

اختلالات هویت جنسی دوران کودکی و نوجوانی

هویت جنسی عبارت است از احساس فردی مرد یا زن بودن که از سن ۳ و ۴ شروع می‌شود. برای تشخیص اختلال هویت جنسی در DSMIV دو ملاک عمده وجود دارد که ملاک الف - همانندسازی قوی و مستمر با جنس مخالف و ملاک ب - احساس ناراحتی مستمر با جنس خود یا احساس نامتناسب بودن در نقش جنسی خود را شامل می‌شود.

شیوع این اختلال، از ۱۶-۶٪ در مطالعات همه‌گیرشناسی غیر رسمی متغیر بوده است. برای ارزیابی این اختلال می‌توان از گزارش والدین، روشهای رفتاری و فنون فرافکن استفاده کرد. از عارضه‌های همراه این اختلال می‌توان به افسردگی، آشفتگیهای رفتاری و اختلالات شخصیت اشاره کرد. بین سوگیری جنسی و هویت جنسی رابطه قطعی نمی‌توان فرض کرد. در سبب‌شناسی این اختلال می‌توان به عوامل زیستی - روانی و اجتماعی اشاره کرد. در مدل نظری زاگر برادی و کوایس، یک عامل عمومی که اضطراب کودک را افزایش داده و عوامل اختصاصی که به صورت پویا در درون خانواده یا کودک وجود دارند، به عنوان علل اصلی اختلال هویت جنسی معرفی شدند. برای درمان می‌توان از فنون رفتاری و روان تحلیلی و آموزش خانواده استفاده کرد، ولی کار با خود بیمار و درمان عارضه‌های همراه، از جمله، افسردگی و سایر مشکلات روانی - اجتماعی، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

دکتر محمدرضا محمدی

فوق تخصص روانپزشکی کودکان و نوجوانان
دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
بیمارستان روزبه

فرزاد مؤمنی

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی و
روان‌شناسی تربیتی و روان‌شناس بالینی
بخش اطفال بیمارستان روزبه

فرزانه مهربانی

کارشناس روان‌شناسی بالینی

واژه‌های کلیدی: اختلال هویت جنسی / (فتار نقش جنسی) / سوگیری جنسی

نشده است، طبقه بندی کرده است. در نوجوانان و بزرگسالان باید نوع تمایل جنسی نیز مشخص گردد که شامل: با تمایل جنسی نسبت به مذکر، با تمایل جنسی به هر دو جنس و بدون تمایل جنسی، می‌باشد.

برای تشخیص، دو شاخص عمده وجود دارد:

شاخص الف - عبارت است از همانند سازی قوی و مستمر با جنس مخالف، نه فقط میل به هر گونه مزایای فرهنگی تصویری در مورد جنس مخالف و در کودکان با چهار یا بیش از چهار خصوصیت زیر تظاهر می‌کند:

۱- میل مکرر، یا اصرار بر این که متعلق به جنس مخالف است.

۲- در پسرها، ترجیح دادن لباس دخترانه یا تقلید ظاهر دخترانه؛ در دخترها، اصرار بر پوشیدن لباسهای قالبی مردانه.

۳- ترجیح دادن مستمر و مبرم نقشهای جنس مخالف در بازیها یا تخیلات مستمر جنس مخالف بودن.

۴- میل شدید به شرکت در بازیهای کلیشه‌ای و تفریحات جنس مخالف.

۵- ترجیح دادن مبرم همبازیهای جنس مخالف.

در نوجوانان و بالغین، اختلال با علایمی بروز می‌کند نظیر، میل ابراز شده به جنس مخالف بودن، جازدن مکرر خود به عنوان جنس مخالف، میل برای مداوم شدن و زیستن به عنوان جنس مخالف یا اعتقاد براینکه دارای احساسات و واکنش‌های تیپیک جنس مخالف است.

شاخص ب - احساس ناراحتی مستمر با جنس خود یا

هویت جنسی^(۱) عبارت است از احساس فردی مرد یا زن بودن که از سن ۴-۳ سالگی نمایان می‌شود. در حالی که نقش^(۲) جنسی به جنبه‌هایی از رفتار فرد اشاره می‌کند که با تعاریف فرهنگی مردانگی و زنانگی شکل می‌گیرند، شواهدی وجود دارند که رفتار نقش جنسی به دنبال برچسب زدن صحیح به خود به عنوان یک مرد یا زن پدید می‌آید. (فاگوت^(۳) و همکاران ۱۹۸۶)

در بسیاری از کودکان بروز رفتارهای قالبی جنسی با توجه به نظر متفاوت نسبت به رفتارهای مناسب برای مرد یا زن، از سنین ۵-۴ سالگی شروع می‌شود. تغییر تدریجی و درک انعطاف‌پذیرتر در مورد رفتارهای ویژه و خاص زن یا مرد در سالهای اخیر مشاهده می‌شود. (سربین^(۴) و همکاران ۱۹۹۳). البته بسیاری از کودکان به فعالیتهای ویژه جنس خود ادامه می‌دهند و فعالیتهایی را که مخالف جنس خودشان باشد و توسط کودکان همجنس به صورت افراطی صورت گیرد، نمی‌پذیرند.

اختلال هویت جنسی^(۵) اشاره دارد به برچسب زدن خود به عنوان دگر خواه جنسی^(۶) همجنس خواه^(۷) و دو جنسی^(۸). این اختلال که از جاذبه‌های عشق شهوانی^(۹) ناشی می‌شود، از دوران نوجوانی بروز می‌کند. سوگیری جنسی^(۱۰) نیز جاذبه‌های عشق شهوانی را توصیف می‌کند و معمولاً با هویت جنسی رابطه مستقیم دارد، جز در مواردی که احساس غیرقابل قبولی از عشق شهوانی وجود داشته باشد (زاگر^(۱۱) و همکاران ۱۹۹۵)

1-Gender Identity	2-Gender role behavior
3-Fagot	4-Serbin
5-Gender Identity Disorder	
6-Heterosexual	7-Homosexual
8-Bisexual	9-Eroticallyattractive
10-Sexualorientation	11-Zucker
12-Diagnostic and Statistical manual of mental disorder;4 edition	

DSMIV^(۱۲) اختلالات هویت جنسی را به اختلال هویت جنسی در کودکان، اختلال هویت جنسی در نوجوانان و بزرگسالان و اختلال هویت جنسی که به گونه‌ای دیگر مشخص

دارد. (آخنباخ و ایدلبروک^(۳) ۱۹۸۳)

گزارشهای مادران که از طریق چک لیستهای استاندارد CBCL جمع آوری شده‌اند، نشان می‌دهند که ۶٪ پسران ۴-۵ ساله و ۱۱/۸٪ از دختران ۴-۵ ساله اغلب رفتارهایی شبیه به جنس مخالف از خود بروز داده‌اند و در حدود ۵٪ این دختران آرزو کرده‌اند که از جنس مخالف باشند. در مقابل، در کودکان ارجاع شده، گزارشهای مادران مبین این بود که ۱۶/۳٪ از پسران ۴-۵ ساله رفتارهایی شبیه به جنس مخالف داشته و ۱۵/۵٪ آنها آرزو کرده‌اند که از جنس مخالف باشند. در دختران ارجاع شده (مبتلا) مادران گزارش کردند که تمایل این دختران به رفتارهای جنس مخالف از شدت بالایی برخوردار است. این گزارشها میزان یا نسبت اختلالات GID را معین می‌کند و تنها نشان می‌دهد که این گونه رفتارها در نمونه‌های مراجعه کننده به کلینیکها غیر معمول و غیر عادی نیستند و متخصصان بالینی، بایستی به طور اساسی و منظم درباره علائم اختلالات هویت جنسی (GID) تحقیق نمایند تا بتوانند تعیین کنند که چه کودکانی به معیار یا شاخص این اختلالات نزدیکتر هستند. (زاگر برادلی^(۴) ۱۹۹۵)

نمونه‌های کلینیکی نشان داده‌اند که میزان پسران دچار اختلالات هویت جنسی نسبت به دختران. در حدود ۷:۱ (هفت پسر در مقابل یک دختر) است. گزارشهای کلینیکی نشان داده‌اند که اینگونه تفاوتها را نمی‌توان از طریق جمعیت‌شناسی مشاهده کرد. در بررسی همه گیرشناسی در سطح اجتماع چون دختران در بسیاری از مقیاسها نسبت به پسران از تمایلات بیشتری نسبت به جنس مخالف برخوردار بودند، نتیجه گیری شده که دختران بیشتر از پسران دچار این نوع اختلالات هستند. در عین حال بروز این اختلالات وابسته به اجتماع و طرز برخورد بزرگسالان یا همگنان این بیماران نسبت به تمایلات آنها به رفتار جنس مخالف است. در کلینیک

احساس نامتناسب بودن در نقش جنس خود. در کودکان، اختلال با هر یک از علایم زیر تظاهر می‌کند: در پسرها، اعتقاد بر اینکه آلت تناسلی یا بیضه‌ها چیزهای نفرت آوری هستند یا از بین خواهند رفت، یا اعتقاد به این موضوع که بهتر است شخص آلت تناسلی نداشته باشد، یا بیزاری نسبت به بازیهای خشن پسرانه و رد اسباب بازیها و فعالیتهای کلیشه‌ای پسرانه؛ در دختران، امتناع از ادرار کردن در حالت نشسته یا عدم تمایل به رشد پستانها و شروع عادت ماهانه، یا بیزاری بارز نسبت به لباس معمول دخترانه.

در نوجوانان و بزرگسالان، اختلال با علایمی نظیر اشتعال ذهنی در مورد بریدن صنات اولیه و ثانوی جنسی (مثل درخواست تجویز هورمونها، جراحی، یا سایر روشهای تغییر فیزیکی مشخصات جنسی به منظور مشابهت با جنس مخالف) تظاهر می‌کند.

شاخص پ - اختلال، همزمان با یک اختلال فیزیکی دو جنسی بودن نیست.

شاخص ت - اختلال موجب ناراحتی قابل ملاحظه بالینی و تخریب در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه‌های مهم می‌شود. (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴)

همه‌گیر شناسی

مطالعات همه گیرشناسی رسمی در مورد شیوع و وقوع اختلال هویت جنسی (GID)^(۱) وجود ندارد. گسترده‌گی و میزان شیوع این بیماری در بزرگسالان تقریباً شبیه به چگونگی و میزان شیوع این بیماری در کودکان است. تحقیق ساندرگ^(۲) و همکاران ۱۹۹۳ نشان داد که میزان شیوع این اختلالات در کودکان بسیار پایین می‌باشد، البته ممکن است گاهی رفتارهایی مبنی بر تمایل به جنس مخالف بروز کند که خیلی غیر عادی و نامعمول نیست. گزارشهای والدین براساس چک لیست رفتاری کودکان (CBCL) حاکی از آن است که محدودیت زیادی برای شیوع این اختلال وجود

1-Gender identity disorder

2-Sandberg

3-Achenbach and Edelbrock

4-Bradley

GID، بسیار متفاوتند، زیرا آنها از کودکی رفتارهایی را که نشانه تمایل به جنس مخالف است، نشان نمی‌دهند (زاکروبرادلی ۱۹۹۵).

زاگر و همکارانش، نسبت به شیوع این اختلال بسیار کمتر و در حدود ۱/۴٪ پسر در مقابل ۱٪ دختر بود. (زاگر و همکاران ۱۹۹۷).

آسیب‌شناسی روانی همراه

ارزیابی

آسیب‌شناسی روانی همراه از طریق سنجش گزارش والدین و معلم، مشاهده رفتار و تکنیکهای فرافکن مورد مطالعه قرار می‌گیرد. منظم‌ترین روش بررسی فرضیه‌ها در این زمینه، تجزیه و تحلیل چک لیست رفتاری کودک (CBCL) است. بررسی (CBCL) پسرانی که دچار اختلالات هویت جنسی هستند، نشان داد که این پسران به طور متوسط نسبت به همشیرهای گروه کنترل، آشفته‌تر به نظر می‌رسند. (زاگر و برادلی ۱۹۹۵). پسران ۱۱-۶ ساله، نسبت به پسران ۵-۴ ساله‌ای که دچار اختلال GID هستند و در ضمن تفاوت چندانی با گروه کنترل (همشیرهای خود) ندارند، بسیار آشفته‌تر می‌باشند. طبق گزارشهای والدین و مربیان، آسیب‌شناسی روانی درونی شده^(۳) نسبت به آسیب‌شناسی روانی برونی شده^(۴) بسیار بالاتر و پیشرفته‌تر است. دختران مبتلا به GID تقریباً در همان سطح دچار آشفتگی بودند و ضمناً بیشتر در معرض آسیب‌های روانی درونی و برونی قرار داشتند. نوجوانان ارجاع شده نیز تقریباً در همان سطحی که مادران گزارش داده بودند دارای آشفتگیهای رفتاری بودند و این مشکلات طبق CBCL آسیبهای روانی درونی و برونی بودند.

از گزارش والدین، ارزیابیهای رفتاری و فرافکن برای سنجش شدت و وسعت اختلال هویت جنسی استفاده می‌شود. در ده سال گذشته وسایل ارزشیابی مورد بررسی قرار گرفته و روی تعدادی از کودکانی که دارای تمایلات جنسی مخالف هستند، مورد آزمایش قرار گرفته است؛ به طور کلی این اندازه‌گیریها از اعتبار تشخیصی خوبی برخوردار هستند. (گرین^(۱)، ۱۹۸۷، زاگر و برادلی ۱۹۹۵) در مصاحبه با والدین، باید براساس ملاکهای رفتاری کلید که در DSMIV به آن اشاره شده، بررسی منظمی به عمل آید. برای اطمینان از گزارش والدین می‌توان با کودکان در مورد ناراحتیهای جنسی، رفتارهای مربوط به جنس مخالف و نگرش به تغییر جنسیت مصاحبه‌هایی انجام داد، ولی درک پویا از احساس بچه‌ها نسبت به خودشان و مراقبشان از اهمیت خاصی برخوردار است. (کواتیس^(۲) و همکاران ۱۹۹۱)

زاگر و برادلی در ۱۹۹۵ موارد ویژه‌ای از مصاحبه با کودکان گزارش کردند، در گزارشهای آنها مشخص شد که کودکان دارای اختلال هویت جنسی، جهان را تهدید کننده می‌بینند و بودن در قالب جنس مخالف را باعث حفاظت، حمایت، قدرت، و همچنین عاملی برای از دست دادن مراقبان می‌دانند. نوجوانان با تشخیص GID به علت تعداد محدود نوجوانان مراجعه کننده به کلینیکها، کمتر به صورت منظم مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند.

در DSMIV از یادگارپرستی و مبدل‌پوشی به عنوان اختلالاتی که در مردان مبتلا به دگر خواهی جنسی وجود دارد، نامبرده شده است. نوجوانانی که دارای تمایلات مبدل‌پوشی هستند، نسبت به نوجوانان مبتلا به اختلالات

کواتیس و پرسون^(۵) ۱۹۸۵ گزارش کردند که ۶۰٪ پسران ۲۵ ساله که دچار اختلالات GID هستند با معیارهای اضطراب جدایی مورد معاینه قرار می‌گیرند. این نتایج توسط زاگر از طریق بررسی ۱۱۵ پسر مبتلا به مشکلات جنسی تأیید

1-Green

2-Coates

3-Internalizing Psycho pathology

4-Externalizing psychopathology

5-Person

کسانی که رابطه جنسی داشتند، به عنوان دوجنسی یا همجنس‌گرایی طبقه‌بندی شدند. در تجزیه و تحلیلی که در سال ۱۹۹۵ توسط زاگر و برادلی روی نوشتارهای علمی انجام شد، یک ارتباط بسیار قوی بین پیشرفت رفتارهای جنسی مخالف در کودکان و سوگیری جنسی به سمت همجنس‌گرایی مردانه و زنانه آنها در آینده مشاهده شد.

علی‌رغم این ارتباط قوی، طبق پیگیریهای گرین، (۱۹۸۷) نتایج به دست آمده از پژوهشهای اخیر نشان می‌دهند که تعدادی از نوجوانان مبتلا به GID دگرخواه جنسی هستند، یعنی دارای علاقه به جنس مخالف می‌باشند. در برخی نوشتارهای علمی نیز مشخص شده که برخی از افراد همجنس‌گرا، رفتارهایی مبنی بر تمایل به جنس مخالف از خود بروز می‌دهند، این مسأله نشان می‌دهد که رابطه چندانی بین اختلالات GID و همجنس‌گرایی وجود ندارد و اختلالات GID آن‌گونه که بین مردم رواج دارد، به تنهایی نشان‌دهنده بروز رفتارهای همجنس‌گرایی نیستند. (زیگر^(۴) ۱۹۸۸)

گرین در سال ۱۹۸۷ اظهار داشت که تنها معدودی از پسران (۱ نفر از ۴۴ نفر) دارای اختلالات GID، در نوجوانی و بزرگسالی، تمایلات و رفتارهایی مشابه جنس مخالف از خود بروز می‌دهند.

گرچه، گرین به این نتیجه رسید، افرادی که به طور پیوسته رفتارهایی مبنی بر تمایل به رفتار جنس مخالف از خود نشان می‌دهند، در آینده دچار همجنس‌گرایی می‌شوند، ولی به طور حتم نمی‌توان معین کرد که با کدام یک از متعیرها می‌توان اختلالات جنسی دوران نوجوانی را پیش‌بینی کرد.

در ارزیابی کلینیکی نوجوانان دارای اختلالات GID مشخص شد که والدین این نوجوانان نسبت به رفتارها و تمایلات نوجوانان خود به جنس مخالف، صبر و حوصله بیشتری به خرج می‌دهند، در حالی که والدینی که رفتار دقیق‌تری در برابر بروز حالات مختلف کودکان خویش دارند،

شد، پسرانی که معیار کاملی از علائم بیماری را نشان دادند، نسبت به پسران فاقد این معیارها، دارای آشفتگی و پریشانی بودند. البته این نتایج، طبق صحبت‌های مادران این کودکان در یک برنامه مصاحبه استاندارد بود و ضمناً آسیب‌های روانی بیرونی این بیماران نسبت به آسیب‌های روانی درونی در سطح بالاتری قرار داشت. (زاگر و دیگران ۱۹۹۶)

براساس مطالعات کوتیس و همکاران در والدین این کودکان نیز اختلالات روانی مشاهده شده است، گرچه، آسیب‌شناسی روانی والدین از نظر تشخیص علائم بیماری، بارز و آشکار نیست. مثلاً مادران فرزندان دچار اختلالات GID در سطح بالاتری نسبت به مادران گروه کنترل دچار افسردگی و اختلال شخصیت مرزی هستند. (مارانتز^(۱) و کوتیس ۱۹۹۱) ضمناً نسبت بالاتری از دیگر اختلالات روانپزشکی در آنها دیده می‌شود (ولف^(۲) ۱۹۹۱). همچنین آسیب‌شناسی روانی بیشتری در چک لیستها و مصاحبه تشخیصی ساختار یافته از لحاظ سازگاری اجتماعی، افسردگی و خصومت، نسبت به مادران گروه کنترل نشان می‌دهند. (میچل^(۳) ۱۹۹۱)

گرچه پدران از نظر این اختلالات کمتر مورد تحقیق قرار گرفتند. ولی ولف (۱۹۹۱) در مصاحبه بالینی ساختار یافته‌ای که با ۱۲ نفر از پدران دارای فرزندان مبتلا به اختلالات GID انجام داد، به این نتیجه رسید که پدران، در سطح بالایی دچار سوء مصرف مواد و افسردگی هستند.

رابطه بین سوگیری جنسی و هویت جنسی

این ارتباط در مطالعات آینده‌نگر پسران مبتلا به GID و همچنین از مطالعات گذشته‌نگر مردان و زنان مبتلا به همجنس‌گرایی، مشاهده شده است. در مطالعاتی که گرین ۱۹۸۷ انجام داد به این نتیجه رسید که ۷۵٪ از پسرانی که دارای ویژگیهای جنس مخالف هستند، از سن ۱۹ سالگی دارای تمایلات دو جنسی یا همجنس‌گرایی می‌شوند و ۸۰٪

1-Marantz

2-Wolfe

3-Mitchell

4-Zuger

مانع از ادامه یافتن این حالات و رفتارها در سنین نوجوانی فرزندان می‌شوند.

در پیگیری زاگر و برادلی (۱۹۹۵) روی ۱۶ نوجوانی که دچار اختلال هویت جنسی بودند، ۳ نفر علائم این اختلال را در سنین بزرگسالی نشان دادند، ۳ نفر دیگر مورد جراحی و درمان هورمونی قرار گرفتند، و بقیه نوجوانان مبتلا که برای ادامه درمان مراجعه به کلینیک نداشتند، به نحوی دچار اختلالات و مشکلات جنسی بودند.

سبب شناسی

تحقیقات زیست‌شناختی

مسأله هورمونهای جنسی والدین و تأثیر آن در شکل‌گیری رفتارهای بعدی جنسی و همچنین سوگیریهای جنسی فرزندان، از جمله تئوریهای حائز اهمیت بوده که طی سالیان طولانی مورد بررسی قرار گرفته است.

تأثیر واکنش استروژن مثبت از مهمترین شیوه‌های آزمایش فرضیه تأثیر هورمونی والدین در بزرگسالی کودکان است. (گلادو^(۱) و دیگران ۱۹۸۴) در زنان متمایل به رفتار جنس مخالف، هنگام تزریق استروژن، هورمون luteinizing در حد قابل ملاحظه‌ای افزایش می‌یابد.

از آزمایشهایی که روی مردان همجنس‌گرا و همچنین زنانی که با دارو یا جراحی جنسیت خود را تغییر داده بودند، نتایج کاملاً متناقض به دست آمد. (بین و پارسونز^(۲) ۱۹۹۳) همچنین تحقیقات آناتومی، اثر هسته دو شکلی^(۳) را در بروز رفتارهای جنسی در حیوانات مورد بررسی قرار دادند تا دریابند که آیا بین مردان و زنان همجنس‌خواه با مردان و زنان دگر خواه جنسی، تفاوتها و شباهتهایی دیده می‌شود یا نه؟ (آلن و گروسکی^(۴) ۱۹۹۲).

مطالعاتی که بر روی دختران و زنان مبتلا به ناراحتیهای فوق کلیوی مادرزادی انجام شد، دلایلی برای اثبات تئوری هورمونی فراهم آورد. مقدار آندروژن در رحم

زنان مبتلا به ناراحتی CAH^(۵) (ناراحتیهای فوق کلیوی مادرزادی) در سطح بالایی است. این دختران یا زنان در سنین کودکی رفتارهایی از خود بروز می‌دهند که بیشتر شبیه رفتارهایی است که در پسران دیده می‌شود (برینباوم و هینس^(۶) ۱۹۹۲). در سنین بزرگسالی دختران مبتلا به CAH کمتر درگیر دگرخواهی جنسی می‌شوند، و نسبت به گروه کنترل بیشتر رویاهای همجنس خواهی دارند. (دیتمن^(۷) و همکاران ۱۹۹۲). سایر تحقیقات زیستی، از جمله مطالعات ژنتیکی راجع به سوگیریهای جنسی، بیشتر دلالت بر وجود مؤلفه‌های ارثی و همچنین مؤلفه‌های محیطی مؤثر می‌کنند. (باینی و پیلارد^(۸) ۱۹۹۱). هرشبرگر^(۹) و دیگران مدارک و دلایل ضعیفی از تأثیرات ارثی ارائه دادند. مطالعات ژنتیکی اخیراً در زمینه کروموزومها گسترش یافته است.

هامر^(۱۰) و دیگران (۱۹۹۳)، هیو^(۱۱) و همکاران (۱۹۹۵) بین برادران همجنس‌گرا یک هماهنگی خاص روی بخشی از کروموزوم X پیدا کردند، هرچند که در آزمایشهای دیگر چنین نتیجه‌ای به دست نیامد (ریس^(۱۲) و دیگران ۱۹۹۵). نسبت جنسی همشیره‌ها و ترتیب تولد، از زمره متغیرهای جمعیتی می‌باشد که راجع به مردان همجنس‌خواه در بسیاری از نوشتارهای قدیمی مورد بررسی قرار گرفته است. این نوشتارها اخیراً مورد مطالعه مجدد قرار گرفته‌اند، نتایج به دست آمده فوق‌العاده حائز اهمیت می‌باشند. مشخص شده که مردان همجنس‌خواه و دارای اختلالات جنسی و همچنین پسرانی که مبتلا به اختلالات GID هستند، تمایل زیادی به خواهران خود دارند؛ معمولاً کودکان مبتلا به GID از لحاظ ترتیب تولد، فرزند چندم خانواده

- | | |
|----------------------------------|--------------------|
| 1-Gladue | 2-Byne and parsons |
| 3-Dimorphic nucleus | 4-Allen and Gorski |
| 5-Congenital adrenal hyperplasia | |
| 6-Berenbaum and Hines | 7-Dittman |
| 8-Baily and Pillard | 9-Hershberger |
| 10-Hamer | 11-Hu |
| 12-Rice | |

هستند. (بلانچارد و شیردن^(۱) ۱۹۹۲).

گرچه منطقی نیست که یک عامل بیولوژیکی بتواند به خودی خود باعث اختلالات GID شود، اما این طور به نظر می‌رسد که مدارک زیادی دال بر تأثیر چندین عامل بیولوژیکی بر بروز رفتارها و تمایلات جنسی وجود دارد؛ در حال حاضر نمی‌توان یک یا چند عامل را به عنوان علت معرفی کرد، و باید منتظر تحقیقات بعدی بود. براساس سطح بالای آسیب‌شناسی روانی درونی که در کودکان مبتلا به GID مشاهده شده و با توجه به تاریخچه اختلالات عاطفی و سوء مصرف مواد در خانواده، می‌توان اختلالات جسم‌میهی حاد دگی، و کنشهای استرسی و بازدارنده را از جمله عوامل مهمی دانست که باعث آسیب‌پذیری بیشتر کودکان GID می‌شوند. (برادلی^(۲)، کگان^(۳) و همکاران^(۴) ۱۹۸۷) پسران با GID به تغییر محرک حسی حساسیت شدیدی نشان می‌دهند، به عواطف والدین خود نیز خیلی حساس هستند. این آسیب‌پذیری در برابر برانگیختگی بالا و حساس بودن به عاطفه، به صورت نامشخص مفهوم سازی می‌شود. ولی عامل مهمی در رشد GID می‌باشد. (زاکر و برادلی^(۵) ۱۹۹۵)

مطالعات روانی - اجتماعی

ارجحیت والدین برای فرزند پسر یا دختر، بر رشد و پرورش کودک و ارزش او در خانواده مؤثر واقع می‌شود. گرچه هیچ مدرکی مبنی بر اینکه مادران دارای پسر مبتلا به GID، تمایل بیشتری به فرزند دختر داشته‌اند، وجود ندارد، ولی مدارکی وجود دارد که نشان می‌دهند والدین مایل بوده‌اند فرزند بزرگتر آنها دختر باشد. گرچه این آرزو به تنهایی نمی‌تواند در بروز و پیشرفت اختلالات GID مؤثر باشد، اما در بسیاری از مادرانی که دارای پسران GID هستند، دیده شده که ناامیدی از داشتن فرزند دختر را در هنگام پرورش فرزندان پسر خود جبران می‌کنند (امپراتو، مک گینلی^(۳))، و دیگران (۱۹۷۹) توانایی والدین در شکل‌گیری رفتارهای

جنسی کودکان هنوز روشن نیست، اگر چه در تحقیقات گذشته، مشخص شده که واکنش والدین نسبت به رفتارهای عادی کودکان مثبت است، در حالی که، نسبت به رفتارهایی که مختص جنس مخالف است، واکنش منفی از خود بروز می‌دهند. (فاگوت و لیباخ^(۱) ۱۹۸۹)

میچل ۱۹۹۱ به این نتیجه رسید، مادران دارای فرزندان پسر مبتلا به اختلالات GID، نسبت به سایر کودکان گروه کنترل، فرزندان خود را در بروز رفتارهای زنانه، نسبت به بروز رفتار مردانه، بیشتر مورد حمایت قرار می‌دهند. گرچه می‌توان تصور کرد که کودکان دارای اختلالات GID نسبت به واکنشهای والدین در مورد رفتارها و تمایلات جنسی خود چه واکنشی دارند، اما غیرمنطقی نخواهد بود که بپذیریم، آزادگذاشتن فرزندان از نظر بروز رفتارهای جنسی، در طی مدت طولانی، باعث تثبیت آن رفتارها و شکل‌گیری هویت جنسی خواهد شد. اگر بخواهیم عواملی را که باعث تشدید رفتارهای جنس مخالف می‌شوند برشماریم، بایستی عوامل فعال و مؤثر، وجود والدین، عوامل ذاتی، سرشتی خود کودکان را در نظر بگیریم. (زاکر و برادلی^(۲) ۱۹۹۵)

براساس مشاهدات کلینیکی مشخص شده که دو عامل فعال (پویا) وجود دارد که باعث می‌شود مادران نسبت به رفتارهای زنانه پسران خود واکنش مثبت بروز دهند. این عوامل عبارتند از، درک و دریافت از جنس زن، به عنوان عاملی تربیتی و اینکه اغلب مادران احساس می‌کنند در تربیت و پرورش فرزندان خود قصور نموده‌اند. مسأله دیگر رفتار خشن و پرخاشگری مردان یا پدران است که باعث پرخاشگری شدید مادران می‌شود. البته این ایده به طور تجربی مورد بررسی و آزمایش قرار نگرفته است.

از جمله عوامل مؤثر در وجود کودکان، به سطح فعالیت و ظاهر فیزیکی آنها می‌توان اشاره کرد. استولر^(۴)

1-Blanchard and sheridan 2-Kagan

3-Imperato and Mc Ginley

4-Stoller

کودکان می‌شوند.

یک مدل نظری در سبب‌شناسی افتلال هویت

جنسی GID

تحقیقات زاگر، برادلی ۱۹۹۵ و کواتیس ۱۹۹۲ برای درک مسیر رشد اختلال GID، یک مدل نظری پویا فراهم کرد. در این مدل پویا، فرض می‌شود که یک عامل عمومی باعث افزایش عدم امنیت و یا اضطراب کودک درباره خود می‌شود و کودک در جستجو برای رفع این اضطراب، آسیب‌پذیر می‌گردد. عوامل عمومی دیگری که می‌توان به آنها اشاره کرد عبارتند از، تعیین‌کننده‌های موقعیتی که در واکنش به فشار روانی نقش دارند؛ مشکلاتی که در وابستگی اولیه مادر و کودک وجود دارد و باعث عدم امنیت کودک می‌شود؛ عوامل خانوادگی یا موقعیتی که اضطراب کودک را افزایش می‌دهند. عوامل خاصی که کودک را احتمالاً مستعد رشد GID می‌سازند، اختلالاتی هستند که ریشه در عوامل پویای درونی والدین دارند و سطح تحمل آنها را در برخورد با رفتارهای مغایر با جنس فرزندشان، افزایش می‌دهند، و یا شاید ریشه در درون کودک داشته باشند (برای مثال سطح فعالیت یا حساسیت کودک). بدیهی است که این مدل نظری نیاز به اعتباریابی تجربی دارد، اما چارچوب مفیدی برای مداخلات درمانی فراهم می‌آورد.

درمان

گرچه شیوه‌های متفاوتی برای درمان اختلالات GID وجود دارد، اما، به علت نادر بودن این بیماری، هیچ ارزیابی کنترل‌شده‌ای در مورد بیماران درمان‌شده صورت نگرفته است. طبق بررسیهایی که از نوشتارهای علمی در سال ۱۹۸۵

۱۹۷۵ عنوان کرد، پسران دچار اختلالات GID اغلب جذاب‌تر از سایر کودکان می‌باشند. گرین در سال ۱۹۸۷ گزارش کرد که مادران دارای فرزندان GID، اغلب پسران خود را به عنوان یک کودک زیبا و شبیه یک دختر توصیف می‌کنند. در نمونه‌های کلینیکی مشخص شده که پسران دچار اختلالات GID نسبت به سایر پسران گروه کنترل، دارای عکسهای زیبا و جذاب‌تری هستند. برعکس دختران مبتلا به GID نسبت به سایر دختران گروه کنترل و طبیعی، جذابیت کمتر دارند. (فریدیل^(۱) و همکاران ۱۹۹۶)

براساس تحقیقی که گرین در سال ۱۹۸۷ راجع به پسران دارای تمایلات زنانه انجام داد و طبق گزارشهای مادران این کودکان، نتیجه‌گیری شد که این مادران نسبت به مادران گروه کنترل، اوقات کمتری را با پسران خود سپری می‌کنند؛ بین این مادران و پسرانشان جدایی بیشتری وجود دارد؛ و این پسران، نسبت به سایر پسران، بیشتر تحت کنترل قرار می‌گیرند. ضمناً مادران پسرانی که دچار اختلالات GID هستند، درصد بیشتری از آسیب‌شناسی روانی از خود بروز می‌دهند (زاگر و برادلی ۱۹۹۵)

بعلاوه، پسران دارای اختلالات GID وابستگی ناایمن با مادران خود دارند. دختران نیز در ایجاد ارتباط با مادران خود دچار مشکل هستند و رابطه آنها، یک ارتباط ضعیف و بی‌اثر است. علت این مسأله، سطح بالای آسیب‌پذیری روانی از جمله افسردگی و اختلالات شخصیتی مادران است.

تحقیقات شرم^(۲) ۱۹۸۵ راجع به پسران GID با استفاده از مقیاسهای فرافکن، نشان داد که این پسران، رابطه خود را با پدرانشان، یک ارتباط دور، منفی و توأم با نزاع ذکر کردند. همچنین، تحقیق استولر در مورد پسران با تمایلات زنانه و مردان همجنس‌خواه به متغیر فاصله زیاد بین پدر و پسر در سبب‌شناسی اشاره کرد. روی هم رفته، کلیه گزارشهای مربوط به آسیب‌شناسی روانی والدین و شواهد دیگر، مؤید این مطلب هستند که رابطه دور یا عدم رابطه نزدیک، از جمله عواملی هستند که موجب اضطراب و در نهایت GID در

شرکت دادن والدین در درمان کودکان ارائه نمودند که حاکی از این مسأله است که حالت‌های انزواطلبی و گوشه‌گیری از اجتماع، همچنین، ناراحتی از اختلالات و مشکلات فرزندان در این والدین کاهش یافته است.

البته، شیوه‌های درمان حمایتی بیماران توسط بسیاری از نویسندگان مورد بحث و انتقاد واقع شده است، زیرا آنها معتقدند که این شیوه‌ها در نوجوانان با ایجاد یک حالت همجنس‌گرایی همراه است. در درمان نوجوانان GID حمایت‌های بیشتر برای درمان افسردگی و سایر مشکلات روانی و اجتماعی پیچیده ضروری است. برخی از نوجوانان در دوزخی که از تمایلات شدید آنها به رفتار جنس مخالف نشأت می‌گیرد، باقی می‌مانند؛ عده‌ای دیگر، بویژه نوجوانان بزرگتر و کسانی که در اوایل بزرگسالی قرار دارند، حالت فعال‌تری به خود می‌گیرند و در این جهت (رفتارهای جنس مخالف) عمل می‌کنند. برخی دیگر نیز دائماً دچار حالت انزواطلبی و طرد از اجتماع هستند و در فعالیتهای اجتماعی نرمال نوجوانی شرکت نمی‌کنند. در این گونه موارد و در صورت ادامه یافتن تمایلات جنسی، می‌توان از شیوه‌های درمانی بزرگسال استفاده کرد. (بلانچارد و استینر^(۴) ۱۹۹۰)

به عمل آمد، مشخص شد که بعضی از این شیوه‌ها در مورد برخی از کودکان و بخصوص والدین آنها، مؤثر بوده و باعث کاهش این اختلال شده است. بعلاوه، زاگر در سال ۱۹۸۵ طبق پیگیری‌ها و تحقیقاتی که در طی یک سال به عمل آورد، به این نتیجه رسید که مقدار این اختلالات و رفتارها بعد از درمان کاهش پیدا کرده است.

در نوشته‌های علمی گذشته، شیوه‌های رفتاری برای کاهش رفتارهای جنسی مخالف مورد تأکید قرار گرفته است. (ریکرز^(۱) ۱۹۷۷). در این روشها، رفتارها و تمایلات جنس مخالف با عدم تشویق روبه‌رو می‌شوند، و موقعیتهایی برای پرورش مهارتها و دوستی‌های مختص یک جنس فراهم می‌شود که در آن، فرضاً بیمار پسر، اوقات بیشتری را با پدر و بازی با همسالان هم‌جنس خود سپری می‌کند. (می‌یروباها لبروگ^(۲) ۱۹۹۳) از روشهای دیگر، روش درمان تحلیلی است. این روش، شدیداً بر خانواده متمرکز می‌شود و عواملی را که باعث افزایش بروز صفت‌های ویژه در یک جنس شده‌اند، در هم می‌ریزند. (زاگر و کواتیس ۱۹۹۲) در مورد بچه‌های کوچکتر، توجه عمده به والدین و آموزش آنهاست، تا آنها بتوانند حساسیت کودکان خود را نسبت به بحث در این مورد، بهتر درک کنند، و فرزندان را بیشتر متوجه ارزش وجودی خود به عنوان یک پسر یا دختر نمایند، و بچه‌ها توجه بیشتری به همجنسان خود داشته باشند. برای برخی خانواده‌ها، کارها و آموزشهای ویژه بیشتر و شدیدتری راجع به خانواده یا مادر باید انجام گیرد.

در بچه‌های بزرگتر که دچار اختلالات GID هستند باید شیوه‌های درمانی ویژه‌ای برای معالجه رفتارها و اختلالات نسبت به جنس مخالف، رویاپردازی و تخیلات بیش از حد، در نظر گرفته شود. ضمناً، در حین درمان باید از عصبانیت و خشونت اجتناب شود. همچنین عزت‌نفس پایین که بازتاب بر خورد‌های خانواده و دوستان است باید افزایش یابد، در غیر این صورت، آنها نسبت به درمان واکنش منفی نشان می‌دهند. اخیراً پلیک و اندرسون^(۳) ۱۹۹۳ گزارشهایی از

1-Rekers

2-Meyer and Bahlburg

3-Pleak and Anderson

4-Blanchard and Stiner

- Achenbach Tm, Edellbrock C(1983). Manuel for the child behavior checklist and Revised child Behavior profile. Burlington University of vermon Department of psychiatry.
- Allen I.s, Gorski RA (1992). Sexual Orientation and the size of the anterior commissure in the human brain,proc Natl Acad sci USA 89:7199-7202.
- American psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders,4th edition (DSM-IV). Washington, De: American psychiatric Association.
- Bailey Jm, Pillard Rc (1991). Azygenetic study of male sexual orientation. Arch Genpsychiatry 48: 1086-1096
- Berenbaum SA,Hines (1992). early and rogens are related to childhood Sex-typed toy preferences. Psychol sci 3:203-206
- Blanchard R, sheridan Pm (1992). Sibship size sibling sex ratio, birth order, and parental age in homosexual and nonhomosexual gender dysphories. J Nerv ment Dis 180:40-47
- Blanchard R, steiner BW,eds (1990).clinical management of Gender Identity Disorders in children andAdults. Washington, De: American Psychiatric press.
- Bradly SJ (1985). Gender disorders in childhood: G formulation-In . Gender Dysphoria: Development, Research, management, steiner BW,ed.Newyork: plenum,pp 175-188
- Byne W,persons B(1993). Human sexual orientation: the biologic theoris reappraised. Arch Gen psychiatry 50:228-239
- Coates S(1992). the etiology of boyhood gender indentity disorders: and in tegrative model.in:Inter face of psych. analysis and psychology. Barron JW, Eagle MN, Wolitzky DL, eds. Washington, DC: American psychological Association, pp 245-265
- Coates S, friedman RC, Wolfe S(1991). the etiology of boyhood gender identity disorder:a model for integrating temperament, development, and psychodynamics. psychoanal Dialogues 1:1481-523
- Coates S person ES (1985). Extreme boyhood femininity isolated behavior or pervasive disorder? J Am Acad child psychiatry 24:702-709
- Dittmann RW,Kappes MF Kappes MH (1992). Sexual behavior in adolescent and adult females with congenital adrenal hyperplasia psychoneuroendocrinology 17:153-170
- Fagot BI, leinbach MD (1989). the young child's gender senema: environmental input, internal organization. child Dev 60:663-672
- Fagot BI, leinbach MD, Hagan R(1986).Gender labling and the adoption of sex-typed behaviors.Dev psychol zz. 440-443
- Fridell SR, Zucher KJ, Bradley SJ, maing DM (1996). physical attractiveness of girls with gender identity disorder. Arch sex Behar 25: 17-31
- Gladue BA, Green R, Hellman RE (1984). Neuroendocrine response to estrogen to and sexual orientation.science 255:

1496-1499

- Green and sexual Identify conflict in children and Adults. New yourk:Basic Book.
- Green R (1974). the "sissy Boy syndrome" and the Development of Homosexuality. New Haven, CT:Yale university press.
- Hamer DH, Hu, magnuson VL, HU N Pattaturci AMI (1993). A linkage between DNA Markers on the X chromosome and male sexual orientation. science 261:321-327
- Hershberger SL, Lykken D, McGue M(in press). A twin registry study of male and female sexual orientation.J sex Res
- Hu s, pattaturci AMI, patterson C et al.(1995) Linkage between sexual orientation and chromosome Xq28 in males but not in females. Nat Genet 11:248-256
- Imperato - McGinely J, peterson RL, Gautier J, spira J (1979). Androgens and the evolution of male-gender identity among male pseudohermaphrodites with 5 - alpha reductase deficiency. N Engl J med 300: 1233-1277
- Kagan J, Reznick JS, snidman N(1987), the physiology and psychology of behavioral inhibition in children. child Dev 58: 1459-1473
- Marantz S, Contes S(1991). mothers of boys with gender identity disorder: a comparison of matched controls. J Am Acad child Adolesc Psychiatry 30:310-315
- Meyer - Bahlburg HFF (1993b). Gender identity disorder in young boys: an treatment protocol, paper presented at the XIII International symposium on Gender Dydphoria. New work.
- Mitchell JN (1991). Maternal influences on gender identity disorder in boys: searching for specificity Doctoral dissertation, york university, Downsview, ontario, canada
- Pleak RP, Anderson DA (1993). Group psychotherapy for parents of boys with gender identity disorder of childhood. poster presented at the meeting of the international Academy of sex Research, pacific Grove, CA,22
- Rekers GA (1977). Assessment and treatment of childhood gender problems. In clinical child psychology. Vol 1. Lahey BB, Kazdin AE, eds. New york, plenum, pp 276-306
- Rice G, Anderson C, Risch N, Ebers G(1995). male homosexuality: absence of linkage to micro satellite markers on the X chromosome in a canadian study poster presented at the meeting of the International Academy of sex Research, provincetown, MA
- Sandberg DE, Meyer - Bahlburg HFF, Ehrhardt AA, Yager TJ (1993) the pervalence of gender - atypical behavior in elementary school children. J Am Acad child Adolesc psychiatry 32:306-314
- Serbin LA, Powlisha KK, Gulko J (1993). the development of sex -typing in middle childhood mongr soc child Dev 58 (2,serial No,232)
- Sherman RF (1985). separation conflict ad a component of Severe gender identity confusion in schoolage boys. Doctoral dissertation,Adelphi University, Garden city,NY

- Wolfe SM (1990), psychopathology and psychodynamics of parents of boys with a gender identity disorder of childhood. Doctoral dissertation, city university of New York.
- Zucher KJ (1992), Gender identity disorder. In: child psychopathology: Diagnostic Criteria and Clinical Assessment, Hooper SR, Hynd GW, Mattison, RE, eds. Hillsdale, NJ: Erlbaum, pp 305-342.
- Zucker KJ, Bradley SJ (1995), Gender Identity disorder and Psychosexual Problems in children and Adolescent. New York: Guilford
- Zucker KJ, Bradley SJ, Lowry Sullivan CB (1996), Traits of separation anxiety in boys with gender identity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 35: 791-798
- Zucher KJ, Bradley SJ, Sanikhan M (1997), Sex difference in referral rates of children with gender identity disorder. Some hypotheses. J Abnorm Child Psychol 25:217-227
- Zuger B (1988). Is early effeminate behavior in boys early homosexuality? Compr Psychiatry 29:509-519