

مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه و ریشه های والدینی در بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی با گروه عادی

تاریخ دریافت:

تاریخ پذیرش:

سیده ایلناز انزاب دشتی *، علی اصغر اصغر نژاد فرید **، زهره رئیس‌یسی ***

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر به منظور مقایسه ی طرحواره های ناسازگار اولیه و ریشه های والدینی این طرحواره ها در مبتلایان به اختلال هویت جنسی زن به مرد و مرد به زن با گروه عادی اجرا گردید.

روش: طرح پژوهش پیش رو از نوع علی-مقایسه ای است. نمونه آماری شامل ۷۸ نفر در دو گروه، بالینی (بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی ۳۹ نفر) و عادی (کنترل، ۳۹ نفر) بودند که به شیوه نمونه گیری دردسترس انتخاب شدند. جمع آوری اطلاعات در مورد گروه بالینی با مراجعه به مرکز پزشکی قانونی، کلینیک روان پزشکی و روانشناسی و جراحی بازسازی جنسیت در تهران، شیراز و محمودآباد اجرا گردید. نمونه ها با استفاده از پرسشنامه های طرحواره ناسازگار اولیه یانگ و فرزند پروری یانگ ارزیابی شدند و پرسشنامه سلامت روان که بر روی گروه عادی اجرا شد.

یافته ها: تحلیل داده ها به دلیل آنکه توزیع داده ها به صورت نرمال نبود (با آزمون کولموگروف-اسمیرینف تک نمونه ای و آزمون شاپیرو-ویلک و همچنین نمودار احتمال-احتمال بررسی شد)؛ از معادل غیر پارامتریک آزمون تی مستقل یعنی (یو مان ویتنی) و ضریب همبستگی استفاده شد. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ها تقریباً ۰/۷۸ به دست آمد. پژوهش نشان داد که بین دو گروه بالینی و بهنجار در ۹ طرحواره ناسازگار اولیه تفاوت معناداری وجود داشت. بدین معنی که طرحواره های ناسازگار اولیه در گروه بالینی بیشتر بود. بین دو گروه اختلال هویت جنسی و عادی از نظر ریشه های والدینی طرحواره های ناسازگار اولیه (مربوط به مادر) و (مربوط به پدر) تفاوت معناداری وجود داشت.

نتیجه گیری: نتایج پژوهش به طور کلی تفاوت معنادار دو گروه بالینی و گروه عادی را در طرحواره های ناسازگار اولیه و ریشه های والدینی این طرحواره ها نشان داد. بر اساس یافته ها، بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی در مقایسه با گروه عادی طرحواره های ناسازگار اولیه آسیب پذیر تری داشتند. بر این اساس با شناسایی طرحواره های ناسازگار اولیه و اندازه گیری شدت آن ها می توان راهبردهای مداخله ای مناسبی را در جهت کاهش شدت این طرحواره ها به کار گرفت.

واژه های کلیدی: طرحواره های ناسازگار اولیه، ریشه های والدینی، اختلال هویت جنسی.

مقدمه

دختران و پسران را مشخص کرد. در مورد پسران وجود رابطه بیش از حد نزدیک به مادر و فاصله با پدر و در مورد دختران وجود مادر افسرده در طی ماه‌های اولیه زندگی و پدرانی که غایب‌اند و حامی مادران نیستند اشاره می‌کند. [۱۳]. کوهن کتنیس^۵ و گورین تاثیر رفتار والدین را مثل نزدیکی و صمیمیت شدید با مادر، غیبت پدر یا آرزوی مادر برای داشتن دختر یا پسر، باعث به وجود آمدن و رشد اختلال هویت جنسیتی می‌دانند همچنین آنها معتقدند که والدین بچه‌های دارای اختلال هویت جنسی، به لحاظ روانی، آسیب دیده هستند [۵]. در نظریه طرحواره ساختاری - شناختی، که شبکه ارتباطی است و ادراکات فرد را سازمان‌دهی می‌کند. علت بسط رفتارهای جنسیتی در کودکان را به شکل‌گیری طرحواره^۶ مربوط می‌داند که آن‌ها را به سوی چنین رفتارهایی سوق می‌دهد. یانگ^۷ معتقد است برخی طرحواره‌ها به ویژه آنها که عمدتاً در نتیجه تجارب ناگوار دوران کودکی شکل می‌گیرند ممکن است هسته اصلی اختلال‌های شخصیت، مشکلات منش شناختی خفیف‌تر و بسیاری از اختلال‌های مزمن محور I قرار گیرند. یانگ ۱۸ طرحواره را گردآوری نموده که به آنها طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه^۸ می‌گویند [۲۵]. طرحواره‌های ناسازگار اولیه خصوصیات زیر را دارند: الگوها یا درون‌مایه‌های عمیق و فراگیری هستند. از خاطرات، هیجان‌ها، شناخت‌واره‌ها و احساسات بدنی تشکیل شده‌اند. در سیر زندگی تداوم دارند. درباره خود و رابطه با دیگران هستند. به شدت نا کارآمدند [۱۳]. اغلب طرحواره‌ها نتیجه تجارب زیان‌بخش محسوب می‌شوند که فرد در مسیر دوران کودکی و نوجوانی دائماً با این تجارب روبرو بوده است. ریشه‌های دوران کودکی طرحواره‌های غیرانطباقی فرد است که در اثر تعامل با والدین (مادر یا پدر یا هر دو) در دوران کودکی موجب شکل‌گیری طرحواره‌های فرد شده است [۲۳]. فریمن^۹ اظهار کرده است طرح‌واره‌ها و رفتارهای منتج از آنها با رشد فرد یعنی از زمان تولد آغاز می‌شوند. فریمن توضیح می‌دهد که تحول طرح‌واره‌های هسته‌ای بر پنج پایه می‌باشد. علاوه بر باور بنیادین،

هویت جنسی حالتی روان‌شناختی است که نمایان‌کننده احساس فرد از مذکر یا مونث بودن خود است. هویت جنسی اکثر افراد تا ۲ یا ۳ سالگی ایجاد می‌شود و معمولاً با جنسیت زیستی فرد هماهنگی دارد [۱۲]. ناراحتی از جنسیت تعیین شده، معمولاً قبل از اینکه کودکان مبتلا به اختلال هویت جنسی^۱ به چهار سالگی برسند، مشهود است [۸]. تشخیص اختلال هویت جنسی^۲ بر اساس^۳ DSM-IV-TR (۲۰۰۳): اختلال هویت جنسی دو مولفه دارد که هر دوی آنها برای تشخیص‌گذاری این اختلال لازمند. باید شواهدی مبنی بر اتخاذ پایدار و مستمر هویت جنسی مخالف، که مایل به داشتن آن است یا اصرار به اینکه از جنس مخالف است وجود داشته باشد و اتخاذ هویت جنسی مخالف نباید فقط به دلیل تمایل به برخورداری از امتیازهای فرهنگی متعلق به جنس دیگر باشد. به علاوه باید شواهدی درباره نارضایتی مستمر از جنسیت تعیین شده خود یا احساس عدم تناسب با نقش جنسی تعیین شده وجود داشته باشد [۲].

تقریباً هیچ اطلاعی در مورد شیوع دقیق اختلال هویت جنسی در دست نیست. بیشتر برآوردهای شیوع متکی بر تعداد افرادی است که طالب جراحی برای تغییر جنسیت هستند و به طوری که از این تخمین‌ها بر می‌آید تعداد مبتلایان در جنس مذکر بیشتر است. در سه درمانگاه هویت جنسی کودکان، نسبت به ابتلا پسران ۳ به ۱، ۶ به ۱ گزارش شده است [۶].

یکی از عوامل ایجادکننده اختلال هویت جنسی عامل روان‌شناختی اجتماعی می‌دانند [۵] یادگیری احساس مذکر یا مونث بودن، یکی از نخستین تجربیاتی است که از دلبستگی کودک به پدر و مادرش ناشی می‌شود. کودکان به درگیری عاطفی با مادر گرایش دارند، چون مادر مهمترین تاثیر را در مرحله اولیه زندگی آنها دارد. این دلبستگی برای به دست آوردن حس جداگانه‌ای از خود، باید در مرحله‌ای گسسته شود استالر^۴ نیز به طور خاص عوامل خانوادگی موثر در ایجاد اختلال هویت جنسیتی در

5. Cohen Ktniss

6. Schema

7. young

8. Early Maladaptive Schemas

9. freeman

1. Transsexualism

2. gender identity disorders

3. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.) (Text Revision)

4. Staller

های ناسازگار دوران کودکی و در ایجاد اختلال هویت جنسی تاثیر داشته باشد. متأسفانه تا کنون پژوهش‌های جامع در خصوص بررسی طرحواره های ناسازگار در بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی در ایران صورت نگرفته است. افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی در طول عمر مشکلات عدیده ای از حیث مراجعه به متخصص جراحی و سازگاری بعد از عمل تجربه می کنند. شناخت عوامل دخیل در شکل گیری این اختلال به صورت گذشته نگر و تبیین نقش عوامل طرحواره ناسازگار بعنوان عامل زمینه ساز شکل گیری اختلال هویت جنسی ممکن است در پیشگیری اولیه از این اختلال که صدمات و آسیب های عاطفی روانی و اجتماعی عدیده ای برای فرد مبتلا به بار آورد، نقش اساسی و کمک کننده داشته باشد. لذا هدف پژوهش حاضر مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه و ریشه های والدینی در بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی با گروه عادی می باشد.

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر در زمره ی پژوهش های علی-مقایسه ای قرار می گیرد.

آزمودنی ها: جامعه آماری پژوهش حاضر عبارت است از گروه بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی (زن به مرد و مرد به زن) که در سال ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱ به مرکز پزشکی قانونی وکلینیک های روان پزشکی و جراحی بازسازی جنسیت مراجعه نمودند و گروه عادی شامل افرادی بودند که اختلال هویت جنسی نداشتند و بعد از اجرای پرسشنامه سلامت روان انتخاب شدند. این پژوهش بر روی ۷۸ نفر اجرا شد، که گروه بالینی ۳۹ نفر (۲۰ زن به مرد و ۱۹ مرد به زن) و گروه عادی ۳۹ نفر (۲۰ مرد و ۲۰ زن) بودند. گروه کنترل عادی بر اساس سن، جنسیت و سطح تحصیلات با گروه افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی هم‌تاسازی گروهی انجام گرفت که مقایسه سن، تحصیلات و جنسیت در این دو گروه تفاوت معناداری را نشان نداد. در پژوهش حاضر از روش نمونه گیری در دسترس برای هر دو گروه استفاده شد. در این پژوهش به منظور سنجش آزمودنی ها و جمع آوری اطلاعات از ابزار پرسشنامه استفاده شد. ابزارهایی که مورد استفاده قرار گرفته اند

کودک یک باور مرتبط با اینکه او نمی تواند تغییر کند را حفظ می کند. سازمان باور، قویاً توسط والدین یا چهره های با اهمیت تقویت می شود. تلاش برای باورهای مخالف ممکن است تقویت نشود بلکه مجازات شود. کودک به وضوح در می یابد که فاقد ارزش است اما هر تلاش برای تصریح ارزش نادیده گرفته می شود. والدین ممکن است مستقیماً آموزش متضاد را برای ایجاد تصویر مثبت ارائه دهند. ریشه های والدینی^۱ شناسایی ریشه های دوران کودکی طرحواره های ناسازگار اولیه فرد است که در اثر تعامل با والدین در دوران کودکی موجب شکل گیری طرحواره های فرد می شود [۲۴]. رضایی و همکارانش [۲۲] تحقیقی با عنوان کارکرد خانواده در بیماران دچار اختلال هویت جنسیتی در کشور ایران انجام داده اند. نمونه تحقیق را ۳۷ نفر از مراجعه کنندگان به سازمان پزشکی قانونی تشکیل دادند. نتایج نشان می دهد که کارکرد و نقش خانواده ۳۴ درصد تاثیر گذار است؛ تفاوت معناداری بین دو گروه مورد بررسی به دست آمد.

تحقیق کوپر^۲ با مطالعه بر روی ۴۶ نفر بیمار TS قبل و بعد از جراحی، اجرا گردید. که میزان رضایت از عمل تغییر جنسیت در مرد به زن ۸۸٪ و در زن به مرد ۸۵٪ بیان کرده است. فقط ۲٪ از کل این بیماران از جراحی خود ناراضی بودند. نتایج تحقیقات نشان داد که بسیاری از تبدیل خواه جنسیتها دارای تجربیاتی خشن و نامطلوب و در حقیقت خصمانه از رفتار دیگران می باشند. خیلی از تبدیل خواه جنسیتها معتقدند که این مشکلات از خود اختلال هویت نیست بلکه از مواجهه با مشکلات و سوء تفاهات اجتماعی مرتبط با آن نشأت می گیرد [۱۹]. در پژوهش دیگری که عسگری و همکارانش با عنوان شیوع آسیب های روانی در ۵۵ نفر از بیماران دارای اختلال هویت جنسی، انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که در این بیماران شیوع انواع متفاوت آسیب های روانی در حدود ۲۰ درصد است. بیشترین اختلال مربوط به وجود افکار پارانوئیدی با شیوع ۳۸ درصد بوده است و اختلالات شایع بعدی به ترتیب شامل هراس، جسمانی سازی و حساسیت در روابط بین فردی است [۳]. طبق بررسی های انجام شده نقش پدر و مادر، می تواند در شکل گیری طرحواره

1. parental origins

2. Cooper

عبارتند از: پرسشنامه طرحواره ناسازگارانه یانگ^۱، پرسشنامه فرزند پروری یانگ^۲، پرسشنامه سلامت عمومی^۳. در این پژوهش، پرسشنامه سلامت روان، به منظور غربال اولیه برای گروه عادی استفاده شد، این پرسشنامه از جمله شناخته شده ترین ابزار غربالگری اختلال های روانی است [۱۳].

ابزار

۱- پرسشنامه طرحواره ناسازگار یانگ اولین بار به وسیله یانگ و براون در سال ۱۹۹۰، جهت ارزیابی طرحواره های ناسازگار اولیه طراحی شد. یانگ ویرایش جدیدی از YSQ به نام YSQ-RER2 (یانگ، ۲۰۰۲) را ایجاد نمود. این پرسشنامه در ایران توسط فتی و صلواتی ترجمه شد. این پرسشنامه روی ۵۱۳ دانشجو اجرا شده است. آلفای کرونباخ بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۳ به دست آمده است. نتایج آزمون - آزمون مجدد با فاصله ۱۵ روز بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۴ گزارش شده است [۱]. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر ۰/۸۵ می باشد. که برای هدف های پژوهشی پایایی قابل قبولی می باشد. این پرسشنامه یک ابزار خودسنجی است که دارای ۲۳۲ آیتم جهت ارزیابی ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه در ۵ حوزه مختلف طرحواره ای می باشد. بیماران خودشان را بر اساس این که کدام طرحواره وضعیت آنان را توصیف می کند، بر مبنای مقیاس ۶ درجه ای لیکرت ارزیابی می کنند. کنار هر آیتم کدی وجود دارد که برای درمان گر روشن می کند این آیتم کدام طرحواره را ارزیابی می کند اما نام طرحواره ها در پرسشنامه وجود ندارد. پژوهش های متعددی کارایی این پرسشنامه را در تفکیک بیماران بر مبنای طرحواره های ناسازگارانه اولیه نشان داده اند [۱].

۲- پرسشنامه فرزند پروری یانگ (یانگ، ۱۹۹۴): یک ابزار اولیه برای شناسایی ریشه های دوران کودکی طرحواره ها می باشد. این پرسشنامه دارای ۷۲ آیتم است [۲۳]. شفیلد و همکاران (۲۰۰۵)، خصیصه های روان سنجی این پرسشنامه را مورد مطالعه قرار دادند. نتایج مطالعه ی آنها پس از تحلیل عاملی، آلفای کرونباخ با دامنه ۰/۷۰-۰/۹۲ را نشان داد. همچنین نتایج بازآزمایی بیانگر پایایی بالا بود و

۳- پرسشنامه GHQ توسط گلدنبرگ (۱۹۷۲) ابداع شده و هدف از طراحی آن کشف و شناسایی اختلالات روانی در محیط های مختلف بوده است. پرسشنامه سلامت عمومی شناخته شده ترین ابزار غربالگری تا کنون در روان پزشکی است که تاثیر شگرفی در پیشرفت پژوهش ها داشته است. به منظور بررسی اعتبار و پایایی ابزار، یعقوبی (۱۳۷۴) ابتدا در یک مطالعه مقدماتی چک لیست مورد نظر را بر روی ۳۰ نفر از بیماران سرپایی مراجعه کننده به مراکز آموزشی-درمانی شهید اسماعیلی تهران بررسی کرده و سپس در مطالعه دیگری در صومعه سرا به منظور بررسی اعتبار پایایی آن روی جمعیت ۱۵ ساله و بالاتر مناطق شهری و روستایی این پرسشنامه را اجرا کرده که ضریب پایایی به دست آمده برای این آزمون با روش بازآزمایی بین دو مرحله اجرای پرسشنامه و با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۸ بوده است [۱۴]. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۴٪ بود. فرم ۲۸ سوالی توسط گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۳ تدوین یافته و سوال های آن بر اساس روش تحلیل عاملی فرم ۶۰ سوالی اولیه استخراج گردیده است که در برگزیده ۴ مقیاس علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی شدید می باشد. همبستگی بالای بین نتایج حاصل از فرم

1. YSQ-RE2R

2. Young parenting inventory

3. General Health Questionnaire

را کسب نموده بودند، انتخاب شدند. هر یک از مبتلایان به (ویتنی) جهت بررسی تفاوت بین دو گروه TS و بهنجار استفاده شد. با استفاده از نرم افزار spss ۱۹ انجام گرفت اختلال هویت جنسی، زن به مرد (۲۰ نفر) و مرد به زن (۱۹ نفر) در مورد هدف اجرای پژوهش توسط پژوهشگر توجیه شدند و فرم رضایت نامه شرکت در پژوهش را پر کردند. سپس پرسشنامه های YSQ و YPI را کامل کردند. گروه عادی که اختلال هویت جنسی نداشتند، بر اساس دموگرافیک (سن، جنس، تحصیلات) انتخاب شدند که شامل ۱۹ نفر زن و ۲۰ نفر مرد بودند، بعد از اینکه پرسشنامه سلامت روان اجرا گردید، افرادی که سلامت روان آنها مورد تأیید قرار گرفتند، انتخاب شدند و سپس دو پرسشنامه دیگر نیز همانطور که روی گروه مبتلا به اختلال هویت جنسی اجرا گردید، برای گروه عادی نیز اجرا شدند.

یافته ها

به دلیل آنکه توزیع داده ها به صورت نرمال نبود (با آزمون کولموگروف-اسمیرنوف تک نمونه ای و آزمون شاپیرو-ویلک و همچنین نمودار احتمال-احتمال بررسی شد)؛ از معادل غیر پارامتریک آزمون تی مستقل یعنی (یو مان

های ۲۸ و ۶۰ سوالی پرسشنامه سلامت عمومی در تشخیص اختلال های روانی، دلالت بر این دارد که پرسشنامه ۲۸ GHQ_از توانایی لازم برای ارزیابی شدت اختلال روانی برخوردار بوده، می تواند به عنوان ابزار غربالگری، صرفه جویی در وقت و هزینه را در پژوهش های علوم رفتاری به همراه داشته باشد [10]. پرسشنامه -GHQ ۲۸ در گروه عادی اجرا شد و به این شکل بود که اگر آنها نمرات پایین تر از ۲۳ کسب می کردند، به این معنی بود که از سلامت روان برخوردارند، سپس پرسشنامه های دیگر پژوهش بر روی آنها اجرا شد.

روند اجرای پژوهش: به منظور جمع آوری داده ها در سال ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱، در مورد گروه بالینی به مرکز پزشکی قانونی، ۱ کلینیک روانشناسی و روانپزشکی و ۲ مرکز جراحی بازسازی جنسیت مراجعه شد. به دلیل این که اکثریت بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی در تهران همکاری لازم را نداشتند، تعداد ۲۴ نفر از نمونه ها از تهران و ۷ نفر از شهر شیراز و ۸ نفر از شهر محمودآباد مورد بررسی قرار گرفتند. افرادی که بیماری اختلال هویت جنسی آنها توسط روانشناسان بالینی و روانپزشکان تشخیص داده شده بود و از مرکز پزشکی قانونی مجوز و تأییدیه برای عمل جراحی

جدول ۱) فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی ها در دو گروه بالینی و بهنجار

کل	۵۰-۵۹		۴۰-۴۹		۳۰-۳۹		۲۰-۲۹		سن آماره
	Ts	بهنجار	Ts	بهنجار	Ts	بهنجار	Ts	بهنجار	
۳۹	۴۰	۳	۳	۲	۲	۱۴	۱۵	۲۰	۲۰
۱۰۰	۱۰۰	۷/۶۹	۷/۵	۵/۱۳	۵	۳۵/۹	۳۷/۵	۵۱/۲۸	۵۰
۳۰/۰۸	۳۰/۴۵								میانگین
۸/۶۱	۸/۳۳								انحراف استاندارد

بهنجار (۳۹ نفر) نشان داده شده است.

در جدول ۱ فراوانی و انحراف استاندارد و میانگین سن آزمودنی ها در گروه اختلال هویت جنسی (۳۹ نفر) و گروه

جدول ۲) میانگین و انحراف استاندارد طرحواره های ناسازگار در دو گروه بالینی و بهنجار

انحراف استاندارد	میانگین	گروه	آماره متغیر
۹/۶۳	۳۷/۶۹	TS	وابستگی - بی کفایتی
۷/۹۶	۳۴/۹۲	بهنجار	
۸/۰۳	۳۶/۶۹	TS	آسیب پذیری به صدمه یا بیماری
۷/۹۳	۳۲/۸۷	بهنجار	
۸/۲۰	۲۷/۴۱	TS	بهم ریختگی
۸/۶۱	۳۰/۹۲	بهنجار	
۶/۵۰	۱۹/۰۲	TS	شکست
۶/۰۸	۲۰/۶۵	بهنجار	
۷/۲۶	۴۳/۴۶	TS	محق بودن
۸/۰۵	۳۵/۴۰	بهنجار	
۱۱/۰۶	۴۵/۴۶	TS	خود کنترلی بی کفایت
۱۰/۷۵	۴۳/۰۲	بهنجار	
۱۳/۰۴	۶۰	TS	ترک شدن، بی ثباتی
۱۵/۷۲	۵۱/۴۲	بهنجار	
۱۱/۸۹	۶۳/۸۲	TS	بی اعتمادی، آزار دیدن
۱۱/۳۵	۵۴/۵۷	بهنجار	
۹/۵۵	۲۹/۳۰	TS	محرومیت هیجانی
۷/۴۵	۲۱/۱۲	بهنجار	
۹/۶۸	۴۰/۲۰	TS	نقص داشتن، شرم
۷/۹۵	۳۳/۱۲	بهنجار	
۷/۹۲	۳۱	TS	انزوای اجتماعی، بیگانگی
۶/۵۲	۲۶/۰۲	بهنجار	
۶/۸۴	۲۵/۷۹	TS	فدا کردن
۷/۱۲	۳۰/۱۲	بهنجار	
۱۰/۸۷	۶۲/۹۲	TS	خود قربانی کردن
۸/۴۴	۶۰/۶۷	بهنجار	
۹/۵۶	۴۵/۳۳	TS	تایید جویی و جلب توجه
۶/۴۶	۴۴/۳۷	بهنجار	
۶/۷۳	۳۵/۳۵	TS	منفی گرایی و بدبینی
۶/۲۹	۳۳/۳۷	بهنجار	
۷/۲۶	۲۸/۱۵	TS	بازداری هیجانی
۵/۵۶	۲۶/۴۲	بهنجار	
۸/۹۷	۵۵/۹۷	TS	معیارهای ناعادلانه، عیب جویی افراطی
۷/۲۹	۵۳/۴۵	بهنجار	
۹/۳۴	۴۸/۲۰	TS	تنبیه
۷/۵۹	۴۴/۵۲	بهنجار	

طرحواره ناسازگار ترک شدن، بی ثباتی در گروه بهنجار (با انحراف استاندارد ۱۵/۷۲) می باشد.

با توجه به جدول ۲) بیشترین میانگین مربوط به طرحواره ناسازگار بی اعتمادی، آزار دیدن در گروه بالینی (با میانگین ۶۳/۸۲) می باشد و بیشترین انحراف استاندارد مربوط به

جدول ۳) آزمون تفاوت میانگین در دو گروه بالینی و بهنجار از نظر طرحواره های ناسازگار اولیه با آزمون یومان ویتنی

سطح معنا داری	Z	میانگین	گروه	آماره متغییر
۰/۱۲	-۱/۵۵	۳۷/۶۹	TS	وابستگی - بی کفایتی
		۳۴/۹۲	بهنجار	
۰/۰۳	-۲/۰۷	۳۶/۶۹	TS	آسیب پذیری به صدمه یا بیماری
		۳۲/۸۷	بهنجار	
۰/۱۱	-۱/۵۷	۲۷/۴۱	TS	بهم ریختگی
		۳۰/۹۲	بهنجار	
۰/۲۷	-۱/۱۰	۱۹/۰۲	TS	شکست
		۲۰/۶۵	بهنجار	
۰/۰۰۱	-۴/۰۴	۴۳/۴۶	TS	محق بودن
		۳۵/۴۰	بهنجار	
۰/۳۷	-۰/۸۸	۴۵/۴۶	TS	خود کنترلی بی کفایت
		۴۳/۰۲	بهنجار	
۰/۰۰۴	-۲/۸۹	۶۰	TS	ترک شدن، بی ثباتی
		۵۱/۴۲	بهنجار	
۰/۰۰۱	-۳/۵۰	۶۳/۸۲	TS	بی اعتمادی، آزار دیدن
		۵۴/۵۷	بهنجار	
۰/۰۰۱	-۳/۸۲	۲۹/۳۰	TS	محرومیت هیجانی
		۲۱/۱۲	بهنجار	
۰/۰۰۱	-۳/۴۱	۴۰/۲۰	TS	نقص داشتن، شرم
		۳۳/۱۲	بهنجار	
۰/۰۰۴	-۲/۸۹	۳۱	TS	انزوای اجتماعی، بیگانگی
		۲۶/۰۲	بهنجار	
۰/۰۲	-۲/۲۹	۲۵/۷۹	TS	فدا کردن
		۳۰/۱۲	بهنجار	
۰/۱۱	-۱/۶۰	۶۲/۹۲	TS	خود قربانی کردن
		۶۰/۶۷	بهنجار	
۰/۷۵	-۰/۳۰	۴۵/۳۳	TS	تایید جویی و جلب توجه
		۴۴/۳۷	بهنجار	
۰/۱۱	-۱/۵۶	۲۵/۳۵	TS	منفی گرایی و بدبینی
		۳۳/۲۷	بهنجار	
۰/۰۹	-۱/۶۶	۲۸/۱۵	TS	بازداری هیجانی
		۲۶/۴۲	بهنجار	
۰/۱۱	-۱/۵۹	۵۵/۹۷	TS	معیارهای ناعادلانه، عیب جویی افراطی
		۵۳/۴۵	بهنجار	
۰/۰۳	-۲/۰۶	۴۸/۲۰	TS	تنبیه
		۴۴/۵۲	بهنجار	

محق بودن، ترک شدن / بی ثباتی، بی اعتمادی / آزار دیدن، محرومیت هیجانی، نقص داشتن / شرم، انزوای اجتماعی

بین دو گروه بالینی و بهنجار از نظر طرحواره های ناسازگار اولیه، در طرحواره های؛ آسیب پذیری به صدمه یا بیماری،

کردن، تنبیه تفاوت معناداری وجود دارد. بدین معنی که
 طرحواره‌های ذکر شده در گروه اختلال هویت جنسی

جدول ۴) آزمون تفاوت میانگین در دو گروه بالینی و بهنجار از نظر ریشه‌های والدینی (مادر) و (پدر) طرحواره‌های ناسازگار
 اولیه با آزمون یومان ویننی

آماره متغییر	گروه	میانگین (مادر)	Z(مادر)	سطح معناداری (مادر)	میانگین (پدر)	Z(پدر)	سطح معناداری (پدر)
محرومیت هیجانی	TS	۱۴/۴۱	-۰/۳۹	۰/۶۹	۲۲	-۵/۵۲	۰/۰۰۱
	بهنجار	۱۵/۴۲			۱۳/۴۰		
رها شدگی/بی ثباتی	TS	۶/۱۷	-۰/۹۷	۰/۳۲	۹/۰۲	-۳/۳۰	۰/۰۰۱
	بهنجار	۵/۱۲			۵/۸۵		
بی اعتمادی/بدرفتاری	TS	۴/۶۶	-۰/۹۹	۰/۳۲	۶/۵۳	-۳/۴۱	۰/۰۰۱
	بهنجار	۴/۸۵			۴/۳۲		
آسیب پذیری به ضرر یا بیماری	TS	۱۵/۱۵	-۰/۶۸	۰/۴۹	۱۲/۶۴	-۲/۷۲	۰/۰۰۷
	بهنجار	۱۵/۲۲			۱۴/۸۰		
وابستگی/بی کفایتی	TS	۱۰/۱۷	-۲/۵۴	۰/۰۱	۸/۷۴	-۲/۵۷	۰/۰۱
	بهنجار	۸/۷۰			۶/۲۰		
نقص/شرم	TS	۹/۳۰	-۳/۹۵	۰/۰۰۱	۱۲/۵۳	-۴/۶۵	۰/۰۰۱
	بهنجار	۵/۱۵			۵/۴۰		
شکست	TS	۷/۱۷	-۱/۷۹	۰/۰۷	۹/۰۲	-۳/۸۴	۰/۰۰۱
	بهنجار	۵/۷۷			۵/۵۷		
اطاعت	TS	۹/۵۸	-۲/۳۳	۰/۰۲	۱۳/۴۳	-۳/۹۷	۰/۰۰۱
	بهنجار	۷/۴۵			۷/۷۵		
ایثارگری	TS	۱۰/۷۹	-۰/۳۹	۰/۶۹	۸/۸۴	-۰/۷۷	۰/۴۳
	بهنجار	۱۰/۳۲			۹/۴۰		
معیارهای سرسختانه	TS	۲۴/۱۷	-۳/۴۴	۰/۰۰۱	۲۵/۲۸	-۲/۶۸	۰/۰۰۷
	بهنجار	۱۹/۵۵			۲۰/۸۵		
استحقاق/بزرگ منشی	TS	۱۰/۳۳	-۲/۳۹	۰/۰۱	۱۲/۰۷	-۳/۰۴	۰/۰۰۲
	بهنجار	۸/۴۲			۸/۶۲		
خوشتن داری/خودانظباطی ناکافی	TS	۱۰/۷۱	-۲/۸۰	۰/۰۰۵	۱۰/۱۲	-۲/۰۴	۰/۰۴
	بهنجار	۸/۴۷			۸/۵۲		
گرفتار	TS	۱۲/۲۸	-۰/۵۲	۰/۶۰	۱۰/۴۳	-۰/۸۲	۰/۴۱
	بهنجار	۱۱/۴۷			۱۰/۹۲		
منفی‌گرایی/بدبینی	TS	۱۲/۷۱	-۲/۲۴	۰/۰۲	۱۲/۶۴	-۱/۴۷	۰/۱۴
	بهنجار	۱۰/۲۵			۹/۹۲		
بازداری هیجانی	TS	۱۷/۲۸	-۱/۵۷	۰/۱۱	۱۷/۵۳	-۱/۶۸	۰/۰۹
	بهنجار	۱۹/۰۷			۱۹/۶۰		
تنبیه	TS	۱۰/۵۳	-۱/۳۳	۰/۱۸	۱۴/۰۲	-۲/۹۱	۰/۰۰۴
	بهنجار	۹/۶۷			۱۰/۱۲		
پذیرش جویی/اجلب توجه	TS	۱۶/۴۶	-۰/۶۲	۰/۵۳	۱۷/۰۵	-۰/۵۲	۰/۵۹
	بهنجار	۱۶/۲۵			۱۶/۹۲		

بین دو گروه اختلال هویت جنسی و بهنجار از نظر ریشه های والدینی طرحواره های ناسازگار اولیه، در طرحواره های ناسازگار؛ وابستگی/ بی کفایتی، نقص/ شرم، اطاعت، معیارهای سرسختانه، استحقاق/ بزرگ منشی، خویشتن داری/ خودانضباطی ناکافی، منفی گرایی/ بدبینی (مربوط به مادر) تفاوت معناداری وجود دارد. بدین معنی که ۷ مورد از ریشه های والدینی مربوط به مادر در گروه اختلال هویت جنسی بیشتر می باشد. از یافته های دیگر این پژوهش نشان داد که بین دو گروه TS و بهنجار از نظر ریشه های والدینی طرحواره های ناسازگار اولیه محرومیت هیجانی، رها شدگی/ بی ثباتی، بی اعتمادی/ بدرفتاری، آسیب پذیری به ضرر یا بیماری، وابستگی/ بی کفایتی، نقص/ شرم، شکست، اطاعت، معیارهای سرسختانه، استحقاق/ بزرگ منشی، خویشتن داری/ خودانضباطی ناکافی و تنبیه (مربوط به پدر) تفاوت معناداری وجود دارد. بدین معنی که طرحواره های ذکر شده در گروه TS بیشتر می باشد

های ناسازگار اولیه، در طرحواره های؛ آسیب پذیری به صدمه یا بیماری، محقق بودن، ترک شدن/ بی ثباتی، بی اعتمادی/ آزار دیدن، محرومیت هیجانی، نقص داشتن/ شرم، انزوای اجتماعی، فدا کردن، تنبیه تفاوت معناداری وجود دارد. بدین معنی که طرحواره های ذکر شده در گروه بالینی بیشتر می باشد این یافته هماهنگ با پژوهش سیمون و همکارانش است. سیمون و همکارانش نیز در پژوهش خود به بررسی طرحواره های ناسازگار و ریشه های والدینی دو گروه اختلال هویت جنسی و گروه عادی پرداخته و نتیجه به دست آمده از پژوهش این بود که در گروه بالینی و گروه عادی تمایز وجود دارد بدین معنا که طرحواره های ناسازگار در گروه بالینی آسیب پذیر تر است. نتیجه به دست آمده با پژوهش حاضر همسو می باشد. در زیرگروه انزوای اجتماعی نمره میانگین بالاتری از مردان و زنان گروه کنترل داشتند. نتیجه به دست آمده با پژوهش حاضر متفاوت است که نشان دهنده نا همسو بودن با پژوهش حاضر است [۲۱] یانگ معتقد است طرحواره های ناسازگار اولیه در افراد طبیعی نیز وجود دارند، اما این طرحواره ها در جمعیت بالینی شکل اغراق آمیز و افراطی به خود می گیرند [۱۰]. اسمیت و همکارانش (۱۹۹۵) در پژوهش خود دریافتند که بخش اعظم طرحواره های ناسازگار اولیه می توانند به روشنی گروه بالینی را از گروه عادی متمایز کند [۱]، نتایج پژوهش حاضر در راستای نظریه یانگ می باشد.

علاوه بر طرحواره های ناسازگار اولیه، گروه عادی در ریشه های والدینی نیز با گروه بالینی تفاوت معنادار داشت. ریشه های والدینی طرحواره های ناسازگار اولیه محیط مستعد دوران کودکی فرد را در ارتباط با یک طرحواره خاص نشان می دهند. این محیط مستعد در شکل گیری طرحواره ها نقش دارد. پژوهش رسول زاده [۱۶] که به مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه و ریشه های والدینی در مبتلایان به اختلال شخصیت اجتنابی، اختلال فوبی و گروه عادی پرداخت، نشان داد که دو گروه بالینی در هیچ کدام از طرحواره های ناسازگار تفاوت معناداری نداشتند. از این جهت ناهمسوئی نتایج پژوهش حاضر با پژوهش رسول زاده ناشی از دو گروه بالینی متفاوت می باشد، که می تواند ناهمسوئی با پژوهش حاضر را توجیه پذیر سازد. یزدان پناه [۲۲] در پژوهشی به بررسی اختلال هویت



شکل ۱) فراوانی طرحواره های ناسازگار اولیه با شدت خیلی بالا در افراد با اختلال هویت جنسی

همان طور که شکل ۱ دیده می شود بیشترین درصد فراوانی طرحواره های ناسازگار اولیه در افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی مربوط به طرحواره بی اعتمادی- آزار دیدن (با درصد فراوانی ۸۹/۷٪) می باشد.

بحث

براساس نتایج پژوهش حاضر مشخص شد که طرحواره های ناسازگار اولیه، در گروه بالینی نسبت به گروه عادی متمایز بود. شدت طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی بیشتر از افراد عادی بود. بین دو گروه اختلال هویت جنسی و بهنجار از نظر طرحواره

شده در گروه TS فراوانی بیشتری داشتند. نقش پدر در شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار در این گروه بیشتر بود که این یافته‌ها پژوهشی با پژوهش سیمون و همکاران [۲۱] همسو بود. در گروه بالینی مرد به زن به پدران خود رتبه کمتری از مردان یا زنان گروه کنترل در سرخوردگی عاطفی و رتبه بالاتری در رها شدن/بی‌ثباتی و خطا می‌دهند که نشان می‌دهد این پدران گرچه در مقایسه با پدران گروه کنترل انتقادتری هستند اما مراقبت و دلسوزی کمتری نیز دارند. نکته دیگری که در این یافته‌ها به دست آمد این بود که بین دو گروه اختلال هویت جنسی زن به مرد و مرد به زن از نظر طرحواره ناسازگار اولیه انزوای اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد. بدین معنی که طرحواره ناسازگار انزوای اجتماعی در گروه اختلال هویت جنسی مرد به زن بیشتر می‌باشد و این طرحواره ناسازگار آسیب‌پذیرتر است. پژوهش سیمون در این مورد به نتیجه متفاوتی دست یافت که خرده‌آزمون نادیده گرفتن و طرد شدن در نمونه‌های بالینی مرد به زن فراوانی بیشتری داشت. از این جهت پژوهش حاضر در این بخش همسو نمی‌باشد. پژوهش دادفر [۴] و همکاران الگوهای شخصیتی بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی را مورد بررسی قرار دادند. نمونه‌های پژوهش ۳۶ بیمار (۲۲ زن و ۱۴ مرد) مبتلا به اختلال هویت جنسی بودند که از طرف پزشکی قانونی برای ارزیابی روانشناختی به درمانگاه انسیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان ارجاع شده بودند. پژوهش نشان داد که فراوان‌ترین الگوهای شخصیتی در این بیماران خودشفته (۲۲٪) و وسواسی (۲۹٪) می‌باشند. فراوانی الگوهای شخصیتی در بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی بالا است و بایستی در ارزیابی و برنامه‌ریزی بیماران در نظر گرفته شود. که با نتایج پژوهش همسو نیستند، نمونه‌های گروه پژوهش حاضر اختلال‌های شخصیتی را در گروه بالینی مورد ارزیابی قرار ندادند. در پژوهش دادفر طرحواره‌های ناسازگار و ریشه‌های والدینی مورد بررسی قرار نگرفت، که این تفاوتها در پژوهش، ناهم‌سویی در نتایج پژوهش را توجیه‌پذیر می‌سازد.

بر اساس نتایج پژوهش مورد نظر، طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی بیشتر از افراد عادی بود. بارزترین طرحواره‌ها در اختلال هویت

جنسیتی و گروه عادی با تاکید بر نقش خانواده در استان کرمان پرداخت که با پژوهش پیش رو همسو نیست. عدم بررسی طرحواره‌های ناسازگار کودکی، اجرای پرسشنامه‌های متفاوت دلیلی است که دو پژوهش همسو نباشند. همچنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین دو گروه اختلال هویت جنسی و بهنجار از نظر ریشه‌های والدینی طرحواره‌های ناسازگار اولیه، در طرحواره‌های ناسازگار؛ وابستگی/بی‌کفایتی، نقص/شرم، اطاعت، معیارهای سرسختانه، استحقاق/بزرگ‌منشی، خویشتن‌داری/خودانضباطی ناکافی، منفی‌گرایی/بدبینی (مربوط به مادر) تفاوت معناداری وجود دارد. بدین معنی که ۷ مورد از ریشه‌های والدینی مربوط به مادر در گروه اختلال هویت جنسی آسیب‌پذیرتر بودند. پژوهش سیمون و همکاران (۲۰۱۱)، درباره درجات مادری، اختلاف کلی بین گروه‌های تحقیقی در سرخوردگی عاطفی، عدم وابستگی/بی‌کفایتی، ایراد/شرم، خودکنترلی ناکافی، شکست و معیارهای سرسختانه نشان می‌دهد. این یافته‌ها همسو با تئوری یانگ و تئوریهای دیگر است که ابتلا به اختلالات روانی از جمله اختلالات اضطرابی و اختلالات شخصیت را از طریق نقش سبک‌های والدینی تبیین کرده‌اند. برای مثال چورپیتا و بارلو، منزیس و بردلی، رابین و میلز و واسی و دادز مراقبت و پذیرش کم والدین همراه با سطوح بالای طرد و کنترل بیش از حد آنها را منشأ اضطراب دانستند که از طریق رشد طرحواره‌های ناکارآمد شناختی ایجاد می‌شود [۲۳]. ریشه‌های دوران کودکی طرحواره‌های غیرانطباقی فرد است که در اثر تعامل با والدین (مادر یا پدر یا هر دو) در دوران کودکی موجب شکل‌گیری طرحواره‌های فرد شده است [۱۴]. در نظریه طرحواره فرض بر این است که رفتارهای پدر و مادر در شکل‌گیری و تحول طرحواره‌ها نقش داشته‌اند. از یافته‌های دیگر در این پژوهش می‌توان به این مورد اشاره کرد که بین دو گروه TS و بهنجار از نظر ریشه‌های والدینی طرحواره‌های ناسازگار اولیه محرومیت هیجانی، رها شدگی/بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/بدرفکاری، آسیب‌پذیری به ضرر یا بیماری، وابستگی/بی‌کفایتی، نقص/شرم، شکست، اطاعت، معیارهای سرسختانه، استحقاق/بزرگ‌منشی، خویشتن‌داری/خودانضباطی ناکافی و تنبیه (مربوط به پدر) تفاوت معناداری وجود دارد. بدین معنی که طرحواره‌های ذکر

جنسی پیش از دوران مدرسه و تاثیر روان درمانی بر روی بیماران اختلال هویت جنسی بررسی شود. اجرای این توصیه ها جهت سلامت روان بیشتر برای بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی و خانواده آنها می باشد.

منابع

- 1- Ahmadian Gorji, M. Compare early maladaptive schema in three groups of Mdd (with suicide), Mdd without suicide) and non-clinical samples [M.A. Dissertation]. Tehran Psychiatric Institute; 1385. p. 177. [Persian].
- 2- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Washington, Dc. 2005; p. 240.
- 3- Asgari M. psychiatric disorder with Transsexual Disorder. Legal Medical. 1386; 188-81.
- 4- Bahrami, M. Review the applicant's demographic Skval trans gender center in Tehran during 82-78
- 5- Cohen K, Drescher J, Winter S. Minding the body : situating gender identity diagnoses. Int Rev psychiatry. 2012; 24(6):568-77.
- 6- Hay Wm, Barlow, D.H, Hay LR. Treatment of stereotypic cross-gender with gender identity confusion. J Consult Clin Psychol. 1981; 4 (9):388-94.
- 7- Basoal, AF. The interaction of fraternal birth order and body size in male sexual orientation. Behavioral Neuroscience. 2003; 117 381-84.
- 8- Byne W, Bradley SJ, Coleman E . Treatment of Gender identity disorder. Am J psychiatry. 2012; 168(7):75. a gender
- 9- Cohen-Kettenis P, Gooren T , L. Transsexualism: A Review Of Etiology, Diagnosis And Treatment, Journal of Psychosomatic Research. 2005; 4 (6):315-333 .
- 10- Gooren LJ. Clinical practice care of transsexual persons N engl j med. 2011. P.364:1251-7.
- 11- Green R, Gender Identity Disorder In: B.J Sadock, & V.A. Sadock Comprehensive Text Book of Psychiatry. 8th ed. Williams & Wilkins, USA. Philadelphia; 2005.
- 12- Kaplan H. Sadock B. Synopsis of Psychiatry, 9th ed. Baltimore: William & Wilkins; 2003; p. 380_385.
- 13- Krege, S. Disorders of sexual development and identity in childhood. Urologie A. 2012 ; (51): 62
- 14- Lawrence AA. Sexuality before and after male to female sex reassignment, surgery, Arch Sexbehav 2010; (45): 46.
- 15- Meyenburg B, Korte A, Moller B , Romer G. Psychosomatic and psychotherapy. 2014; 6 (3): 510-22.
- 16- Rasoolzadeh Z. comparing of early maladaptive schemas and parental origins of these schemas in personality disorder and agoraphobia disorder with normal group. [M.A. Dissertation]. Tehran Psychiatric Institute; 1388. p. 140. [Persian].

جنسی؛ محقق بودن، بی اعتمادی، محرومیت هیجانی، شرم بود. همینطور نشان داد که بین دو گروه اختلال هویت جنسی و عادی از نظر ریشه های والدینی تفاوت معناداری وجود داشت. بارزترین طرحواره ها در ریشه والدینی مادر؛ معیارهای سرسختانه و نقص و در ریشه های والدینی پدر؛ محرومیت هیجانی، بی ثباتی، بد رفتاری، نقص، شکست، اطاعت به دست آمد. دو نکته اساسی حاصل از یافته های حاضر می تواند رهنمودهای نظری و درمانی مهمی در پی داشته باشد. نخست اینکه بالا بودن شدت طرحواره های آسیب پذیری به صدمه یا بیماری، محقق بودن، ترک شدن/ بی ثباتی، بی اعتمادی/ آزار دیدن، محرومیت هیجانی، نقص داشتن/ شرم، انزوای اجتماعی، فدا کردن، تنبیه در مبتلایان به بیماری اختلال هویت جنسی در بردارنده این پیام تلویحی است که با شدت شناسایی طرحواره های فوق و اندازه گیری شدت آن و مشخص کردن الگوی طرحواره ای بتوان راهبردهای مداخله ای مناسبی در جهت کاهش شدت این طرحواره ها به عمل آورد. دوم اینکه یافته ها گویای آن بود که احتمالاً یک نقطه برش در پیوستار طرحواره می تواند وجود داشته باشد که گروه بالینی را از گروه عادی هم متمایز می کند. این مسئله این رهنمود بالینی و نظری را به همراه دارد که با پدید آمدن همزمان این طرحواره ها در حد خاص و مشخصی از نظر شدت، در کنار پایین بودن طرحواره های مشخصی می توان انتظار احتمالی بروز TS را داشت. به بیان دیگر بروز TS نشان دهنده وجود مجموعه طرحواره های خاصی در وضعیتی مشخص است که می تواند به عنوان کانون مداخله درمانی واقع شود. در انجام هر پژوهشی محدودیت هایی وجود دارد. پژوهش حاضر نیز مستثنی نبود. یافتن گروه بالینی پژوهش یکی از دشواری های پژوهش بود. اکثر بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی ارتباط خود را با مراکز درمانی قطع کرده بودند و بیشتر آنها تمایلی به مشارکت در پژوهش نشان نمی دادند. به دلیل تعداد سوالات زیاد پرسشنامه طرحواره ناسازگار یانگ، زمان زیادی صرف پاسخ دهی شد که تاثیر منفی در همکاری نمونه ها داشت. پیشنهادهای به پژوهشگران آتی در پژوهش های بعدی ارتباط اختلال هویت جنسی و اختلالات شخصیت مورد بررسی قرار گیرد. همچنین توصیه می شود که به بررسی تشخیص اختلال هویت

- 17- Salavati, M. Dominant scheme and the effectiveness of schema therapy in female patients with borderline personality disorder [M. A. Dissertation]. Tehran Psychiatric Institute; 1386. p. 116. [Persian].
- 18- Salavati, M. Schema Therapy (special guide clinicians in clinical psychology), Tehran: Danzhh; 1389. p. 89. [Persian].
- 19- Sheniferd R.F. Separation Conflict as a Component of Sever Gender Identity Confusion in Schoolage Boys, Doctoral Dissertation: Adelphi University; 1995. p. 89-111.
- 20- Smith YL, Van Goozen SH, Kuiper AJ, Cohen-Kettenis PT. sex Reassignment, out comes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *psycho Med.* 2009; 2(1): 35
- 21- Simon L., Zsolt Y., Fogd D., Czobor P. Dysfunctional core beliefs, perceived parenting behavior and psychopathology in gender identity disorder: A comparison of male-to-female, female-to-male transsexual and nontranssexual control subjects, *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat.* 2011; 4(2): 38-45.
- 22- Yazdanpanah L. transsexual with pattern of family. *Iran social studies:* 1390. p. 18.
- 23- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. Schema therapy: A practitioner's guide. New York: Guilford; 2005. p. 68-89.
- 24- Young, J.E. Cognitive therapy of personality disorders, schema-driven approach, Tehran: Arjmand Publications; 1389. p. 119-124. [Persian].
- 25- Young, J.E. Schema Therapy (Practical Guide to Clinical Specialists), Tehran: : Arjmand Publications; 1386. p. 54-60 [Persian].



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی

Comparison of Early Maladaptive Schemas and Parental Origins in Patients With Gender Identity Disorder and Normal Individuals

Anzabdashti, S.I. M.A, Asgharnejadfarid, A.A. *Ph.D., Rayisi, Z. Ph.D.

Abstract

Introduction: The purpose of this present study was comparing of early maladaptive schemas and parental origins of these schemas among the patients with gender-identity disorders and normal individuals.

Method: The present research is a causal- comparative study. The statistical sample included 78 individuals in two groups, clinical (patients with gender-identity) and normal individuals (control 39 people) who were selected using convenience sampling. Data collection of clinical group was done by referring to the legal medical, psychotherapy and psychology clinics and Gender Reconstruction Surgery (GRS) in Tehran, Shiraz and Mahmoud Abad. The samples were evaluated by Early Maladaptive Schema scale (YSQ-RE2 R) and Young parenting inventory (YPI), General Health Questionnaire (GHQ) who performance for general group.

Results: The data analyzed, since data distribution wasn't normal (with one-sample Kolmogorov-Smirnoff test and Shapiro-wilk test and probability-probability chart), non-parametric equivalent of independent T test (U Mann-Whitney) and correlation coefficient were used. In this present study, Cronbach's alpha all parts of the questionnaire was gained about 0.78. The survey shows that there was significant difference between two clinics and normal groups among 9. This means that early maladaptive schemas were more in the clinics group. There was significant between two groups of gender-identity disorder and normal people from point of view of prior incompatible parental origins schemas (related to mother and father).

Conclusion: The data analyzed, since data distribution wasn't normal (with one-sample Kolmogorov-Smirnoff test and Shapiro-wilk test and probability-probability chart), non-parametric equivalent of independent T test (U Mann-Whitney) and correlation coefficient were used. In this present study, Cronbach's alpha all parts of the questionnaire was gained about 0.78. The survey shows that there was significant difference between two clinics and normal groups among 9. This means that early maladaptive schemas were more in the clinics group. There was significant between two groups of gender-identity disorder and normal people from point of view of prior incompatible parental origins schemas (related to mother and father).

KeyWords: Primary Maladaptive Schemas, Parental Origins, Gender Identity Disorders.

*Correspondence E-mail:
aliasghar.farid@gmail.com