جنسیت مبادرت می‌ورزد در اکثر موارد طرد شده و دچار مشکلات متعددی می‌گردند. بنابراین ضروری است که روان‌درمانگران در مواجهه با چنین مواردی با بهره‌گیری از درمان‌های روان‌شناختی به درمان همت گمارند. بر این اساس هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر روش‌های شناختی - رفتاری و خانواده درمانی در درمان یک جوان تغییر جنسیت طلب است.

پژوهش حاضر از نوع مطالعه موردی است که در آن متغیرهای متعددی در مورد تعداد محدودی آزمودنی مطالعه می‌شوند. آزمودنی یکی از مراجعان کلینیک‌های مشاوره و روان‌درمانی است. درمان از نوع خانواده درمانگری شناختی - رفتاری است که از تکنیک‌های حل مسئله، خودبازبینی، مثبت‌نگری و بازسازی شناختی، همچنین با تأکید بر بعد معنوی و روحی از روش‌های زیر استفاده شد:

الف) تغییر باور<sup>۲۴</sup> و نگرش: در روش شناختی، برداشتهای انسان از رویدادها، عامل اختلال‌های روانی و عاطفی شمرده می‌شود نه خود آن رویدادها، می‌توان به بیمار کمک کرد تا با شناسایی خطاهای فکری خود برداشتهای واقع‌بینانه‌تر را جایگزین آنها کند (هادوک<sup>۲۵</sup> و اسلید<sup>۲۶</sup>، ۱۳۷۷).

ب) درمان معنوی و اخلاقی<sup>۲۷</sup>: درمان معنوی و اخلاقی شیوه‌ای از روان‌درمانگری است که نیاز به جداسازی دو مفهوم روان و روح<sup>۲۸</sup>، به منزله مفاهیم ماورای فردی دارد (بیرام کاراسو<sup>۲۹</sup>، ۱۹۹۹). گفتنی است که در کتاب‌های مرجع روان‌شناسی این واژه‌ها کم و بیش به یک مفهوم آمده‌اند (کرسینی<sup>۳۰</sup>، ۱۹۹۹). درمان معنوی بر دو اصل مهم استوار است: یکی رسیدن فرد به سرزندگی روان<sup>۳۱</sup> که مستلزم عشق به دیگران، عشق به کار و عشق به تعلقات است و دیگری رسیدن فرد به معنویت<sup>۳۲</sup> که نیازمند اعتقاد به مذهب، اعتقاد به یگانگی و اعتقاد به دگرگونی می‌باشد.

ج) اصول درمان معنوی به شرح زیر می‌باشد:

۱. عشق به دیگران: مستلزم تمایز خویش، بخشش و پذیرش تمام و کمال دیگری است.
۲. عشق به کار: اگر با فداکاری و از خودگذشتگی همراه شود می‌تواند راهی برای سرزندگی روان باشد.
۳. عشق به تعلقات: برآیند زندگی کردن و همکاری با دیگران است و عاملی برای حسن نیت، صمیمیت و رشد معنوی است.

۴. اعتقاد به معنویات: به معنی اعتقاد به حرمت هر چیزی است که در اطراف ماست و نیازمند دورشدن از تعلقات و تمایلات مادی است
۵. اعتقاد به وحدانیت: به معنی احساس نامتمایز بودن از دنیای بیرون (طبیعی و ماوراطبیعی) است که برای انسان آرامش به همراه دارد.
۶. اعتقاد به معاد (دگرگونی): اعتقاد به پیوستگی معنوی و تولدی دوباره است (ویلام<sup>۳۳</sup>، ۲۰۰۰).

در این روش درمانگر با پرورش یک وجود سرزنده و معنوی و هدایت درمان، بر پایه شش اصل یاد شده، می تواند درمانجو را به خود حقیقی خویش برساند.

در این پژوهش از روش های مصاحبه بالینی براساس DSM-IV-TR و آزمون های روان شناختی به منظور گردآوری داده ها استفاده شد.

**روش گردآوری داده ها:** در این پژوهش یک آزمودنی پسر ۱۸ ساله با اختلال تغییر جنسیت طلبی در طی ۷۷ جلسه درمان شده است. آزمودنی یک برادر دارد و پدر و مادر هر دو کارمند هستند. در اولین جلسه که بدون حضور مراجع صورت گرفت پدر مراجع اظهار کرد: "پسرم کلاس دوم راهنمایی بود که متوجه شدیم به وسایل زنانه علاقه نشان می دهد و گاهی زینت آلات و لباس های مادر را برمی داشت و استفاده می کرد، او را نزد روان پزشک بردم و روان پزشک تشخیص داد که پسرم تغییر جنسیت طلب است و باید آزمایش های ژنتیک و هورمونی انجام دهد که نتایج حاکی از عدم وجود مشکلات فیزیولوژیک بود". از بیانات پدر و مادر مشخص بود که روابط خانوادگی مغشوش است و پدر و مادر با یکدیگر تفاهم چندانی ندارند. جلسه دوم با حضور مراجع صورت گرفت. او با ظاهری دخترانه در جلسه درمانی حاضر شده بود و اظهار کرد: "از بچگی دوست داشتم که دختر باشم، من فقط ظاهرم پسر است ولی احساسات دخترانه دارم. به برقراری ارتباط با دخترها تمایل ندارم و چند بار با پسرها روابط جنسی داشته ام و مفعول واقع شده ام".

او که به توصیه یکی از پزشکان خود را برای تغییر جنسیت آماده کرده بود گفت: "اگر تا هفتم مهر ماه تغییر جنسیت ندهم خود را خواهم کشت".

در جلسات سوم و چهارم جهت تشخیص اختلالات همراه با تغییر جنسیت طلبی، آزمون های MMPI و SCL-90-R اجرا شد. نتایج نشان داد که علاوه بر تغییر جنسیت طلبی مشکلات دیگری هم دارد. Pd (انحراف روانی - اجتماعی) بالا در نیمرخ MMPI مؤید وجود ناسازگاری های

اجتماعی، نداشتن تجارب مثبت در زندگی، عدم رضایت از وضع و محیط خانوادگی موجود و عدم توانایی برای برنامه‌ریزی‌های آینده است (نمودار ۱).

در SCL-90-R نیز عملکرد آزمودنی در بعد خصومت در حدی بود که با Pd در MMPI همبستگی دارد (نمودار ۲).

در جلسه پنجم با پدر و مادر جداگانه صحبت شد. در این جلسه ماهیت اختلال مراجع با توجه به نتایج آزمون‌ها و مصاحبه با آزمودنی برای پدر و مادر شرح داده شد و به آن‌ها گفته شد که افکار و احساسات فرزند آنان بیمارگونه است و او به کمک خانواده و روان‌درمانگر نیاز دارد.

پس از صحبت با والدین با مراجع نیز مصاحبه شد، مراجع اظهار کرد که به دلیل نوع لباس پوشیدن و آرایش زنانه‌ای که دارد، مرتب در خانه کتک می‌خورد و همیشه اختلافات و درگیری میان او و والدین وجود دارد ولی او اظهار کرد که علی‌رغم تمامی این فشارها از تغییر جنسیت منصرف نخواهد شد.

هم‌چنین به مراجع و خانواده او گفته شد که درمان مراجع لازم است که به طور تیمی یعنی با حضور روان‌پزشک صورت گیرد؛ در پی آن جلسات درمانی بعدی در بیمارستان روزبه گاهی با حضور خانواده و گاهی به صورت انفرادی و با حضور مراجع و گاهی تنها با حضور یکی از والدین یا هر دو برگزار شد. در طی این جلسات مادر اظهار کرد که از کودکی رابطه پسرش با پدر بسیار بد بوده و از بچگی به مادر تمایل بیشتری داشته است. او گفت که شوهرش همواره دوست داشته که دختر داشته باشیم و این مسئله را بارها مطرح کرده است.

در جلسه‌ای که با مراجع تشکیل شده بود درمانگر ضمن استفاده از تکنیک بازسازی شناختی از مراجع خواست تا فرم افکار و اعمال غیرمنطقی را پر کند. ضمناً ورزش و به ویژه شنا را در برنامه روزانه خود بگنجانند. در هر جلسه فرم افکار و اعمال غیرمنطقی بررسی می‌شد و به مراجع آموزش داده شد چگونه افکار منطقی را جایگزین آن کند. درمانگر هم‌چنین در مورد باورهای غیرمنطقی و تأثیر آن بر بروز اختلال‌های روانی با مراجع به گفتگو پرداخت و به او آموزش داد که هنگام مواجهه با افکار مربوط به تغییر جنسیت به سرعت افکار دیگری را (مانند تفکر به نقش جنسی مردانه) جایگزین کند. با این روش پس از طی چند جلسه مراجع که در ابتدا در مقابل تفکر به نقش جنسی مردانه مقاومت شدیدی داشت، توانست به تدریج ابتدا دقایق و سپس ساعاتی را به تفکر درباره نقش جنسی مردانه بپردازد.

در جلسات خانوادگی در مورد شناخت - رفتار درمانگری توضیح داده شد. فرم نقاط قوت به اعضای خانواده داده شد و از آن‌ها درخواست شد تا نقاط ضعف یکدیگر را نادیده بگیرند و به نقاط قوت یکدیگر بیندیشند و هر هفته فرم را در جلسات درمانگری بیاورند. علاوه بر این‌ها در

مورد مثبت‌نگری توضیح داده شد. به والدین گفته شد که شاید مراجع ناهشیارانه می‌خواسته بنابر میل پدر، دختر باشد. از مراجع نیز خواسته شد که در کنار تفکر به نقش دختر، به نقش پسر هم بیندیشد و هدف‌های اصلی خود را از دختر و پسر بودن به طور جداگانه بنویسد.

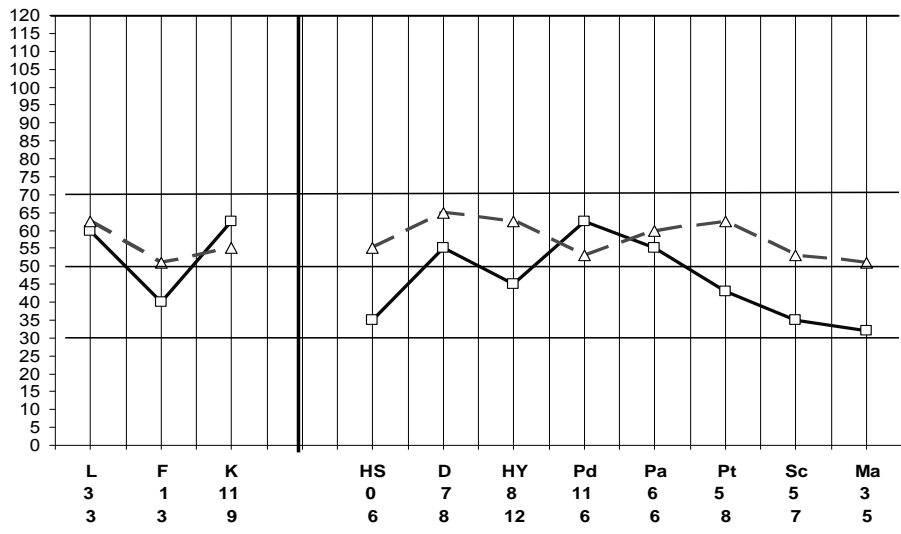
هم‌چنین در جلسات خانوادگی روش حل مسئله<sup>۳۴</sup> با طرح نمونه‌هایی از مسائل مراجع و خانواده آموزش داده شد و از آنها درخواست شد، در مواجهه با مسائل از این روش استفاده کنند. در جلسات بعد مراجع اهداف خود را از زن بودن و مرد بودن به طور جداگانه نوشته بود. او درس خواندن، هرگز ازدواج نکردن، داشتن یک شغل ساده، سیر و سیاحت در دنیا و سیر تکامل یک انسان کامل را در اهداف مرد بودن ذکر کرده بود و در اهداف خود از زن بودن نیز همین موارد را نوشته بود به استثنای اینکه در مورد ازدواج احتمال ازدواج کردن را ذکر کرده بود. مراجع اظهار کرد که قبلاً تنها به زن بودن می‌اندیشیده است ولی حالا دچار تعارض شده و گاهی به مرد بودن نیز می‌اندیشد. درمانگران از او خواستند که از نظر ظاهری نیز قدری چهره خود را به پسر بودن نزدیک کند، مراجع موافقت کرد و قرار شد در این راه تلاش کند. هم‌چنین مراجع تشویق شد تا برای کنکور به خوبی درس بخواند تا موفق شود.

در جلسات خانواده درمانی اعضای خانواده به برقراری روابط دوستانه و پذیرش مراجع تشویق شدند. فرم نقاط قوت و روش حل مسائل خانوادگی در این جلسات بررسی شد.

### یافته‌ها

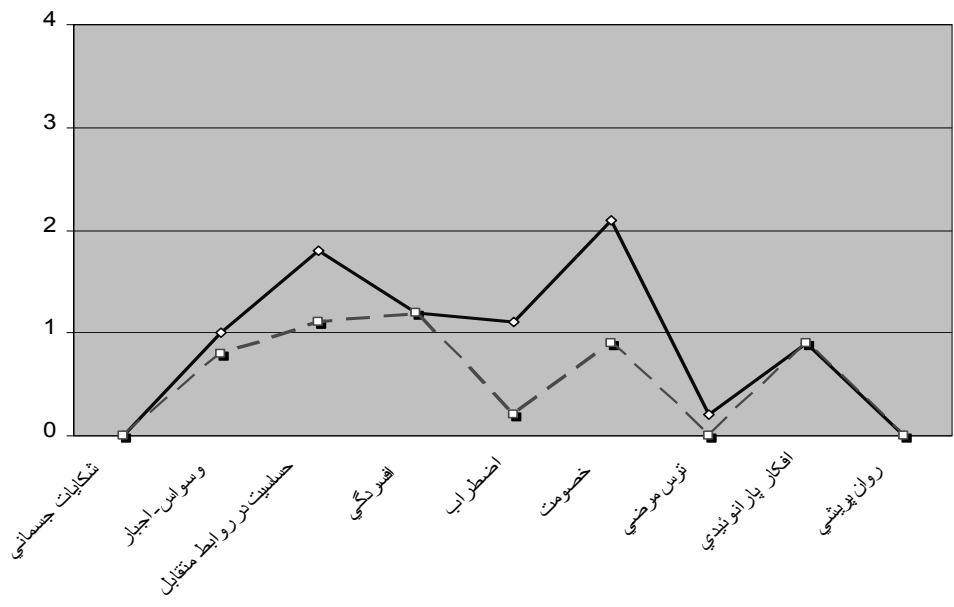
در آخرین جلسات درمانگری مراجع توانست نقش مردانه را بپذیرد. او در یکی از دانشگاه‌های شهرهای شمالی پذیرفته شد و برای تحصیل به خوابگاه دانشجویان پسر عزیمت نمود ولی جلسات درمانی را همچنان پیگیری می‌کرد. در محیط دانشگاه با دخترها و پسرها روابط عادی داشت که مورد تشویق قرار گرفت و درمانگران از او خواستند که به ازدواج بیندیشد. مراجع از نظر تحصیلی موفق بود ولی هنوز اندکی احساس دخترانه داشت که گاهی موجب گوشه‌گیری او می‌شد. در این رابطه به او توصیه شد که پتانسیل مرد بودن را در خود تقویت کند و از هوش خود در جهت برقراری ارتباط مؤثر اجتماعی استفاده نماید. در ضمن ظاهر او کاملاً پسرانه شده بود. به تدریج روابط خانوادگی بهبود یافت. پدر کج خلقی‌های خود را کنار گذاشته و مثبت‌نگر شده بود و اعضای خانواده از یکدیگر کمتر عیب‌جویی می‌کردند. مراجع نیز به برقراری ارتباط با دخترها تمایل پیدا کرد و کم‌کم فکر ازدواج و تشکیل خانواده در او شکل گرفت. نتایج حاصل از اجرای مجدد MMPI و SCL-90-R بهنجار بود (نمودار ۱ و ۲).





قبل از مداخله

نمودار ۱. نیمرخ روانی آزمودنی در آزمون MMPI قبل از درمان و بعد از درمان



قبل از مداخله

نمودار ۲. نیمرخ روانی آزمودنی در آزمون SCL90-R قبل از درمان و بعد از درمان

## بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به مقایسه‌آزمون‌های روانی پیش و پس از درمان، مصاحبه‌های بالینی و نظر روان‌پزشک می‌توان نتیجه گرفت که روان‌درمانگری معنوی و خانواده‌درمانگری شناختی - رفتاری در درمان اختلال فرد مبتلا مؤثر بوده و درمان کامل صورت گرفته است. همان‌گونه که اشاره شد، تأثیر راهبردهای درمان اختلال‌های هویت جنسی با فرهنگ جامعه‌ای که افراد در آن به سر می‌برند، ارتباط دارد. در انتخاب راهبردهای مداخله‌ای لازم است که ساختار جامعه و رفتارها و واکنش‌های افراد آن جامعه لحاظ شوند. بر این اساس توجه به این امر در عمل جراحی افراد تغییر جنسیت طلب حائز اهمیت است (یوکسل، کولاکسی زولا، تورکسوی و ساهین، ۲۰۰۰).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند، کاربرد روش‌های شناختی - رفتاری در کنار آموزش خانواده با روان‌درمانگری معنوی در پیشگیری و درمان اختلال‌های هویت جنسی مؤثرند (خدایاری‌فرد و همکاران، ۱۳۸۲). برای مثال ریکرز<sup>۳۵</sup> و وارنی<sup>۳۶</sup> (۱۹۷۷، به نقل از فیدر<sup>۳۷</sup>، ۱۹۹۷) پسر چهارساله‌ای با نشانه‌های تغییر جنسیت طلبی را مطالعه و درمان کردند. آن‌ها با بکارگیری روش خود نظم‌دهی<sup>۳۸</sup>، خودبازبینی<sup>۳۹</sup> و تقویت خود<sup>۴۰</sup> به کودک آموزش دادند که بازی‌های پسرانه انجام دهد و با یک شمارش‌گر دفاعتی را که به بازی‌های پسرانه می‌پردازد، ثبت کند و بر بازی‌های خود نظارت داشته باشد و هرگاه به انجام بازی دخترانه مبادرت ورزید، آن را قطع کرده و به سراغ بازی‌های پسرانه برود و با توجه به تعداد دفاعتی که به بازی پسرانه پرداخته به خود پاداش دهد. به مادر او نیز آموزش داده شد که پس از بازی‌های پسرانه او را تقویت کند. پس از دوازده ماه بررسی‌ها نشان داد که کودک مورد نظر هویت جنسی مذکر را پذیرفته و مشکلات هیجانی او کاهش یافته است. ریکرز و مید (۱۹۷۹) گروهی از دختران نوجوان دارای سردرگمی در هویت جنسی را با روش خودبازبینی آموزش دادند. آن‌ها به آزمودنی‌ها آموزش دادند که بر رفتارهای اجتماعی و بازی‌های خود نظارت داشته باشند و سعی کنند که رفتارهای اجتماعی و بازی‌های متناسب با جنسیت خود داشته باشند. نتایج بیانگر تأثیر مثبت این روش در هویت‌یابی جنسی این نوجوانان بوده است.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند، خانواده در شکل‌گیری و در نتیجه درمان اختلال‌های هویت جنسی از جمله تغییر جنسیت طلبی نقش دارند. وجود روابط عمیق مادر با پسر یا پدر با دختر، عدم حضور مادر یا پدر و آرزو برای داشتن فرزند دختر یا پسر و طرح مستمر آن در خانواده از جمله مواردی هستند که احتمالاً به اختلال هویت جنسی منجر می‌شوند به همین دلیل خانواده‌درمانگری می‌تواند مؤثر واقع شود (کوهن - کی‌تنیس و گوردون، ۱۹۹۹). این یافته‌ها با نتایج حاصل از پژوهش حاضر هم‌سوئی دارند. از سوی دیگر برخی پژوهش‌ها (برای مثال کوهن - کی‌تنیس<sup>۴۱</sup> و والیندر<sup>۴۲</sup>،

۱۹۸۷ و پیترسون<sup>۴۳</sup> و دیکی<sup>۴۴</sup> (۱۹۹۵) نشان داده‌اند که علاوه بر روان‌درمانگری به کارگیری عمل جراحی به ویژه در مواردی که فرد دارای مشکلات فیزیولوژیک است، ضرورت دارد. البته با توجه به اینکه اغلب این پژوهش‌ها در کشورهای غربی صورت گرفته‌اند، عوامل فرهنگی نیز در موفقیت آن دخالت دارند. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به عدم وجود گروه کنترل و عدم دسترسی به سایر افراد تغییر جنسیت طلب به منظور به کارگیری روش‌های متعدد درمانگری و مقایسه تأثیر آن‌ها با یکدیگر اشاره کرد.

### پی‌نوشت‌ها

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| 1. sexual disorders                 | 2. Gender Identity Disorder   |
| 3. sexual orientation               | 4. sexual interests   |
| 5. transsexual                      | 6. Rosenhan   |
| 7. Seligman                         | 8. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision |
| 9. American Psychiatric Association | 10. hormones  |
| 11. Halgin                          | 12. Whitbourne  |
| 13. Stoller                         | 14. Lindemalm   |
| 15. Korlin                          | 16. Uddenberg   |
| 17. Cohen – Kettenis                | 18. Goorden   |
| 19. Simos                           | 20. Yuksel  |
| 21. Kulaksizoglu                    | 22. Turksoy   |
| 23. Sahin                           | 24. believe   |
| 25. Haddock                         | 26. Slade   |
| 27. Spiritual and ethical therapy   | 28. Spirit  |
| 29. Byram Karasu                    | 30. Corsini   |
| 31. Soulfulness                     | 32. Spirituality  |
| 33. Willam                          | 34. problem - solving   |
| 35. Rekers                          | 36. Varni   |
| 37. Feder                           | 38. self – regulation   |
| 39. self – monitoring               | 40. self – reinforcement  |
| 41. Cohen – Kettenis                | 42. Walinder  |
| 43. Peterson                        | 44. Dickey  |

### منابع و مأخذ فارسی:

خدایاری فرد، محمد؛ محمدی، محمدرضا؛ عابدینی، یاسمین (۱۳۸۲). درمان شناختی - رفتاری اختلال تبدیل‌خواهی جنسی با تأکید بر درمان معنوی. مجله اندیشه و رفتار، شماره ۳، ۲۱-۱۲.

### منابع و مأخذ خارجی:

American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders , Fourth Editio, Text Revision. Washington, DC: A. P. A.

- Cohen – Kettenis, P. T. & Goorden, L. J. G. (1999). Transsexualism: A review of etiology, diagnosis and treatment. *Journal of psychosomatic Research* 46, 315-333.
- Cohen – Kettenis, P. T. & Walinder, J. (1987). Sex reassignment surgery in Europe: a survey. *Acta psychiatrica scandinavica*, 75, 176-182.
- Corsini, R. J. (1999) *The dictionary of Psychology*. Philadelphia: Brunner / Mazel.
- Halgin, H. & Whitbourne, M. (1997), *Abnormal psychology: The human experience of psychological disorders*.
- Feder, E. K. (1997). Disciplining the family: the case of gender identity disorders. *Philosophical studies*, 85, 195-211.
- Lindmalm, G., Korlin, D., Uddenberg, N. (1986). Long-term follow – up of sex change in 13 male to female transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 15, 187-210.
- Peterson, M. E. & Dickey, R. (1995). Surgical sex reassignment: a comparative study of international centers. *Archive of sex behavior*, 24, 135-156.
- Rosenhan, D. L., & Seligman, M. E. (1995). *Abnormal psychology*. New York: Norton & company ltd.
- Rekers, G. A. & Mead, S. (1979). Early intervention for female sexual identity disturbance: self-monitoring of play behavior. *Journal of Abnormal child psychology* 7 (4), pp: 405-423.
- Simos, G. (2002). *Cognitive Behavior therapy*. London: Routledge.
- Stoller, R. J. (1976). *Sexual gender – the transsexual experiment (vol. II)*. New York: Jason Aronson.
- Yuksel, S., Kulaksizoglu, I. B., Turksoy, N., & Sahin, D. (2000). Group psychotherapy with female– to –male transsexuals in Turkey. *Archives of Sexual Behavior*, VOL, 29, No: 30.

## **Cognitive -Behavioral Family Therapy with Emphasis on Spiritual Therapy in Treatment of Transsexualism:A Case Study**

Mohammad Khodayarifard, Ph. D\*  
Mohammad Reza Mohammaki, M. D\*\*  
Akram Parand\*\*\*

### **Abstract:**

**Objective:** Transsexualism is considered one of gender identity disorders characterized by desire to acquire permanently in the identity of opposite gender without cultural preferences. This study was to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy with emphasis on family therapy in treatment of transsexualism. **Method:** The research method was case study. Collection of data were completed by clinical interview based on DSM-IV-IR and psychological tests.

This study was conducted on one (18 year boy) subject. The subject was treated in 78 sessions by psychiatrist and psychologist. Methods and techniques were problem solving self-evaluation, self-monitoring, positive attitude and cognitive restructuring (individual and family). **Results:** In last session the client accepted male role, he had interaction with males and females. He was encouraged to marriage, reinforcement of male role in himself and effective social interaction role, he had interaction with males and females. He was encouraged to marriage, reinforcement of male role in himself and effective social interaction by psychotherapists. Evaluation after treatment indicated the effectiveness of cognitive-behavioral therapy with emphasis on family therapy in treatment of transsexualism. Pretests, clinical interview and psychiatrist indicated that the client was treated completely. **Conclusion:** Previous Researches indicated that family has effect to produce and treatment general identity disorders such as transsexualism also, deep relationship between mother and son, and father and daughter, deep desire for having a child with specific gender had effect to gender identity disorders. These findings support the effectiveness of cognitive – behavioral therapy and family instruction in prevention and treatment of gender identity disorder. Finally, other researches in this field were discussed.

**Key words:** Gender identity disorder, transsexualism, cognitive-behavioral therapy, family therapy, self-monitoring and positive attitude

---

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

\*\* Professor of Child and Adolescent Psychiatry, Psychiatry Research Center, Tehran University of Medical Sciences.

\*\*\* Ph. D Student – University of Tehran.

