

با مرز نشینان جنسیت یا ترانس سکسوال ها

بخش پایانی

کاوه قبادی^۱

مقدمه

در بخش نخست این گفتار، پیشینه‌ی اخلاق و رفتار جنسی ترانس سکسوال ها و نوع برخورد با آنان در جهان غرب، جهان اسلام و ایران بررسی و ارزیابی شد. با این هدف که بتوان با تعیین مختصات آنان در جامعه‌ی کنونی ایران، راه حل‌های مناسب و دقیق‌تری برای بهبود وضعیت فردی و اصلاح رفتار اجتماعی آنان ارائه نمود.

در این مقال برآنیم با کاوش زوایای مختلف زندگی این افراد در زمینه‌های تحصیلی، خانوادگی، اقتصادی و... به ارزیابی و تعیین میزان کارآمدی برخی روش‌های اجرا شده در ایران پردازیم و در این راستا به گوشه‌ای از وظایف نهادهای دولتی و غیر دولتی مرتبط اشاره نماییم.

۱- دانش‌آموخته‌ی حوزه‌ی علمیه و کارشناس ارشد فقه و مبانی حقوق اسلامی.

بررسی وضعیت اخلاقی و رفتاری ترانس سکسوال‌های ایران در زمینه‌های مختلف اجتماعی و فردی^۱

۱- بررسی اخلاق و رفتار ترانس سکسوال‌ها در دوران تحصیل

الف: پیش دبستانی

در طیف اختلال هویت جنسی، نمی‌توان مرز واضحی بین کودکانی که مستحق تشخیص رسمی هستند و آن‌هایی که چنین استحقاقی ندارند، تعیین کرد. به همین جهت، میزان شیوع آن نامعلوم است.^۲ هم‌چنین هر چند بیشتر مطالعات واپس‌نگر ترانس سکسوال‌ها مسایل هویت جنسی را در دوران کودکی گزارش می‌کنند؛ با این وجود، مطالعات آینده‌نگر کودکان مبتلا به اختلال هویت جنسی نشان می‌دهد که معدودی ترانس سکسوال می‌گردند و میل به تغییر جنس خود دارند؛^۳ لذا شناخت این مطلب که کودکی که رفتار مخالف با جنسیت خود بروز می‌دهد، آیا دچار اختلال است یا نه، برای والدین و حتی متخصصین بسیار دشوار است.

به طور کلی، دختران و پسران ترانس سکسوال در این دوره، آنچنان متحمل پرداخت هزینه‌های شخصی نمی‌باشند. بنابراین، هر چند اطرافیان، دوستان و والدین، رفتار چنین کودکانی را - نظیر عروسک‌بازی، پذیرش نقش‌های زنانه و پوشش دخترانه (توسط پسران) و علاقه‌ی آزمندانه به ورزش‌های خشن و بازی‌های بی‌نظم و ترتیب

۱- بیشتر مطالب این بخش بر اساس تحقیقات و مصاحبه‌هایی است که از افراد ترانس سکسوال در

ایران توسط مؤسسات، انستیتوها و یا به طور شخصی تهیه گردیده است.

۲- کاپلان، هارولد، سادوک بنیامین و جک‌گرب، خلاصه روانپزشکی، ج ۲، ص ۴۶۵.

۳- همان، ص ۴۶۷.

(توسط دختران) - را امری تقریباً غیرعادی تلقی می کنند، اما واکنش شدیدی نسبت به آن بروز نمی دهند.

ب: دوره‌ی ابتدایی

اولین فشارهای روانی و اجتماعی را معمولاً پسران ترانس سکسوال در این دوران از طرف همکلاسی‌های خود متحمل می شوند. این افراد از طرف همکلاسی‌های پسر خود مورد تمسخر قرار می گیرند و در برخی موارد، به دلیل انجام رفتار دخترانه، از شرکت در برنامه‌های گروهی توسط افراد گروه منع می شوند.

«برخی از این کودکان به خاطر تمسخر سایر بچه‌ها و فشار مدرسه برای ملبّس شدن به لباس کلیشه‌ای جنس معین شده، از رفتن به مدرسه خودداری می کنند. اما اکثر کودکان مبتلا، احساس ناراحتی به دلیل وجود این اختلال را تکذیب می کنند.»^۱

برخی مربیان و معلمان نیز که در خصوص این نوع اختلال اطلاع کافی ندارند، با انجام روش‌های نامناسب یا ارسال گزارش‌های تحلیل نشده به والدین کودک، باعث افزون شدن مشکلات و معضلات دیگری برای دانش آموز، نظیر افسردگی و گوشه‌گیری نیز می شوند.

هم‌چنین گزارش‌هایی در خصوص اذیت و آزار این دانش آموزان توسط همسالان و حتی ایجاد رابطه‌ی جنسی با آنان در سنین بسیار پایین وجود دارد.^۲

۱- همان، ج ۲، ص ۴۶۶.

۲- خدایاری فرد، محمد و دیگران، «درمان شناختی- رفتاری اختلال تبدل خواهی جنسی»، در: اندیشه و رفتار، سال نهم، شماره ۳، ص ۱۶.

اما در طرف دیگر، یعنی دختران ترانس سکسوال، در این دوران بعضاً به خاطر قدرت‌نمایی و انجام کارهایی که نشان از توانایی بالای آنها دارد مورد تحسین معلمان خصوصاً مربیان ورزش قرار می‌گیرند و (کاملاً برخلاف پسران ترانس سکسوال) در گروه‌ها معمولاً به عنوان سرپرست، هدایت‌کننده و رییس محسوب می‌شوند.

آنچه که در این دوران از لحاظ اجتماعی آنان را می‌آزارد این است که اطرافیان، خصوصاً والدین و آموزگاران، او را دختر محسوب می‌دارند و در قبال او به اعمالی چون خرید عروسک، کیف، کفش و لباس دخترانه به عناوین مختلف چون جایزه، فرم مدرسه و ... دست می‌زنند، که نه تنها برای او جذابیتی نداشته، بلکه در مواردی چون لباس فرم مدرسه او را به شدت خشمگین می‌سازد.

ج: دوره‌ی راهنمایی

در چهارده سالگی از خانه فرار کرده؛ زیرا جرأت نداشته که نزد خانواده‌اش اعتراف کند که میل دارد زن باشد.^۱

فشارهای روانی و اجتماعی در این دوران برای پسران و دختران شکل جدی‌تری به خود می‌گیرد و رفتارهایی چون نوع پوشش و اخلاق کودکانه‌ی نامتناسب با جنسیت، شدیداً به سمت و سوی رفتارها و اعمال جنسی پیش می‌رود که در جامعه‌ی ایران با حفظ حیثیت و آبروی فرد و خانواده در تقابل است.

۱- «افزایش عمل‌های جراحی تغییر جنسیت در ایران»، در: نیویورک تایمز، ص ۱،

بنابراین، شخص در این دوران، با توجه به کمی سن و عوارض دوران بلوغ، باید با مشکلاتی چون تنبیه‌های بدنی و روحی خانواده، مؤاخذه‌ی مریبان، رفتار دوگانه‌ی همکلاسی‌ها و دوستی‌هایی که معمولاً اغراض منفعت‌طلبانه را در خصوص پسران ترانس سکسوال دنبال می‌نماید روبه‌رو شود، و از طرف دیگر، دستگاه تناسلی که به شدت موجب تنفر و انزجار آنهاست و به هر شیوه می‌خواهند از آن رهایی یابند؛ مجموعاً فشار شدیدی را بر او تحمیل می‌نمایند که عوارض ناگوار آن تا سال‌ها همراه شخص باقی می‌ماند.

در این دوران، او از طرف مسؤولان مدرسه متخلف قلمداد می‌شود و از نظر خانواده نیز عنصری است که همواره موجب شرمساری آنان می‌باشد. از این رو، شخص، به اعمال نامعقولی چون خودکشی و فرار از خانه و مدرسه روی آورده و متأسفانه به ابزاری جهت سوءاستفاده‌ی افراد سودجو تبدیل می‌شود.

این وضعیت، در محیط‌های کوچک و فرهنگ‌هایی که به نحوی تعصبات خاص در بین آنها رایج است به مراتب شدیدتر است و حتی فرد بیمار را تا مرحله‌ی نقص عضو یا مرگ از سوی بستگان و خانواده به پیش می‌برد.

د: دوره‌ی دبیرستان و دانشگاه

«تا سوم راهنمایی دانش‌آموز موفق‌ی بودم. از دوران دبیرستان به تقلید رفتارهای پسرانه روی آوردم و لباس‌ها، رفتارها، بازی‌ها و سرگرمی‌هایم را طوری انتخاب می‌کردم که به پسرها شباهت بیشتری داشته باشد و دلیل آن را برتری پسرها بر دخترها و نگرش تبعیض‌آمیز جامعه می‌دانستم. از ویژگی‌های بدنی خویش راضی بودم، اما میل شدیدی به داشتن موقعیت برتر همانند پسرها در میان مردم داشتم. در

دوران دبیرستان تمایلم به تحصیل کمتر شد و در سال سوم دبیرستان مردود شدم، اما دوره‌ی دبیرستان را به پایان رساندم.^۱

در دوره‌ی دبیرستان و دانشگاه، با افزایش سن، عواملی که در دوران تحصیلی گذشته برای پسران ترانس سکسوال وجود نداشت، اکنون پدیدار می‌گردد. این عوامل عبارتند از:

۱- شخص، دیگر قادر نیست تمسخرها و شماتت‌های همکلاسی‌های خود را تحمل کند؛ لذا در قبال این رفتار، دو واکنش متفاوت از خود بروز می‌دهد و سعی می‌نماید این عدم تحمل را با درگیر شدن با آن‌ها و مقابله‌ی بدنی آشکار سازد، و یا این که با ترک تحصیل، از محیطی که دائماً او را می‌آزارد، فرار نماید.

۲- با افزایش میل به ایفای نقش زنانه، شخص، سعی می‌نماید از بین همکلاسی‌ها شریک جنسی مناسبی برای خود پیدا نماید و همین امر باعث تلقی منفی مرییان و حساسیت دانش‌آموزان دیگر نسبت به او می‌شود و ناخواسته از طرف دیگران مورد سوءاستفاده قرار می‌گیرد.

پدر یکی از این دانش‌آموزان در خصوص وضعیت پسرش چنین می‌گوید:

وقتی که پسر سوم دبیرستان بود، از طرف مدرسه به من اطلاع دادند که پسرم تمایلات هم‌جنس 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 تغییر جنس طلب است.^۲

۱- تشخیص اولیه‌ی اختلال هویت جنسی و تغییر جنسیت، توسط دکتر حمیدرضا عطار و دکتر مریم رسولیان.

۲- تحقیق بر روی دانشجوی مرد ۲۰ ساله دارای اختلال تبدل‌خواهی جنسی، توسط دکتر محمد خدایاری فرد و همکاران.

۳- استقلال شخصیتی در این سن و رفتار نامناسب والدین نسبت به اعمال ایشان، او را مجبور به موضع گیری در مقابل آنان می نماید، که معمولاً موجب طرد و در برخی موارد فرار از خانه می شود. میلاد، یکی از دگرجنس جویان در این زمینه می گوید:

«خانواده من را از خانه بیرون کردند. به پول احتیاج داشتم، از شش صبح با یک تاکسی کار می کردم و بقیه ی روز را در ماشینم می خوابیدم.»^۱

۲- بررسی اخلاق و رفتار خانواده های افراد ترانس سکسوال

در بررسی وضعیت خانوادگی این افراد، معمولاً به نظر می رسد پدر و مادر از یک رابطه ی عاطفی مناسبی برخوردار نبوده اند؛ لذا استحکام مورد انتظار از یک خانواده ی ایرانی در چنین خانواده هایی مشهود نیست، و همین امر، نوعی سردرگمی و وضعیت نابسامان را برای فرزندان به ارمغان می آورد. همان گونه که در مبحث سبب شناسی نیز اشاره گردید، به عقیده ی برخی صاحب نظران که بر روی نظریه های روانی- اجتماعی تأکید می نمایند، وضعیت نابهنجار خانواده، یکی از علل بسیار مهم در پدیدار شدن اخلاق و رفتار دگر جنس جویی و ابتلای به اختلال هویت جنسی محسوب می گردد.

در این زمینه، خانم چهل ساله ی مطلقه ای که برای تغییر دوباره ی جنسیت به انستیتو روان پزشکی تهران مراجعه نموده وضعیت خانوادگی و دوران کودکی خود را اینچنین توضیح می دهد:

۱- مصاحبه با برخی دگرجنس جویان (گزارشی از: ایندیندنت درباره ی تغییر جنسیت در ایران).

در سن دو سالگی به دنبال بگو مگوهای پدر و مادر، مادر منزل را ترک و پدرم، من و برادر کوچکترم را در کنار یک مسجد رها نمود. فروشنده‌ای دوره‌گرد من و برادرم را به خانواده‌ای که دچار مشکل نازایی بودند، سپرد. این خانواده مرا به فرزندپذیری پذیرفتند و برادر کوچکترم را به پرورشگاه سپردند. هنگامی که مادرم از اقدام پدرم و محل نگهداری فرزندانش آگاه شد، پس از کشمکش شدید از وی طلاق گرفت. مادرم پسرش را از پرورشگاه پس گرفت و نزد خود نگهداری نمود، اما به دلیل مشکلات مالی نتوانست مرا نزد خود ببرد و من همچنان نزد پدر و مادر خوانده‌ام باقی ماندم. از آن هنگام به بعد والدین رضاعی با خانواده‌ی من در ارتباط بودند؛ اما من تا سن ۲۲ سالگی از این موضوع هیچ‌گونه اطلاعی نداشتم تا بعد از ازدواج خانواده‌ی همسرم مرا با خانواده‌ی اصلی‌ام آشنا نمودند.^۱

در برخی موارد نیز که استحکام خانواده‌ها در ظاهر حفظ گردیده و منجر به طلاق نشده است، رابطه‌ی عاطفی بین پدر و مادر این افراد به شدت ضعیف و مجبور به زندگی کردن در کنار هم بوده‌اند. پدر یکی از مراجعین مبتلا به اختلال هویت جنسی می‌گوید:

«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 رابطه‌ی خوبی نداشته‌ام. او فردی بی‌سواد است و نتوانسته فرزندانم را خوب تربیت کند و همیشه از زندگی کردن با او احساس حقارت کرده‌ام، ولی به خاطر حفظ آبرو او را تحمّل می‌کنم. سال‌هاست که از هم جدا هستیم و هیچ‌گونه

۱- عطّار، حمیدرضا و مریم رسولیان، «تشخیص اولیه‌ی اختلال هویت جنسی»، در: اندیشه و رفتار، سال نهم، ش ۳، ص ۷.

رابطه‌ای با هم نداریم. این امر مرا عصبی و ناراحت کرده است. تقریباً خانوادگی از هم پاشیده هستیم، و به همین دلیل، دخترم نیز دچار ناراحتی عاطفی است.»^۱

در بررسی مشکلات خانوادگی در یکی از تحقیقات انجام شده بر روی افراد دچار اختلال هویت جنسی،^۲ عدم تفاهم والدین (که در هر دو گزارش به آن اشاره شد) و نبود والد همجنس (گزارش دوم)، بیش از عوامل دیگر مشاهده گردیده است؛ به طوری که میزان وجود این دو عامل در مردان مراجعه کننده ۴۴ درصد و در زنان ۵۰ درصد مشکلات را به خود اختصاص داده است، که در صد بسیار قابل توجهی می‌باشد. میزان تأثیر عوامل دیگری چون فقدان والد غیر همجنس، وجود مادر عصبی و تحقیر کننده، آرزوی خانواده برای داشتن کودکی با جنسیت مخالف و ... در جدول زیر مشخص شده است.

توزیع فراوانی افراد مورد بررسی بر حسب عوامل مؤثر در پیدایش اختلال و جنسیت

نوع مشکل		مرد		زن	
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
فقدان والد همجنس		۲۲	۸	۴	۲۰
فقدان والد غیر همجنس		۱۰	۴	۲	۱۰
وجود مادر عصبی و تحقیر کننده		۱۶	۶	۲	۱۰
آرزوی خانواده برای داشتن کودکی با جنسیت مخالف		۳	۱	۲	۱۰
عدم تفاهم والدین		۲۲	۸	۶	۳۰
وجود مشکل اقتصادی		۱۹	۷	۲	۱۰
سایر مشکلات		۸	۳	۲	۱۰
جمع		۱۰۰	۳۷	۲۰	۱۰۰

۱- خداپاری فرد، محمد و دیگران، «درمان شناختی- رفتاری اختلال تبدل‌خواهی جنسی»، در: اندیشه و رفتار، سال نهم، ش ۳، ص ۱۶.

۲- مهرابی، فریدون، «بررسی بعضی از ویژگی‌های تبدل‌خواهی جنسی در بیماران ایرانی»، در: اندیشه و رفتار، سال دوم، ش ۳، صص ۱۱-۱۲.

هم‌چنین در پژوهشی دیگر در ایران^۱ از زنها و مردهای ترانس‌سکسوال خواسته شد تا والدین خود را توصیف نمایند. در مقایسه بین دو گروه زنهاى مبتلا و گواه، در این زمینه تفاوت معناداری از نظر آماری مشاهده نشده اما بین دو گروه مردهای مبتلا و گواه، تفاوت مشخصی به شرح ذیل قابل ملاحظه بوده است:

۷۷ درصد مردان گواه، مادران خود را گرم و مهربان، ۱۵ درصد آنها مادران خود را مراقبت‌کننده‌ی افراطی و ۸ درصد، آنها را منفعل دانسته‌اند؛ در حالی که تنها ۳۳ درصد مردهای دگر جنس باور، مادران خود را گرم و مهربان، ۷ درصد مادران خود را مراقبت‌کننده‌ی افراطی، ۴۰ درصد، آنها را منفعل و ۲۰ درصد، آنها را طردکننده توصیف کرده‌اند.

درباره‌ی توصیف پدر از نظر مردهای گروه بیمار و گروه گواه نیز نتایج زیر حاصل شده است:

۶۱ درصد افراد گروه گواه، پدران خود را مهربان، ۱۴ درصد، آنها را طردکننده، ۱۴ درصد، پدر خود را منفعل، و ۱۱ درصد افراد گروه گواه، پدر خود را مراقبت‌کننده‌ی افراطی توصیف کردند؛ درحالی که این آمار در مورد بیماران به این ترتیب است: ۳۸ درصد بیماران پدر خود را طردکننده، ۳۸ درصد پدر خود را منفعل و ۲۴ درصد، آنها را مهربان توصیف کردند.

1-noorbala , A.A and F . Raisi , A Research On Family Characteri Stics Influencing the devel opment Of Transsexuality In Iran , Acta medica Iranica , vol 38 , No (2000), p: 220- 223.

این تحقیقات و آمارها در ایران با آنچه در دنیا انجام گرفته است در برخی موارد تفاوت‌هایی دارد که بررسی آن‌ها می‌تواند در ارزیابی راهکارهای درمانی خصوصاً درمان معنوی مهم تلقی شود.

۱- این یافته، در پدرها، با نتایج حاصله از تحقیق تسویی،^۱ مبنی بر این که پدر زن‌های دگر جنس باور، مهاجم، الکلی، رقابت‌کننده با بیمار و تشویق‌کننده‌ی مردانگی بوده‌اند، همخوانی ندارد.

۲- مردهای بیمار، مادر خود را عمدتاً منفعل یا طردکننده توصیف کرده‌اند، در حالی که فرضیات استالر^۲ ارتباط بیش از حد عاطفی بین مردهای دگر جنس باور و مادرها را توصیف کرده است. سورنسون^۳ نیز در تحقیقی روی مردهای دگر جنس باور وجود ارتباط هیجانی بیش از حد را یافته است.

علت عدم همخوانی یافته‌ی حاضر با تحقیقات دیگر می‌تواند در فرهنگ ایرانی نهفته باشد؛ بدین ترتیب که چون پرسش‌نامه‌های این تحقیق پس از تصمیم دگر جنس باور برای تغییر جنسیت ارابه گردیده است، لذا اعلام این تصمیم در خانواده‌ای که این موضوع را امری قبیح و زشت تلقی می‌کند (خصوصاً تبدیل مرد به زن) باعث شده است تا از طرف آنان و خصوصاً مادر طرد شود. و همچنین علت دیگری که می‌توان برای این ناهمخوانی آماری ارابه داد این است که چون در

1-Tsoi wf.parental influence in transsexuality.31:443-446

2-Stoller Rj.The Gender Disorders,sexual deviation.109-139.

3-Sorensen T.A follow-up study of iperated transsexual males.63:46

فرهنگ ایرانی اغلب روابط عاطفی بین مادر و فرزند پسر قوی است، بنابراین، تمایز آن در گروه بیمار و گواه مشکل می‌باشد.

۳- در ارتباط با الگوی غالب پدری یا مادری در منزل (پدرسالاری یا مادرسالاری)، آنچه استالر گفته است تسلط مادر در خانواده‌ی مردهای دگرجنس باور است در صورتی که در تحقیق حاضر بین دو گروه گواه و بیمار تفاوت معنادار آماری در این زمینه وجود ندارد.

۳- ترانس سکسوال‌ها و ازدواج

از طریق یکی از بستگان با دختر مجردی آشنا شدم و با وی طرح دوستی ریختم. آن دختر به من قول ازدواج داد. از شوهرم برای بار دوم طلاق گرفتم و اقدام به تغییر جنسیت کردم. این یک اقدام ابلهانه بود، دختری که به من وعده‌ی ازدواج داده بود پس از پایان اعمال جراحی از تصمیم خود منصرف شد.^۱

زنان ترانس سکسوال، معمولاً بسته به میزان آزادی خانوادگی و اجتماعی خود، تلاش می‌نمایند تا شریک مناسب جنسی از میان دختران و زنان برای خود انتخاب کنند، و این اقدام، ناخودآگاه آنان را به سمت و سوی همجنس‌گرایی رهنمون می‌کند. این در حالی است که هیچ‌گاه تلقی شخصی از این عمل، همجنس‌گرایی محسوب نشده، بلکه با توجه به مردانگی که در وجود خود احساس می‌نماید، شخص مقابل را یک شریک جنسی مناسب و این عمل را یک عمل مشروع قلمداد می‌کند. شاید تنها مشکلی که چنین افرادی با آن

۱- سال ۱۳۸۰، انستیتو روان‌پزشکی تهران، مصاحبه توسط دکتر حمیدرضا عطار و دکتر مریم رسولیان.

مواجه هستند نداشتن ابزار مناسب برای ابراز میل جنسی و در فرهنگ‌هایی مانند ایران، منع قانونی شرعی و عرفی باشد؛ لذا عمل تغییر جنسیت از دیدگاه ایشان راهی برای برون‌رفت از این بحران تلقی می‌شود.

مردان ترانس سکسوال نیز به همین ترتیب، قبل از تغییر جنسیت، سعی می‌کنند تا شریک جنسی خود را پیدا نمایند. بنابراین، خود را به مردانی که مناسب برای ازدواج می‌دانند، عرضه می‌کنند، اما به ندرت اتفاق می‌افتد که بعد از تغییر جنسیت، این مردان مایل به ازدواج با آنها باشند؛ هرچند گزارش‌هایی از وقوع چنین ازدواج‌هایی نیز در ایران موجود است.^۱

به هر صورت، قبل از تغییر جنسیت و حتی تا حدودی بعد از عمل تغییر جنسیت، این‌گونه رفتار از طرف جامعه به شدت منجر کننده و غیرقابل تحمل محسوب می‌شود؛ لذا چنین رفتاری، نه تنها مایه‌ی شرمساری خانواده بوده، بلکه جامعه‌ای نیز که فرد در آن به این عمل مشهور می‌گردد (مانند محله، روستا و ...) نیز قویاً او را طرد می‌نمایند؛ به همین جهت، ترانس سکسوال‌های مرد حتی بعد از عمل جراحی، معمولاً باید محیط دیگری را برای زندگی و کار انتخاب نمایند.^۲

۱- ر.ک: www.pezeshk.us

۲- گزارش‌های متعددی در زمینه‌ی ازدواج و تمایل برای ازدواج این بیماران در ایران تهیه گردیده است، اما به جهت جلوگیری از نشر برخی مسایل ضد اخلاقی از درج آن‌ها خودداری شده است.

۴- نقش اقتصاد در ایجاد و تشدید رفتار ترانس سکسوالها

مشکلات اقتصادی درون خانواده به طور مستقیم جزء عوامل مؤثر در ایجاد اختلال تلقی نمی‌شود و در تحقیق به عمل آمده نیز تنها ۱۶ درصد از مردان و ۱۰ درصد از زنان به وجود برخی مشکلات اقتصادی در خانواده اشاره نموده‌اند،^۱ ولی مشکلات اقتصادی، در ایجاد عوامل مؤثر در اختلال و در نابسامان کردن زندگی افراد دچار اختلال و بروز رفتارهای نامناسب و مجرمانه دخالت دارند.

از جمله عوامل مؤثر در ایجاد اختلال که مشکلات اقتصادی باعث ایجاد آنان می‌گردد، می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

نامناسب ساختن روابط بین والدین و ایجاد طلاق، عدم نگهداری کودک از طرف والدین، نبود محیط مناسب برای افراد خانواده، نظیر اتاق خواب جداگانه که منجر به دیدن و شنیدن صحنه‌های آمیزش جنسی برای کودک بوده و تثبیت آن سبب تعارضات روانی در همانندسازی کودک می‌گردد،^۲ کمبود وسایل مورد نیاز فرزند و عدم توانایی مالی خانواده در برآورده نمودن خواسته‌های کودک که منجر به تلاش مستقیم خود شخص و سوءاستفاده‌های احتمالی جنسی دیگران از او می‌گردد.

مشکلات اقتصادی، همان‌گونه که در ایجاد یا تشدید برخی عوامل مؤثر در اختلال نقش دارند، به مراتب شدیدتر و تأثیرگذارتر، در نابسامان ساختن زندگی افراد اختلال ایجاد می‌نمایند. عدم مراجعه

۱- مهرابی، فریدون، «بررسی برخی ویژگی‌های تبدل‌خواهی جنسی در بیماران ایرانی»، در: اندیشه و رفتار، سال دوم، ش ۳، ص ۱۱.

۲- خدیوی زند، محمد، بررسی مشکلات روان‌جنسی کودکان و نوجوانان، ص ۱۶.

به روان‌پزشک، نبود قدرت مالی در تهیّی داروها و هورمون‌های مورد نیاز، نداشتن قدرت مالی برای تعیین جنسیت و غوطه‌ور شدن در اعمال همجنس‌گرایانه و مشکلات فراوان دیگر، همه، معضلاتی است که بنیه‌ی اقتصادی ضعیف آن‌ها را به شخص تحمیل می‌نماید. این مشکلات زمانی به خوبی نقش خود را نمایان می‌سازند که شخص از خانواده طرد گردیده و یا به دلیل فشارهای اطرافیان مجبور به فرار از خانه می‌شود. در این حالت، شخص، برای تأمین نیازهای ابتدایی خویش، انواع مسایل ضد اخلاقی را مرتکب می‌گردد. بروز نسبتاً بالای فاحشگی در مردهای دگرجنس‌باور که مستقل از خانواده باید نیازهای اقتصادی روزانه را تأمین نمایند، نمونه‌ای از تأثیر اقتصادی در زندگی این افراد است.

۵- وضعیت روانی ترانس‌سکسوال‌ها

در پژوهشی که چند سال پیش بر روی ترانس‌سکسوال‌ها در ایران انجام گرفت و مجموعاً ۴۴ پروفایل مورد بررسی قرار گرفت، نکات زیر به دست آمد:

۲۳ مورد گرایش‌ات بدبینانه، ۱۵ مورد مشکلات زیاد در روابط اجتماعی، ۱۴ مورد گوشه‌گیری و مردم‌گریزی، ۱۳ مورد احساس ناامنی، ۱۲ مورد واکنش‌های اضطرابی، ۱۱ مورد اشکال در روابط بین فردی، ۱۱ مورد رفتارها و هیجانات مهار نشده، ۱۰ مورد عدم ثبات عاطفی و عدم تعادل در ویژگی‌های شخصیتی، ۹ مورد افسردگی واکنشی، ۹ مورد مشکل در درک و فهم نقش اجتماعی، ۷ مورد اجتماع‌ستیزی، ۷ مورد شخصیت نابالغ و رشد نیافته.

همچنین در ۳۲ مورد از مجموع ۴۴ پروفایل تفسیر شده‌ی مربوط به افراد دگرجنس باور، مشکلات جنسی به صورت زیر گزارش گردید:

- عدم ناسازگاری جنسی؛

- گرایش به انحراف جنسی؛

- رفتارهای پرخاشگرانه نسبت به جنس مخالف.

نتایجی که از این پژوهش در ایران به دست آمد نشان می‌دهد که زن‌های دگرجنس باور دارای تمایلات و رفتارهای نمایشی بیشتری بوده‌اند. به علاوه، آنان افرادی هستند که توجّه افراطی به خود دارند و رفتارهای جنسی آن‌ها پرخاشگرانه، فاقد شیوه‌ها و روش‌های مورد قبول و تأیید جامعه است. در ضمن، این افراد فاقد بینش کافی نسبت به ناراحتی خود هستند. هم چنین زن‌ها و مردهای دگرجنس باور مشکلاتی در روابط بین فردی و ارتباطات اجتماعی خود دارند.

از طرف دیگر، نگرش‌های منفی از طرف خانواده و اجتماع نسبت به دگرجنس باورها، که آن‌ها را افرادی منحرف- و نه بیمار- می‌دانند، سبب طرد کردن آن‌ها از اجتماع و خانواده‌هایشان و بالتبع تشدید مشکل شده است.

اضطراب فوق‌العاده، اجتماع ستیزی، بی‌قراری و وجود افکار و عقاید خاص، نظیر بدبینی، در این گروه از بیماران شایع است.^۱ در تحقیق دیگری نیز که بر روی پرونده‌ی ۵۷ بیمار در بین سال‌های ۱۳۶۸ تا ۱۳۷۴ انجام گرفته است، افسردگی، شایع‌ترین اختلال روانی در

1-Noorbala , A.A , Raisi , f and Z . Alem, A Survey onthe personality and intellectual characteristics of transsexuals in Iran , med J Hosp , vol 3 , No 2, 2001 , pp: 9 – 14.

بیماران مورد بررسی بوده است (۳۵ درصد). دیگر اختلالات نیز به شرح جدول زیر گزارش شده است:^۱

فراوانی توزیع بیماران مورد بررسی بر حسب وضعیت روانی و جنسیت

زن		مرد		نوع اختلال
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۳۵	۷	۳۵	۱۳	افسردگی
۱۵	۳	۲۲	۸	اضطراب
۱۵	۳	۱۳	۵	وسواس
-	-	۳	۱	سایر اختلالات
۳۵	۷	۲۷	۱۰	بدون مشکلات واضح
۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۳۷	جمع

۶- مجرمیت و رفتار ضد اجتماعی ترانس سکسوال‌ها^۲

طبق یکی از دو فرضیه‌ی ارائه شده، رفتارهای ضد اجتماعی پیامدی از اختلال هویت جنسی در مردهاست که به علت شرایط نامناسب محیطی، مثلاً وجود محیطی خصمانه، اتفاق می‌افتد. در همین زمینه، عده‌ای اختلال هویت جنسیتی را «انحراف اولیه» و رفتارهای ضد اجتماعی و قانون شکنی را «انحراف ثانویه» می‌دانند.

ذکر این نکته لازم است که ارتکاب اعمال جنایی توسط مبتلایان به اختلال هویت جنسیتی، نسبت به افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی (بدون ابتلا به اختلال هویت جنسیتی) معمولاً در سنین بالاتر

۱- مهرابی، فریدون، «بررسی برخی ویژگی‌های تبدل‌خواهی جنسی در بیماران ایرانی»، در: اندیشه و رفتار، ش ۳، ص ۱۰.

۲- ریسی، فیروزه و عباسعلی ناصحی، اختلال هویت جنسی، صص ۱۳۵-۱۳۶.

اتفاق می‌افتد، و هم چنین میزان چنین رفتارهایی در آن‌ها کمتر است. از بین رفتارهای ضد اجتماعی می‌توان به بروز نسبتاً بالای فاحشگی در مردهای دگرجنس باور اشاره کرد. علت این رفتار ممکن است نیاز به تأیید زنانگی در آن‌ها یا نیاز به پول باشد. آن‌ها همچنین از مقادیر زیاد هورمون‌ها به صورت غیر قانونی استفاده می‌کنند، مثلاً با مراجعه‌ی هم‌زمان به چند پزشک، دزدی، خرید از خیابان و یا حتی استفاده از هورمون‌های دامپزشکی، هورمون‌های مورد استفاده‌ی خود را تهیه می‌کنند.

۷- زنان ترانس‌سکسوال و ایفای نقش حمایتی مردانه

این افراد به خاطر آن که از طرف جامعه مؤنث قلمداد می‌شوند، از حوزه‌ی اختیارات وسیعی در تعامل با زنان و دختران برخوردار هستند. از سوی دیگر، با توجه به روحیه‌ی مردانگی و احساس خصوصیات مربوط به جنس مذکر، رفتاری که در مقابل افراد مؤنث از خود بروز می‌دهند، کاملاً مردانه است.

از جمله‌ی این اخلاق مردانه، می‌توان به ایفای نقش حمایتی نسبت به زنان اشاره نمود که در برخی موارد، موجب مشکلاتی برای خود و افراد تحت حمایت می‌شود.

«در ۲۳ سالگی در مشاخری خانوادگی یکی از بستگان که در آن زن نقش منفعلی داشت داخل شدم و وی را زیر چتر حمایت عاطفی خود قرار دادم. این اتفاق تمایلم را برای ایفای نقش یک مرد تقویت کرد.»^۱

۱- انستیتو روان‌پزشکی تهران، آذرماه ۱۳۸۰، درخواست برای تغییر جنسیت توسط دگرجنس جوی زن.

هم چنین ایفای این نقش در خانواده‌هایی که شوهر از ویژگی‌های انفعالی برخوردار بوده نیز کاملاً مشهود است و زن به نوعی خود را رییس و مدیر خانواده می‌داند و خصوصیت انفعالی شوهر دائماً به تقویت این احساس در زن کمک می‌نماید.^۱

اصلاح و بهبود رفتار و اخلاق ترانس سکسوال‌ها

۱- بررسی میزان کارکرد راه‌های درمانی در ایران

برای کمک به این بیماران در جهت رهایی از احساس بیگانگی در جامعه و دوگانگی در خود، راه‌های مختلفی در جهان ارایه گردیده است، که با توجه به وضعیت و شناختی که روان‌پزشک از بیمار خود پیدا می‌نماید، یک یا چند روش متفاوت را با توجه به سن (دوران کودکی، نوجوانی، بزرگسالی)، چگونگی گذراندن دوره‌ی آزمون زندگی واقعی (real life test) میزان شدت بیماری، سوابق بیماری‌های روانی و ... برای او پیشنهاد کرده و اجرا می‌نماید.

به طور کلی، این درمان‌ها با دو هدف ارایه می‌گردد:

- ۱- منطبق ساختن روحیه‌ی بیمار با جنسیت فعلی، در قالب رفتار درمانی، شناخت درمانی، روان‌درمانی تحلیلی و ...
- ۲- تطبیق جنسیت فرد با روحیه و عقیده‌ای که شخص در رابطه با جنسیت خود، قویاً و دائماً بر آن فشاری می‌نماید، در قالب درمان هورمونی و جراحی.^۲

۱- عطار، حمیدرضا و مریم رسولیان، «تشخیص اولیه‌ی اختلال هویت جنسی»، در: اندیشه و رفتار، سال نهم، شماره ۳۵، ص ۸.

۲- کاپلان، هارولد و بنیامین سادوک و جک گروپ، خلاصه روانپزشکی، ج ۲، صص ۴۷۱ - ۴۷۲.

استفاده از درمان هورمونی و جراحی (مورد دوم) در جهت بهبود و کمک به بیماران در دنیای امروز امری مهم و بدیهی محسوب شده و از اهمیت بسزایی در درمان بیماران برخوردار است،^۱ اما آنچه در ارایه و انجام این روش‌ها در ایران حایز اهمیت است و باید توجه خاصی بدان مبذول داشت، شامل مواردی است که ذیلاً بدان می‌پردازیم:

۱- سابقه‌ی تاریخ جنسی این سرزمین، به ویژه از دوران صفویه تاکنون (همان‌گونه که در فصل اوّل بیان گردید) نشان می‌دهد که عرف و جامعه ایرانی تعریف بسیار متفاوتی از جنسیت (با آنچه در غرب متداول می‌باشد) ارایه نموده است؛ لذا واژه‌ی مرد بودن در ایران، علاوه بر آن که هویت جنسی شخص را نمایان می‌سازد، هویت وجودی و زیستی او را نیز هویدا می‌سازد. از این روست که حتی در شهرهای بزرگ که تا حدی حساسیت نسبت به جدایی جنسیتی کاهش یافته، تصور این مطلب برای یک ایرانی بسیار دشوار است که شخصی قسمتی از زندگی خود را با عنوان مرد و با کارکردها و وظایف اجتماعی مردانه سپری نموده باشد و سپس بقیه‌ی عمر خود را در قالب یک زن زندگی کند. گزارش خانواده‌های ترانس سکسوال (آنهایی که حاضر به گزارش دادن شده‌اند) و پرسش‌نامه‌هایی که توسط آن‌ها از مردم در این خصوص سؤال شده است، به خوبی گویای انزجار عرف از چنین عملی و سقوط اجتماعی شخص می‌باشد.^۲

۱- همان، ص ۴۷۱.

۲- برای بررسی برخی گزارش‌ها از این منابع استفاده نمایید: مجله‌ی اندیشه و رفتار، سال نهم، ش ۳ و سال دوم، ش ۳؛ روزنامه‌ی اعتماد ۱۷/۱/۸۳؛ www.pezeshk.us - www.shenidar.com

به طور خلاصه، عمل تغییر جنسیت در فرهنگ کنونی ایران دگرذیبی است که به انتحار اجتماعی ختم می‌شود.

۲- با توجه به پیوند عمیق بین مذهب و فرهنگ در ایران و نقش مهم دین در تمامی عرصه‌های اجتماعی و فردی، تصویری که دین منور اسلام از جنسیت ارایه نموده است نیز به نوبه‌ی خود بسیار مهم به شمار می‌آید؛ بر خلاف فرهنگ بسیاری از کشورها که نقش مذهب در آن‌ها آنچنان به چشم نمی‌آید.

دین اسلام با مشخص نمودن کارکردها و وظایف خاص برای مردان در ایفای نقش اجتماعی و فردی، و هم چنین وظایف متفاوت و غیر مشابه برای زنان، تصویر بزرگ و گویایی از مغایرت و عدم قرابت دو جنس را نمایان ساخته است، که در آن هیچ یک از مرد و زن نمی‌توانند به وظایفی که خاص جنس دیگر است، مبادرت ورزند؛ لذا برای مردمی که سالیان متمادی با این تصور و تصویر دینی زیسته‌اند و گزینه‌های دینی از هرچیز دیگری برای آن‌ها مهم‌تر بوده، دست برداشتن از این تفکر حتی با توضیحاتی چون بیماری و اختلال بسیار طاقت فرساست.

۳- قطعاً مرجعیت و فتاوای بزرگان دینی در فرهنگ‌سازی و تبدیل فرهنگی و حذف و جانمایی برخی آداب و رسوم، اخلاق و رفتار فردی و اجتماعی، همواره در تاریخ این سرزمین و جهان اسلام نقش داشته و در کوتاه مدت و یا میان‌مدت^۱ باعث تغییرات شگرفی در جامعه شده است.

۱- از جمله‌ی حذف این آداب و رسوم می‌توان به فتوای مراجع عظیم‌القدر شیعه میرزای شیرازی و حضرت آیه الله خامنه‌ای در جهت حرمت استعمال توتون و تنباکو و قه‌زنی اشاره نمود.

در مورد راه‌های درمانی، نظیر پروسه‌ی تغییر جنسیت، علی‌رغم گمان برخی صاحب‌نظران-که تلاش نموده‌اند با استناد به برخی فتاوی نوعی مقبولیت اجتماعی را نیز اثبات نمایند- باید توجه نمود که هیچ فتوایی در خصوص مشروعیت آن صادر نگردیده، بلکه یقیناً روند تغییر جنسیت خصوصاً مرحله‌ی آزمون زندگی واقعی که قبل از عمل جراحی صورت می‌گیرد^۱ و مستلزم اعمالی چون لواط، سحاق، مشروعیت ازدواج هم‌جنس، جواز پوشیدن لباس‌های جنس مخالف، آرایش به سبک جنس مخالف و حضور در اجتماع، لمس کردن و نگاه به نامحرم و تقبیل و هم‌بستر شدن با جنس موافق است، از نظر تمام فقها نامشروع محسوب می‌گردد و آنچه نیز برخی از فقها به مشروعیت آن فتوا داده‌اند، عمل جراحی تغییر جنسیت است، نه پروسه‌ی تغییر جنسیت^۲؛ لذا این فتوا فقط می‌تواند در خصوص افرادی کاربرد داشته باشد که در فرهنگ و اجتماعی زیسته‌اند که به راحتی به او اجازه‌ی طی کردن مراحل درمان قبل از عمل را می‌دهد و منع قانونی برای وی وجود نداشته است و خود شخص نیز آن‌چنان به مسایل شرعی پایبند نبوده یا اصولاً در طول دوره‌ی درمان پیش از عمل، مذهب دیگری داشته و اکنون به دین اسلام گرایش پیدا کرده است و یا به هر نحوی از

۱- روزنهان، دیویدال و مارتین ای. پی. سلینگمن، روان‌شناسی نابهنجاری- آسیب‌شناسی روانی، ج ۲، ص ۱۸۶.

۲- دکتر احمدعلی نوربالا، مشاور حضرت امام خمینی علیه‌السلام، درباره‌ی صدور فتوای تغییر جنسیت چنین می‌گوید:

«با توجه به اطلاعات داده شده به حضرت امام و مشخص شدن موضوع، ایشان جراحی تغییر جنسیت از مرد به زن و زن به مرد را مشروط به تشخیص روان‌پزشکان جایز دانستند.» [مصاحبه توسط نویسنده‌ی مقاله].

انها توانسته است دوره‌ی تجربه‌ی جنسی و آزمون زندگی واقعی (real life test) را با موفقیت تحت نظر متخصصان به پایان رساند و اکنون از مراحل تغییر جنسیت او تنها عمل جراحی باقی مانده است.

در این حالت، شخص در طی دوره‌ی آزمون زندگی واقعی در گذشته، اعمال حرام، غیر شرعی و ممنوعی را انجام داده، ولی با توجه به این که نهایتاً این دوره سپری شده است و مقتضی عمل تغییر جنسیت که تشخیص پزشک بوده، از شروع درمان برای شخص وجود داشته است و با طی دوره‌ی ضروری یک تا دو ساله‌ی قبل از عمل^۱ به تشخیص روان‌پزشک آمادگی و استعداد عمل جراحی نیز در او به طور کامل ایجاد گردیده و مانع نیز، که مشکل شرعی و قانونی عمل جراحی تغییر جنسیت بوده، توسط فتاوی‌ای برخی فقها و قانون‌گذار برداشته شده است، بنابراین، این شخص می‌تواند تحت عمل جراحی قرار گرفته و جنسیت خود را تغییر دهد و اعمال حرام قبل از عمل هم نمی‌تواند اکنون به عنوان مانع تلقی شود.

اما در ایران به هیچ وجه شخص قادر نخواهد بود دوره‌ی تجربه‌ی جنسی و آزمون زندگی واقعی را طی نماید؛ زیرا قرار گرفتن در جنس مخالف و انجام اعمال مرسوم قبل از عمل جراحی در این دوره که توسط پزشکان و روان‌پزشکان در دنیا توصیه می‌شود در قانون ایران مجازات‌های سنگینی نظیر اعدام و سنگسار را به دنبال خواهد داشت.^۲

۱- روزنهان، دیوید ال و مارتین ای پی سلیگمن، روان‌شناسی نابهنجاری- آسیب‌شناسی روانی، ج ۲،

ص ۱۸.

۲- قانون مجازات اسلامی، باب اول (حدّ زنا)، دوم (حدّ لواط) و سوم (مساخقه).

بعد از بررسی و توجه به سه مطلب فوق، در می‌یابیم که راه‌های درمانی، نظیر درمان هورمونی صرف و پروسه‌ی تغییر جنسیت، در جهان راه‌های مناسبی برای برخی ترانس سکسوال‌ها می‌باشد، اما در ایران با توجه به مسایل فوق‌الذکر اساساً عملی نیست و یا این‌که باید به طور ناقص و بدون طی نمودن مراحل قبل از عمل، جراحی تغییر جنسیت صورت گیرد که این عمل نیز با توجه به ملاک‌هایی که برای عمل جراحی در دنیا به ثبت رسیده، خارج از استانداردهای پزشکی و روان‌پزشکی می‌باشد.

در نتیجه، با توجه به مشکلات فراوان و عدم کارآیی یا کارآیی پایین تغییر دستگاه تناسلی و بدن، برای انطباق با روح و روان او در ایران، باید تمرکز خاصی نسبت به راه‌هایی که سعی در بهبود روحیه، رفتار و اخلاق شخص می‌نماید، صورت گیرد. از این رو، به راهکارها و روش‌هایی که در این خصوص ارایه گردیده، می‌پردازیم.

۲- درمان شناختی- رفتاری اختلال ترانس سکسوالیسم با تأکید بر درمان معنوی

«اخلاق درمانی^۱ و رویکردهای درمان معنوی^۲ در درمان اختلال تبدل‌خواهی جنسی نوجوانان بسیار مؤثر است^۳ و از پشتوانه‌ی تجربی نیز

1-ethical therapy.

2-spiritual therapy.

3-Rekers , G.A., Kilgus , M . D., and Roseh, A . C. , long- term effects of treatment for childhood gender disturbance., Journal of psychology and Human sexuality, 3 pp:12- 153.

برخوردار می‌باشد. والترز و وایت‌هد،^۱ در یک بررسی موردی نشان دادند که یک پسر ۱۲ ساله‌ی دارای اختلال تبدل‌خواهی جنسی، به کمک درمان معنوی به زندگی خود به عنوان یک مرد ادامه داد. هم‌چنین چیس،^۲ خانواده درمانی را برای درمان گروهی از افراد مبتلا به اختلال در گروه سنی ۴-۲۷ سال سودمند گزارش نمود.^۳

الف: درمان کودکان:

بررسی دقیق اختلال در کودکان زیر ۴ سال ممکن نیست، اما بعد از آن هرچه اختلال زودتر تشخیص داده شود و درمان سریع‌تر آغاز گردد تأثیرات بیشتری خواهد داشت. روش‌های درمانی ارابه شده برای درمان کودکان عبارتند از:

۱- رفتاردرمانی:

«این روش، برای اولین بار در پسرهای مبتلا به کار گرفته شد. طبق نگرش رفتاری، کودکان رفتارهای «مطابق با جنس»^۴ را یاد می‌گیرند و این رفتارها لااقل در آغاز می‌تواند به وسیله‌ی تشویق و یا عدم تشویق دیگران شکل داده شود. طبق این الگو، درمان، شامل دادن پاداش به

1-Walters , E and Whitehead, L . , Anorexia nervosa in a young boy whit gender identity disorder of childhood , clinical child psychology and psychiatry , 2, pp: 463-467.

2-Chase , C . H , long – term psychological evaluation of intersexes children .Archive of sexual. Behavior , 28 , pp: 103 – 107 .

3-خدایاری فرد، محمد و دیگران، «درمان شناختی- رفتاری اختلال تبدل‌خواهی جنسی با تأکید بر درمان معنوی»، در: اندیشه و رفتار، سال نهم، ش ۳، ص ۱۳.

4-sex typed.

رفتارهای متناسب با جنس و ندادن پاداش (و گاهی تنبیه) به رفتارهای نامتناسب با جنس است.^۱

انواع روش‌های رفتاردرمانی:^۲

الف- توجه اجتماعی:^۳ در این روش، یکی از والدین یا درمانگر به نوعی وارد بازی کودک می‌شود و با نگاه کردن، لبخند زدن و ستایش‌های کلامی بازی‌های منطبق با جنسیت کودک را تأیید می‌نماید، و در مقابل، توجهی نسبت به بازی‌های غیر منطبق با جنسیت از خود نشان نمی‌دهد. این نوع واکنش بزرگسالان سبب بروز تغییرات مشخصی در رفتار بازی کودک می‌شود.

ب- صرفه‌جویی پته‌ای:^۴ در این روش، هر رفتار مطابق با جنسیت کودک با یک برگه مورد تشویق قرار می‌گیرد. نهایتاً، در ازای تعداد مشخصی از برگه‌هایی که کودک دریافت داشته است هدیه‌ای به او تعلق می‌گیرد.

ج- خود تنظیمی:^۵ کودک در این روش، هنگامی که رفتار متناسب با جنس انجام می‌دهد، خودش را تشویق می‌نماید.

این روش‌ها اثرات مفیدی روی رفتارهای متناسب با جنس در کودکان مبتلا به دگر جنس باوری دارند. رِکِر و همکارانش، گروهی از کودکان مبتلا به اختلال هویت جنسی را پس از درمان در یک دوره‌ی

۱- ریسی، فیروزه و عباسعلی ناصحی، اختلال هویت جنسی، ص ۱۱۰.

۲- همان، ص ۱۱۰.

3-social attention.

4-Cf. Rekers , G . A . Escaping the bondage of early environment , free and fulfilled.

5-token economy.

6-self regulation.

پنج هفته تا سه و نیم ساله پیگیری کردند و مشخص شد تمام بیماران پس از خاتمه درمان، کاهش مشخص در رفتار جنس مقابل داشته‌اند که در طول مدت بررسی حفظ شده است.

۲- شناخت درمانی: سطح شناخت کودک با آموزش‌هایی چون طرز راه رفتن، دویدن، بازی کردن و سایر رفتارهای منطبق با جنس افزایش می‌یابد.

۳- روان درمانی تحلیلی: در این روش، که معمولاً جهت بهبودی پسرها انجام می‌شود، سبب‌شناسی، نقش محوری و اصلی را دار است. استالر، بر طبق فرضیه‌ی خود در سبب‌شناسی، روشی را پیشنهاد نمود^۱ که چهار هدف را دنبال می‌نمود و بعداً توسط گرین و همکارانش پیشرفت داده شد. این چهار هدف عبارت بودند از:

- ایجاد رابطه‌ی توأم با اعتماد و عاطفه بین پسر بیمار و درمانگر مرد؛

- بالا بردن میزان نگرانی والدین در مورد رفتار دخترانه در پسرها؛

- حساس کردن والدین به نحوه‌ی ارتباطات خود، از جمله تغییر

نزدیکی بیش از حد مادر به پسر؛

- افزایش ارتباط پدر و کودک با تأکید به پدرها؛

ب: درمان نوجوانان^۲

برخی عوامل، درمان را در این دوره‌ی سنی با مشکل مواجه خواهد

نمود، عواملی چون:

1-C f. stoller R . sex and Gender on the Development of Masculinity and feminity.

2-ریسی، فیروزه و عباسعلی ناصحی، اختلال هویت جنسی، ص ۱۱۶.

۱- همزمانی درمان با بحران طبیعی هویت؛

۲- عدم انگیزه‌ی قوی برای تغییر نقش‌های قالبی جنس مقابل؛

۳- بروز احساسات هم‌جنس‌گرایانه که تجربه‌ای از تعارضات جدید را ایجاد نموده و منشأ ایجاد اضطراب در او و خانواده‌اش است.

بنابراین، اجازه به نوجوان برای صحبت کردن در مورد احساسات و همیاری خانواده با هدف ایجاد ثبات در خانواده و محیطی حمایتی برای نوجوان ضروری است.

ج: برخی روش‌های شناختی-رفتاری در بزرگسالان

در این قسمت، به شیوه‌ها و مراحل‌ی که برای درمان یک دانشجوی مرد ۲۰ ساله توسط یک گروه روان‌پزشکی در ایران صورت گرفته است اشاره می‌نماییم.^۱

پس از تشخیص نوع اختلال روش‌های زیر به کار می‌رود:

۱- خود پایی، با تهیه‌ی جدول خود گزارش دهی فعالیت‌ها و اعمال روزانه:^۲

مراجعه کننده با تهیه‌ی این جدول و درج ایام هفته و تاریخ در آن، رفتار و کردار خود را در آن ثبت می‌نماید.

۱- خداپاری فرد، محمد و دیگران، «درمان شناختی-رفتاری اختلال تبدل‌خواهی جنسی با تاکید بر

درمان معنوی»، در: اندیشه و رفتار، سال نهم، ش ۳، صص ۱۴-۱۵.

۲- مثبت‌نگری^۱ یا شناخت نقاط قوت افراد:

مراجعه‌کننده تشویق می‌شود تا تجربه‌های مثبت و خوب خود را بازشناسی نموده و نقش آن‌ها را در افزایش احترام به خود و ارتقای عزت نفس بازیابی کند.

۳- مشکل‌گشایی^۲:

به فرد آموزش داده می‌شود تا بتواند نسبت به توانایی‌های خود بینش و اطمینان پیدا کند و از آن‌ها برای رویارویی مؤثر با مشکلات زندگی روزمره‌ی خود بهره‌گیرد.

۴- خانواده‌درمانی^۳:

آسیب‌شناسی یا بیماری یکی از اعضای خانواده، بازتاب آسیب‌شناسی یا اختلال‌های عمیق‌تر سامانه‌ی روابط خانواده تلقی می‌شود. از این رو، خانواده، واحد درمانی به شمار می‌آید و تغییر تعامل خانواده، راه درمانی عضو بیمار شمرده می‌شود.

۵- تغییر باور و نگرش:

به بیمار کمک می‌شود تا با شناسایی خطاهای فکری خود، برداشت‌های واقع‌بینانه‌تر را جایگزین آن‌ها کند.^۴

1-positive thinking.
2-problem – solving.
3-family–therapy.

4- هادوک و اسلید، ۱۳۷۷.

۶- درمان معنوی و اخلاقی:

بیرام کارسو،^۱ درمان معنوی و اخلاقی را شیوه‌ای از روان‌درمانی می‌داند که نیاز به جداسازی دو مفهوم روان^۲ و روح^۳ به منزله‌ی مفاهیم ماورای فردی دارد؛ هر چند که در کتاب‌های مرجع روان‌شناسی^۴ این واژه‌ها کم و بیش به یک مفهوم آمده‌اند.

درمان معنوی بر دو اصل مهم استوار است:

الف- رساندن فرد به سرزندگی روان که مستلزم عشق به دیگران، عشق به کار و عشق به متعلقات است.

ب- رساندن فرد به معنویت که نیازمند اعتقاد به مذهب، اعتقاد به یگانگی و اعتقاد به دگرگونی است.

ویلام، اصول درمان معنوی را به شرح زیر می‌داند:^۵

۱- عشق به کار: اگر با فداکاری و از خود گذشتگی همراه شود می‌تواند راهی برای سرزندگی روان باشد.

۲- عشق به دیگران: مستلزم تمایز خویش، بخشش و پذیرش تمام و کمال دیگری است.

۳- عشق به تعلقات: برآیند زندگی کردن و همکاری با دیگران است و عاملی برای حسن نیت، صمیمیت و رشد معنوی است.

1-Byramkarasu, T . , spiritual psychotherapy, American Journal of psychotherapy, 53, 143 – 162

2-soulfulness.

3-Spirit.

4-Corsini, R . J . The dictionary of psychology.

5-C f . Willam, w, psychotherapy and spirituality, crossing the line between therapy and religion.

۴- اعتقاد به معنویات: به معنی اعتقاد به حرمت هر چیزی است که در اطراف ماست و نیازمند دور شدن از دارایی‌های مادی است.

۵- اعتقاد به وحدانیت: به معنی احساس نامتمایز بودن از دنیای بیرون (طبیعی و ماورا طبیعی) است که برای انسان آرامش به همراه دارد.

۶- اعتقاد به معاد (دگرگونی): اعتقاد به پیوستگی معنوی و تولدی دوباره است.

در این روش، درمانگر با پرورش یک موجود سرزنده و معنوی و هدایت درمان، بر پایه‌ی شش اصل یاد شده، می‌تواند درمان‌جو را به خود حقیقی خویش برساند.

با استفاده از این شیوه‌ها، یک دانشجوی مرد ۲۰ ساله که از ۵ سالگی خود را دختر می‌دانسته و از ۷ سالگی به روابط جنسی آلوده شده و این روابط همچنان تا این سن نیز برای وی ادامه داشته است و هم‌چنین به دلیل رفتارهای نابهنجار در دوران تحصیل، خود و خانواده را دچار مشکل نموده بود، با این شیوه در طول ۳۰ جلسه (هر هفته یک‌بار) درمان گردید و در پیگیری بعد از درمان به مدت یک سال نیز هیچ‌گونه نشانه‌ای از عود بیماری یافت نگردید. علاوه بر آن که مشکلات دیگری، نظیر اضطراب، احساس حقارت، افسردگی، سوءظن و بدبینی نیز که در ابتدا در شخص وجود داشت، در پایان درمان مرتفع گردیده بود.

سخن آخر

«اهلیت برای دارا بودن حقوق، با زنده متولد شدن انسان شروع، و با مرگ او تمام می‌شود.»

این، متن ماده‌ی ۹۵۶ قانون مدنی جمهوری اسلامی ایران است که حق و حقوق هر انسان زنده‌ای را گوشزد می‌سازد. ترانس سکسوال‌ها انسان‌های زنده‌ی بیماری هستند که نه تنها باید حقوق شهروندی و کرامت انسانی آن‌ها محفوظ بماند، بلکه به خاطر بیماری‌شان جامعه نیز باید دست مدد و یاری خود را به سوی‌شان دراز نماید.

چگونه است که مردم دلسوز این سرزمین که همواره کمک به هم‌نوع در رگ‌هایشان و اعضا پنداری بنی‌آدم در ریشه‌های فرهنگشان جریان داشته است و عدم هم‌دردی و همیاری در دیباچه‌ی دینشان، قصه‌ی حرمت ناینا و چاه بوده است، ناگوارانه با چشمانی بسته از کنار این بیماران گذشته‌اند و یا ناآگاهانه با لب‌های گشوده به شماتت بدرقه‌شان نموده‌اند؟

امروز باید، جامعه، خانواده و هر انسانی که هنوز خورشید انسانیتش در پشت کوه خودگرایی^۱ به غروب ننشسته و یا و رای ابر برخاسته از مغز ماکیاول، نیچه و هابس^۳ پنهان نگشته است، با سلاح اخلاق که واژه‌هایی چون آگاهی، مدارا، معنویت، شعور اجتماعی، خداپسندی و وظیفه‌شناسی آن را تعریف می‌نماید، غریبان رها شده در صحرای بیگانگی و دوگانگی را یاری نمایند.

1- Egoism.

2- طبق این نظریه، انسان در طلب خواسته‌ها و منافع خود باید به هیچ کس توجه نداشته باشد، حتی اگر این خواسته‌ها مغایر با منافع دیگران باشد. [ر.ک، نصری، عبدالله، فلسفه آفرینش، ص ۳۵۶].

۳- ماکیاول از بنیان‌گذاران این نظریه، هابس از طرفداران و نیچه از مبتکران نظریه‌ی قدرت‌طلبی است. [ر.ک: همان].

جامعه‌ی پزشکی با تکیه بر سوگند صادقانه و ارتباط صمیمانه، تیغ را آخرین تیر در ترکش بداند که با رعایت تمام شرایط، استانداردها و به کارگیری تکنولوژی روز دنیا، بعد از سپری شدن یک تا پنج سال تلاش، در جهت دگرگونی روحی و آمادگی روانی بر جسم بیمار فرود می‌آورد تا بیماران با عوارضی چون زخم دیواره‌ی شکم، چسبندگی‌ها، فیستول، بی‌اختیاری ادراری، عفونت‌ها، بیرون آمدن پروتز بیضه، عدم حساسیت و نازیبایی اندام ایجاد شده،^۲ صدای ناهمگون و اندامی دوگانه در جسم خود و پشیمانی،^۳ افسردگی و دوره‌های روان‌پریشی در روان رنجورشان برخورد نمایند. دقت کنیم و عمل‌های خارج از استانداردهای بین‌المللی را مرتکب نشویم تا بیماران را رنجورتر، گرفتار تخت‌های بیمارستان و استفاده دایمی از دارو نکنیم، و سرانجام، پناهگاه بیماران باشیم و با جراحی‌های عجولانه، آنان را بر پرتگاه خودکشی رهنمون نسازیم.^۴

۱- دکتر سید مهدی صابری رییس بخش روان‌پزشکی پزشکی قانونی: «از طریق ارتباطهایی که با مراجع پزشکی دنیا داریم می‌بینیم آن‌ها از تکنیک‌های بهتری استفاده می‌کنند». [ر.ک. نشریه اعتماد ۱۸ / ۲ / ۸۴].

۲- این موارد از عوارض جراحی فالوپلاستی است که طی آن با استفاده از پوست، بافت زیر جلد و عضله (معمولاً از دیواره‌ی شکم) سعی در ایجاد کیسه‌ی بیضه، بیضه‌ها و آلت تناسلی مردانه می‌شود. امروزه، استفاده از روش جایگزین، آزاد کردن کلاهک، بسیاری از این عوارض را نداشته و در مجموع رضایت‌بخش‌تر می‌باشد. [ر.ک. ریسی، فیروزه و عباسعلی ناصحی، اختلال هویت جنسی، صص ۱۲۶ - ۱۲۷].

۳- ۳۱ درصد از افرادی که عمل جراحی انجام داده‌اند از کار خود پشیمان هستند [مجله‌ی اندیشه و رفتار، سال نهم، شماره‌ی ۳].

۴- آبرا مو ویتز با مروری بر مطالعات پآلی، لانداستروم و لاتستین، میزان روان‌پریشی بستری در بیمارستان و خودکشی را در این بیماران بعد از عمل جراحی ۷ درصد عنوان نموده است. ر.ک:

C. f. Lothstein, L. M. The adolescents gender dysphoric patient pediatricpsychology Journal of, 5, pp: 93 - 313.

جامعه‌شناسان نیز باید با بررسی جامعه‌ی ایرانی و نگرش کنونی آنان در خصوص رفتارهای جنسی و یافتن ریشه‌های این نگرش در عمق فرهنگ و بستر مذهب، راهکارهای مناسبی را در جهت آگاه کردن مردم در خصوص رفتار دگرجنس‌جویان و برخورد با آنان ارائه نمایند.

شاید کریستین‌ها^۱ در آن طرف نیمکره بتوانند در طی دوره‌ی زندگی واقعی، صدها تجربه را قبل از عمل در کلپ‌ها و مراکز ... به دست آورند و بعد از عمل تغییر جنسیت نیز همکاران، همسایگان و اطرافیانش با جنسیت جدیدش به راحتی کنار آیند و شاید در شرق نیمکره نیز مکانی چون تایلند، سرزمین رؤیایی دگرجنس‌جویان به حساب آید، اما در ایران حتی داستان کودکانه‌ی "سارا کوچولو دختری که می‌خواست پسر باشد" آن‌چنان خوشایند نیست. از این‌رو، این تصور که بتوان تصویری از آن‌چه در جامعه‌ی غربی یا شرقی اتفاق افتاده است را به این سرزمین منتقل نمود، توهمی بیش نخواهد بود.

آنچه که اکنون و در مرحله‌ی اول ضروری به نظر می‌رسد آن است که چگونه در قاموس فرهنگ عوام می‌توان معنای رفتار دگرجنس‌جویی را از انحراف و انزجار به سمت و سوی اختلال و بیماری تغییر داد.

۱- کریستین جانسون در سال ۱۹۵۲ میلادی تحت عمل برای اختگی قرار گرفت، در سال ۱۹۵۲ میلادی آلت تناسلی او برداشته شد و در سال ۱۹۵۴ میلادی تحت عمل ساختن واژن قرار گرفت.

آیا سازمان‌های دست‌اندرکار امور جوانان از کنار هم قرار دادن دو جمله‌ی زیر به نتیجه‌ای جز تلاش برای تسهیل ازدواج این گونه افراد خواهند رسید؟!^۱

«برخی پژوهشگران، تهران را پایتخت تغییر جنسیت در دنیا اعلام نموده‌اند»^۲

«متخصصان روان‌پزشکی^۳ در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیده‌اند که یکی از عوامل مهم در انطباق بهتر پس از جراحی داشتن شریک جنسی است.»

فعالان اجتماعی، افراد خیر و نیکوکار با همکاری سازمان‌های مسؤول مانند بهزیستی، می‌توانند مکان‌هایی را جهت گردهمایی، بررسی مشکلات و خدمات مشاوره‌ای راه‌اندازی نمایند؛^۴ زیرا برای بسیاری از مبتلایان به دگرجنس باوری قرار گرفتن در گروهی متشکل از افرادی با مشکلات مشابه بسیار مفید می‌باشد؛ چرا که آن‌ها اغلب خود را تنها می‌دانند، ولی در گروه، احساس پیوستگی درون گروهی کرده و احساسات ناخوشایندی نظیر اضطراب و افسردگی در آن‌ها کاهش می‌یابد.

۱- برخی انجمن‌ها در دنیا رسیدگی به وضعیت ازدواج این افراد را اکنون به عهده گرفته‌اند و راه‌هایی را تحت عنوان «marriagesex-same» برای افرادی که به نوعی دچار اختلال جنسی هستند ارائه می‌نمایند. [ر.ک: زاغری، نازنین، «بیماری‌های روانی»، در: روزنامه‌ی شرق ۲۷ / ۱۱ / ۸۲].

۲- کریمی‌نیا، محمد مهدی، مصاحبه با سایت خبری قاصدک.

3-Blanchard R . and steiner B . clinical management of Gender identity Disorder in children and adults.

4- از جمله مراکز که با چنین اهدافی تشکیل شده است مرکز «G rowth IPG personal international»، واقع در ایالت نیوجرسی آمریکا است که از سال ۱۹۸۳ میلادی فعالیت خود را آغاز نموده است. [ر.ک. زاغری، نازنین، «بیماری‌های روانی»، در: روزنامه‌ی شرق ۲۷ / ۱۱ / ۸۲].

صدا و سیما، نشریات، خبرگزاری‌ها و اصحاب رسانه، هر کدام، می‌توانند جهت فرهنگ سازی و یا ارتقای آگاهی جامعه در خصوص این بیماری و افراد مبتلا به آن، نقش بسیار وسیعی را به عهده گیرند. قانون‌گذاران، مجریان قانون، سازمان‌ها و ارگان‌های نظارتی، با مصوبات و نظارت دقیق بر انجام آن‌ها، خصوصاً بر روی عمل‌های جراحی که در کشور مرسوم شده است، می‌توانند بسیاری از مشکلات این بیماران را مرتفع سازند.^۱

و سرانجام، اگر افراد، نهادها، سازمان‌ها و ... از وظیفه خود در قبال این بیماران شانه خالی نمایند، جامعه باید منتظر به دوش کشیدن تبعات منفی فساد، فحشا و بیماری‌های مقاربتی باشد.



۱- خانم ۴۰ ساله‌ای از سال ۱۳۷۶ تا ۱۳۷۹ شمسی، شش بار تحت عمل جراحی تغییر جنسیت قرار گرفت، اما در سال ۱۳۸۰ شمسی مشخص شد که ایشان دچار یک اختلال هویتی نبوده که بتوان بر اساس آن جراحی را پیشنهاد نمود. [ر.ک: اندیشه و رفتار، سال نهم، شماره ۳، صص ۶-۹].

منابع

الف) منابع فارسی

۱. بنگدار، مجید، قانون مجازات اسلامی، چاپ اول، اصفهان: اسپادان، ۱۳۸۴ ش.
۲. خدیوی زن، محمد، بررسی مشکلات روان جنسی کودکان و نوجوانان، تهران: تربیت، ۱۳۷۱ ش.
۳. روزنهان، دیویدال و مارتین ای. پی. سلیگمن، روانشناسی نابهنجاری - آسیب شناسی روانی، ترجمه: سید محمدی، یحیی، ۲ ج، چاپ اول، تهران: ساوالان، ۱۳۷۹ ش.
۴. ریسی، فیروزه و ناصحی، عباسعلی، اختلال هویت جنسی، چاپ اول، تهران: صدا و قصیده، ۱۳۸۳ ش.
۵. صدارتی، احمد، فرهنگ روانشناسی لانگمن، چاپ پنجم، تهران: نیکا، ۱۳۸۴ ش.
۶. کاپلان، هارولد و بنیامین سادوک و جک گرپ، خلاصه روانپزشکی، ترجمه: پورافکاری، نصرت الله، ۲ ج، چاپ دوم، تهران: شهراب، ۱۳۷۶ ش.
۷. نصری، عبدالله، فلسفه آفرینش، چاپ دوم، قم: دفتر نشر معارف، ۱۳۸۶ ش.

ب) منابع انگلیسی

1. Blanchard R. and steiner B. clinical management of Gender identity Disorder in children and adults, firsted. American Psychiatric Press, 1990.
2. Byramkarasu, T., spiritual psychotherapy, American Journal of psychotherapy , pp: 53 , 143 – 162.
3. Chase , C.H, long – term psychological evaluation of intersexes children. Archive of sexual Behavior, 28 , p:103.
4. Lothstein , L. M. The adolescents gender dysphoric patient. An approach to treatment and management. Journal of pediatric psychology, pp: 5, 93–313.
5. Noorbala, A.A, Raisi, f and Z. Alem, A Survey on the personality and intellectual characteristics of transsexuals in Iran, med J Hosp, vol 3, No 2 , 2001 , pp: 9–14.
6. noorbala, A.A and F. Raisi, a Research on Family Characteristics Influencing the Development of Transsexuality in Iran, Acta medica Iranica, vol 38 , No (2000) , pp: 220– 223.
7. Rekers , G.A. , Kilgus , M. D. , and Roseh , A. C. , long- term effects of treatment for childhood gender disturbance . , Journal of psychology and Human sexuality , 3, pp: 121 – 153, 1990.
8. Rekers , G . A . Escaping the bondage of early environment , In R. Mc Quikin (E.d). free and fulfilled, Nashville, TN: Thomas Nelson. (pp: 166-183)
9. Sorensen T. A follow-up study of operated transsexual males. Acta Psychiatry Scand. 63; pp: 468-503, 1981.
10. Stoller Rj. The Gender Disorders, sexual deviation. pp : 109-139; 1979.
11. stoller R . sex and Gender on the Development of Masculinity and feminity. London The Hagarth Press and Instatute of Psychoanalysis, 1968.

12. Tsoi wf. parental influence in transsexuality.

Singapore Medicine-j.31: pp: 443-446,1990.

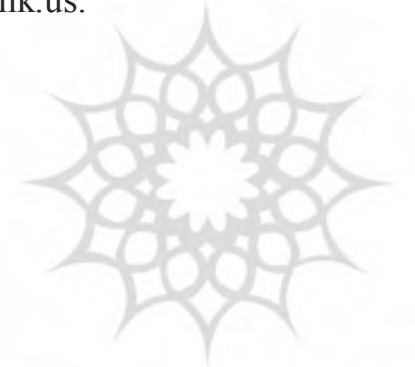
13. Walters, E and Whitehead, L . , Anorexia nervosa in a young boy whit gender identity disorder of childhood , clinical child psychology and psychiatry , 2, pp: 463-467 ,1999.

14. Willam , w , psychotherapy and spirituality, crossing the line between therapy and religion. London: Sage publication, 2000.

سایت‌ها

1. www.ghasedak. news.com.

2. www.pezeshk.us.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی