



مقایسه اثربخشی واقعیت‌درمانی و اسکیمای ترابی گروهی بر مهارت‌های ارتباط بین فردی بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسیتی

زهرا شیر: دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی عمومی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران.
 سید سلیمان حسینی نیک: گروه آموزش علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران (* نویسنده مسئول) hosseininik51@gmail.com
 آرمین محمودی: استادیار دانشگاه، گروه روان‌شناسی عمومی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران.

چکیده

کلیدواژه‌ها

واقعیت‌درمانی،
 مهارت‌های ارتباطی،
 اختلال هویت جنسیتی

زمینه و هدف: درمان بزرگسالانی که خود را تراجنسیتی می‌شناسند می‌تواند شامل روان‌درمانی برای واریاسیون‌های جنسیتی، درمان هورمونی و درمان جراحی باشد. لذا، هدف مطالعه مقایسه اثربخشی واقعیت‌درمانی و اسکیمای ترابی گروهی بر مهارت‌های ارتباط بین فردی بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسیتی می‌باشد.

روش کار: این مطالعه به صورت نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل انجام شد. جامعه پژوهش همه افراد دارای اختلال هویت‌جنسی مراجعه‌کننده به مرکز پزشکی قانونی شهر شیراز در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ که اختلال آن‌ها از طریق پزشکی قانونی محرز شده، بود و به دلیل عدم امکان دسترسی به همه آن‌ها به صورت هدفمند از بین ۱۹۵ نفر تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابتدا پرسش‌نامه انزوای اجتماعی را سل و همکاران (۱۹۸۰) از هر دو گروه گرفته شد. سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه تحت آموزش واقعیت‌درمانی و اسکیمای ترابی قرار گرفت و گروه کنترل آموزش دریافت نکرد. مجدداً پرسش‌نامه مهارت‌های ارتباطی پس از آموزش واقعیت‌درمانی و اسکیمای ترابی انجام شد و در پیگیری ۳ ماهه نیز تکرار شد و داده‌ها توسط تحلیل آماری توصیفی و استنباطی بررسی شد.

یافته‌ها: در مولفه کاهش تنهایی گروه کنترل با گروه مداخله واقعیت‌درمانی و اسکیمای ترابی در سطح معنی‌داری ۰/۰۱ تفاوت معنی‌دار دیده شد؛ لذا، رویکرد واقعیت‌درمانی تأثیرگذار بوده است.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد واقعیت‌درمانی می‌تواند به این افراد کمک کند به خودشان به عنوان منشأ اعمال و کردار توجه کنند و با تأکید بر انگیزش درونی و احساس مسئولیت برای انجام رفتار باعث بالا بردن احساس ارزشمندی و کاهش احساس تنهایی شوند.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Shiri Z, Hosseininik SS, Mahmoodi A. Comparing the Effectiveness of Reality Therapy and Group Schema Therapy on Interpersonal Communication Skills of Patients with Gender Identity Disorder. Razi J Med Sci. 2023(4 Oct);30.108.

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 4.0 صورت گرفته است.

Comparing the Effectiveness of Reality Therapy and Group Schema Therapy on Interpersonal Communication Skills of Patients with Gender Identity Disorder

Zahra Shiri: PhD student, Department of General Psychology, Yasuj Branch, Islamic Azad University, Yasuj, Iran.

Seyed Soleiman Hosseininik: Department of Educational Sciences, Farhangian University, P.O. Box 889-14665, Tehran, Iran (*Corresponding author) hosseininik51@gmail.com

Armin Mahmoodi: Assistant Professor, Department of General Psychology, Yasuj Branch, Islamic Azad University, Yasuj, Iran.

Abstract

Background & Aims: The term transsexualism or transsexualism became common from the gender change of an individual named George Jangensen to Christian Jangensen in 1952. Then the term transgender was replaced by gender identity disorder. People suffering from gender identity disorder are those who have a disorder in recognizing their gender identity. In their minds and psyches, they see themselves as the other sex and believe that they were wrongly born as a man or a woman because they are infatuated with their hidden identity. People suffering from sexual boredom imagine themselves with the soul and spirits of the opposite sex. They are not transgender in adulthood. Conversely, many people who become transgender adults did not experience gender non-conformity as children. Most adults with gender identity disorder state that they felt different from other children of the same sex as children, although many of these patients cannot find the origin of this difference in retrospect. Many of them say that they have widely identified with the opposite sex from the very early years of life, and this identification has become more obvious in adolescence and adulthood. The genetic causes of gender dissatisfaction are under study, but no possible genes have been identified in this field, and chromosomal changes are uncommon in the population of transgender people, case reports of identical twins have shown that in some twins there is synchronicity regarding gender issues, and in others, this Synchronization not seen. A variety of approaches are underway to understand gender dissatisfaction. These approaches include information from imaging studies that show changes in white matter pathways, cerebral blood flow, and cortical activation patterns in patients with gender dissatisfaction, but the results of these studies have not been replicated. In adults who receive a diagnosis of gender dissatisfaction, the rate of depressive disorders, anxiety disorders, suicidal thoughts and behavior, self-harm behaviors, and drug abuse is higher. The rate of suicidal thoughts during the lifetime of transgender people is about 40%. The minority stress model predicts the increase of mental illness in groups that are stigmatized, discriminated against, and abused to a greater extent than others. DSM-5 reports suggest that individuals with late-onset gender dissatisfaction may have more distress and doubt about gender reassignment surgery and less satisfaction after the procedure. Treatment for adults who identify as transgender can include psychotherapy to address gender issues, hormone therapy, and surgical treatment. Surgical and hormonal interventions may reduce depression and improve the quality of life for the treatment of these people. While patients suffering from sexual boredom are completely healthy physically, they face a lot of problems mentally. The definitive treatment for this disorder is sex reassignment surgery, which is a very expensive and difficult operation, and at the same time, since it is not possible to create internal sex organs and gonads, only the appearance of the genitals is changed. This article intends to take steps to improve the mental condition of these people by teaching psychological treatment approaches, for this purpose, it compares the effectiveness of reality therapy and schema therapy on the communication skills of patients with a gender identity disorder. The study aims to compare the effectiveness of reality therapy and group schema therapy on the interpersonal communication skills of patients with a gender identity disorder.

Keywords

Reality Therapy,
Communication Skills,
Gender Identity Disorder

Received: 03/07/2023

Published: 04/10/2023

Methods: This study was conducted as a semi-experimental design with a pre-test-post-test design and follow-up with a control group. The research population is all people with gender identity disorder who referred to the Shiraz forensic center in 2020-2021, whose disorder was diagnosed by a forensic doctor, and due to the impossibility of reaching all of them in a targeted manner, there were 30 out of 195 people. People were selected by available sampling method and were placed in two experimental (15 people) and control (15 people) groups. First, Russell et al.'s social isolation questionnaire (1980) was taken from both groups, then the experimental group was trained in reality therapy and schema therapy for 8 sessions, and the control group did not receive training. Again, the communication skills questionnaire was administered after reality therapy and schema therapy training, and it was repeated in the 3-month follow-up, and the data were analyzed by descriptive and inferential statistical analysis.

Results: A significant difference was seen in the loneliness reduction component of the control group with the intervention group of reality therapy and schema therapy at a significance level of 0/01. Therefore, the reality therapy approach has been effective.

Conclusion: The results showed that reality therapy can help these people to pay attention to themselves as the origin of their actions and deeds, and by emphasizing the inner motivation and sense of responsibility to perform the behavior, they can increase the feeling of self-worth and reduce the feeling of loneliness. Social isolation during some rapid and sudden changes is considered normal and is not interpreted as maladjustment, but when it chronically hinders success and progress in normal tasks and functions of life, it can have very harmful emotional, social, and even physical consequences. Social isolation is a threat to the mental health and psycho-social functioning of a person. Studies show that both those suffering from male-to-female sexual boredom and those suffering from female-to-male sexual boredom describe themselves as individuals who are isolated from society and their basic emotional needs are faced with problems. This situation may be caused by their self-restraint, which has been imposed on them for years due to social deprivation and not understanding their need to be accepted as a member of the other sex. Reality therapy is based on the basic assumption that people are motivated to change when they are convinced that their current behavior will not get them what they want. They believe that they can choose behaviors that bring them closer to their desires and goals. The goal of reality therapy is to cultivate acceptance of responsibility in the individual and create a successful identity. The individual identifies the behavior that he is trying to correct, his whole being. He focuses on it and does not make excuses for rejecting his responsibility. In this approach, an effort was made to make a person know the short-term and long-term goals of his life, define them clearly and evaluate the ways to reach his goals. Choose the methods that will lead to more favorable results and experience a more positive feeling towards yourself. Since transgender people are often on the margins of social activities, many of their abilities have room for growth. Efforts to empower them in social relations can be effective in this direction. At the same time, heterosexual people must develop their capacities. Themselves and by avoiding committing deviant behaviors, develop their social skills in front of people. The application of reality therapy techniques could help them in this field. Considering the impact of this research on gender identity individuals, it can be applied to other statistical groups and societies. It should be noted that this research has limitations that reduce its generalizability. Among these cases, we can mention the small size of the sample, the non-randomness of the sampling, and the fact that the samples are limited to one location, which is due to financial, human, time, etc. limitations, and shows the need for further extensive research.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Shiri Z, Hosseini SS, Mahmoodi A. Comparing the Effectiveness of Reality Therapy and Group Schema Therapy on Interpersonal Communication Skills of Patients with Gender Identity Disorder. Razi J Med Sci. 2023(4 Oct);30:108.

*This work is published under CC BY-NC-SA 4.0 licence.

مقدمه

اصطلاح ترانس سکسوالیسم (Transsexualism) یا تراجنسیتی (Gender Identity Disorder) از تغییر جنسیت فردی به نام جورج جانگسن (George Jangsten) به کریستین جانگسن (Christine Jangsten) در سال ۱۹۵۲ متداول شد. سپس اصطلاح تراجنسیتی با اختلال هویت جنسی جایگزین شد. افرادی به اختلال هویت جنسی مبتلا هستند که در شناخت هویت جنسی خود دچار اختلال شده‌اند. آنان در ذهن و روان خویش، خود را از جنسی دیگر می‌بینند و باور دارند به اشتباه در قالب مرد یا زن متولد شده‌اند چون شیفته هویت نهان خود هستند (۱). طبق طبقه‌بندی DSM-IV (۱) and Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders اختلال هویت جنسی شامل گروهی ناهمگون از اختلالاتی است که علامت مشترک آن‌ها ترجیح قوی و دائمی برای به دست آوردن نقش و وضعیت جنسی مقابل است. در DSM-V این طبقه‌ی تشخیصی به سه طبقه‌ی تشخیصی، اختلالات کنش جنسی (Sexual Function Disorders)، ملال جنسی (Gender Dysphoria) و ناپهنجاری‌های جنسی (Paraphilias) تقسیم شده است. در DSM-V برای اختلال هویت جنسی از اصطلاح ملال یا ناراضی‌ت جنسیتی (Gender Dysphoria) استفاده شده است (۲). همچنین در DSM-V ملال جنسیتی در سه شکل اختلال ملال جنسیتی در کودکان، اختلال ملال جنسیتی در نوجوانان بزرگسال و اختلال ملال جنسیتی مشخص دیگر طبقه‌بندی شده است.

ملال جنسیتی همان‌گونه که از ترجمه لغوی آن پیداست، منظور اختلالی است که در آن فرد از جنسیت خود ناراضی و آشفته است و تمایل شدید به تغییر جنسیت خود دارد. در این اختلال وضعیت ظاهری جسمی و جنسی، ارگان‌های داخلی جنسی و سیستم هورمونی و کروموزومی کاملاً در سلامت به سر می‌برد، ولی فرد از نظر ذهنی و روحی منکر درستی نوع جنسیت خود می‌باشد. زیرا معتقد به وجود اشتباه در نوع جنسیت خود و عدم رضایت از آن است؛ به حدی که باعث آزار شدید روحی او می‌شود و در نهایت تصمیم قطعی به تغییر در جنسیت می‌گیرد. افراد مبتلا به ملال

جنسی خود را با روح و روان جنس مقابل تصور می‌کنند. این افراد ممکن است گاهی با ظاهر کاملاً مردانه یا کاملاً زنانه و با روحیات جنس مخالف ظاهر شوند و از لحاظ فیزیکی هیچ مشکلی ندارند. البته بدیهی است که نقش جنسی متناسب با فیزیک افراد می‌تواند در فرهنگ‌های مختلف متفاوت باشد. تفاوت این اختلال با اختلال دو جنسی این است که بیماران دو جنسی دارای اختلال ظاهری در اندام تناسلی و اندام‌های داخلی و سیستم هورمونی جنسی می‌باشند و معمولاً نمای ظاهری از اندام هر دو جنس را دارند. کوتاه اینکه ملال جنسی به معنای ناهماهنگی بارز بین جنسیت تجربه شده یا ابراز شده با جنسیت واگذار شده است (۳).

طبق DSM-5 میزان شیوع در مورد افراد با جنسیت بدو تولد مذکر بین ۰/۰۵ تا ۰/۱۴ و برای افراد با جنسیت بدو تولد مونث ۰/۰۲ تا ۰/۰۳ است. در اکثر مراکز بالینی نسبت بیماران مذکر ۳ تا ۵ برابر بیماران مونث گزارش شده است.

تصور می‌شود این تفاوت تا حدودی به دلیل انگ اجتماعی معطوف به پسرهای با رفتارهای دخترانه است. به طور کلی شروع ناراضی‌ت جنسیتی مذکر به مونث بالاتر از ناراضی‌ت مونث به مذکر است. یک عامل مهم در تشخیص این است که در مورد افرادی که در بدو تولد مونث بوده‌اند، پوشیدن لباس پسرانه و رفتار پسرانه پذیرش اجتماعی بیشتری وجود دارد تا افرادی که در بدو تولد مذکر بودند و شبیه زن‌ها رفتار می‌کنند. در نوجوانانی که به دلیل ناراضی‌ت جنسیتی ارجاع می‌شوند نسبت جنسی برابر است. محققین دریافته‌اند که بسیاری از کودکانی که ناهماهنگی جنسیتی نشان می‌دهند در دوران بزرگسالی تراجنسیتی نیستند. برعکس، بسیاری از افرادی که به بزرگسال تراجنسیتی تبدیل می‌شوند در دوران کودکی ناهماهنگی جنسیتی نداشته‌اند (۴). اکثر بزرگسالان دچار اختلال هویت جنسی اظهار می‌دارند در کودکی احساس می‌کرده‌اند با سایر کودکان همجنس خود تفاوت دارند، هر چند بسیاری از این بیماران در نگاه به گذشته نمی‌توانند منشأ این تفاوت را پیدا کنند. بسیاری از آن‌ها می‌گویند از همان سال‌های اولیه زندگی به نحو گسترده‌ای با جنس مقابل همانندسازی

کرده‌اند و این همانندسازی در نوجوانی و بزرگسالی بارزتر شده است. (۵).

علل ژنتیکی نارضایتی جنسیتی تحت مطالعه است اما هیچ ژن احتمالی در این زمینه شناسایی نشده است و در جمعیت افراد تراجنسیتی تغییرات کروموزومی ناشایع است، گزارش‌های موردی از دوقلوهای یکسان نشان داده در برخی دوقلوها در مورد مسائل جنسیتی همگامی وجود داشته و در برخی دیگر این همگامی دیده نشده است. انواعی از رویکردها برای فهم نارضایتی جنسیتی در دست انجام هستند. این رویکردها شامل اطلاعات مطالعات تصویربرداری که نشان دهنده تغییراتی در مسیرهای ماده سفید، جریان خون مغز و الگوهای فعال شدن قشر مخ در بیماران دچار نارضایتی جنسیتی هستند، اما نتایج این مطالعات تکرار نشده است (۶). در بزرگسالانی که تشخیص نارضایتی جنسیتی دریافت می‌کنند میزان اختلالات افسردگی، اختلالات اضطرابی، افکار و رفتار خودکشی و رفتارهای آسیب به خود و سوء مصرف مواد بالاتر است. میزان افکار خودکشی در طول عمر در افراد تراجنسیتی حدود ۴۰ درصد است. مدل استرس اقلیت پیش‌بینی‌کننده افزایش بیماری روانی در گروه‌هایی است که دچار انگ می‌شوند، بر علیه آن‌ها تبعیض و آزار روا داشته می‌شود و به میزانی بیشتر از دیگران مورد سوء استفاده واقع می‌شوند.

گزارش‌های DSM-5 حاکی است در افرادی که دچار نارضایتی جنسیتی دیر آغاز هستند. ممکن است میزان ناراحتی و تردید در مورد جراحی تغییر جنسیت بیشتر و رضایت آن‌ها پس از عمل کمتر باشد (۷). درمان بزرگسالان که خود را تراجنسیتی می‌شناسند می‌تواند شامل روان‌درمانی برای واری‌های مسائل جنسیتی، درمان هورمونی و درمان جراحی باشد. مداخلات جراحی و هورمونی ممکن است سبب کاهش افسردگی و بهبود کیفیت زندگی برای درمان این افراد شود (۸). در حالی که بیماران دچار ملال جنسیتی از نظر جسمی کاملاً سالم ولی از نظر روحی با مشکل فراوان روبرو هستند. درمان قطعی این اختلال، جراحی تغییر جنسیت است که عملی بسیار پرهزینه و مشکل‌بوده و در عین حال

چون امکان ایجاد اعضای جنسی داخلی و غدد جنسی وجود ندارد، صرفاً تغییر ظاهری اندام‌های تناسلی صورت می‌گیرد (۹).

از دیدگاه مداخله بالینی، نخستین تغییر جنسیت در کشور مصر در سال ۱۹۸۲ میلادی اتفاق افتاد که جوان نوزده ساله‌ای به نام عبدالله تغییر جنسیت داد و نام سالی را برای خود انتخاب کرد. اولین تغییر جنسیت در ایران در سال ۱۹۳۰ میلادی اتفاق افتاد که بر اساس آن پزشکی به نام خلعتبری پسر هجده ساله‌ای را با عمل جراحی به یک دختر تبدیل کرد. اولین تغییر جنسیت در انگلستان در فاصله سال‌های ۴۸-۱۹۴۲ میلادی اتفاق افتاد که دختری به نام لورا دیلون تغییر جنسیت داد و پسر شد و نام مایکل دیلون را برای خود انتخاب کرد. سابقه تغییر جنسیت به عنوان یک موضوع پزشکی در آمریکا به سال ۱۹۵۲ میلادی باز می‌گردد (۱۰).

به خاطر شکل ظاهر و رفتارهای تاحدی نامتعارف که افراد تغییرجنس خواه دارند و به دلیل فقدان آگاهی‌های عمومی، بسیاری از مردم تغییرجنس خواهی را نوعی انحراف جنسی می‌دانند و به این دلیل تغییرجنس خواهان را در شبکه روابط اجتماعی خود نمی‌پذیرند. وضعیت یاد شده با احساس طرد شدگی از شبکه تعاملات اجتماعی و انزوای اجتماعی همراه است. اگر یکی از معیارهای جامعه سالم و مطلوب بهره‌مندی عادلانه همه اعضای جامعه از حقوق فردی و اجتماعی شان باشد، در این صورت، انتظار می‌رود تغییرجنس خواهان نیز از معیارهای قابل قبول کیفیت زندگی برخوردار باشند. نوشتار حاضر در نظر دارد با آموزش رویکردهای درمانی روان‌شناختی در جهت بهبود وضعیت روانی این افراد گام بردارد؛ به همین منظور به مقایسه اثربخشی واقعیت‌درمانی و اسکیمای درمانی بر مهارت‌های ارتباطی بیماران دارای اختلال هویت جنسی می‌پردازد.

روش کار

این مطالعه به صورت نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل انجام

جدول ۱- پکیج واقعیت درمانی. اسمخانی و همکاران (۱۳۹۳)، سلیمانی و بابایی (۱۳۹۵) و خالقی و همکاران (۱۳۹۵)

جلسه اول	معارفه و اجرای پیش آزمون توضیح و اهداف و مشخص کردن روش ها و برگه ارزیابی روزانه
جلسه دوم	شناسایی نیازهای ارضا نشده ی خود با استفاده کاربرگ تکلیفی
جلسه سوم	توضیح این موضوع که چطور تعارض بین خواسته ها و داشته ها باعث انتخاب رفتار افسردگی کردن می شود
جلسه چهارم	توضیح چگونگی انتخاب رفتارهای ناسازگار از طریق گفتگوی چارتری با اعضا
جلسه پنجم	هدف کلی : آشنایی با سیستم رفتاری
جلسه ششم	هدف کلی : ارزیابی رفتارهای فعلی
جلسه هفتم	هدف کلی: ارائه ی راه حل های جدید
جلسه هشتم	هدف کلی : مرور تمام جلسات درمانی به طور خلاصه

جدول ۲- پکیج طرحواره درمانی

شماره جلسه	موارد هر جلسه	شرح جلسات
۱	در جلسه اول پس از آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، اهمیت و هدف طرحواره درمانی بیان و مشکلات مراجعان در قالب رویکرد طرحواره درمانی صورت بندی می شود.	
۲	در جلسه دوم شواهد عینی تأیید کننده یا رد کننده طرحواره ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته مورد بررسی قرار می گیرد و پیرامون جنبه طرحواره موجود با طرحواره سالم بحث و گفتگو می شود.	
۳	در جلسه سوم تکنیک های شناختی مثل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک های مقابله ای آموزش داده می شود.	
۴	در جلسه چهارم مفهوم بزرگسال سالم در ذهن بیمار تقویت شد، نیازهای هیجانی ارضا نشده آن ها شناسایی و راهکارهای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده آموزش داده می شود.	
۵	در جلسه پنجم برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی آموزش داده می شود.	
۶	در جلسه ششم تکنیک های تجربی مثل ::: تصویر سازی ذهنی موقعیت های مشکل آفرین و رویارویی با مشکل سازترین آن ها آموزش داده می شود.	
۷	در جلسه هفتم رابطه درمانی، رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی کردن آموزش داده می شود.	
۸	در جلسه هشتم به تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفا نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید آموزش داده می شود.	
۹	در جلسه نهم مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم مورد بررسی قرار گرفت و راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار آموزش داده می شود.	

نمره گذاری پرسش نامه در طیف لیکرت بسیار زیاد (۵)، زیاد (۴)، تا حدودی (۳)، کم (۲) و بسیار کم (۱) بود. روایی آن توسط چند تن از اساتید متخصص مورد تأیید قرار گرفت (۱۵). به منظور سنجش پایایی هر یک از ابعاد این پرسش نامه نیز از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که طبق نتایج هر یک از مولفه های پرسش نامه از پایایی قابل قبولی برخوردار بودند. آلفای کرونباخ تنهایی (۰/۷۹)، عجز (۰/۸۵)، یأس اجتماعی (۰/۷۳) و کاهش تحمل اجتماعی (۰/۸۳) به دست آمد. سپس گروه آزمایش واقعیت درمانی را توسط پژوهشگر که دانشجوی دکترا روانشناسی است به مدت ۸ جلسه هر هفته یک جلسه آموزش دیدند. رؤس و محتوای اصلی هر جلسه در ادامه ارائه شده است. مجددا پرسش

شد که با کد اخلاق IR.IAU.YASOOJ.REC.1400.011 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد یا سوج به تصویب رسید. جامعه پژوهش همه افراد با اختلال هویت جنسی مراجعه کننده به مرکز پزشک قانونی شهر شیراز در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ که اختلال آن ها از طریق پزشک قانونی محرز شده، بود و به دلیل عدم امکان دسترسی به همه آن ها به صورت هدفمند از بین ۱۹۵ نفر تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. محدوده سنی آزمودنی ها بین ۱۸ تا ۳۵ سال بود. ابتدا پرسش نامه انزوای اجتماعی را سل و همکاران (۱۹۸۰) از هر دو گروه به عنوان پیش آزمون گرفته شد.

برای گروه‌های سه تایی و بیشتر قدرتمندترین آزمون تعقیبی در مقایسه با سایر آزمون‌های تعقیبی به شمار می‌رود.

با توجه به نتایج حاصل از آزمون LSD که در جدول شماره ۵ بیان شده می‌توان گفت میان گروه واقعیت درمانی و طرحواره درمانی از نظر اثربخشی بر مولفه‌های مهارت‌های ارتباطی تفاوت معناداری در پس آزمون و پیگیری دیده نمی‌شود. بنابراین می‌توان گفت تفاوت معناداری در دو روش درمانی واقعیت درمانی و طرحواره درمانی وجود ندارد.

اما میان گروه واقعیت درمانی و گروه کنترل، همچنین گروه طرحواره درمانی و گروه کنترل از نظر اثربخشی بر متغیر مهارت ارتباطی بیماران تفاوت معناداری دیده می‌شود که این موضوع گواه بر اثربخشی این دو روش درمانی بر بیماران هویت جنسی است.

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که آموزش رویکرد درمانی گروهی بر انزوای اجتماعی در گروه واقعیت آزمون آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس گذار بوده و این نتیجه در پایان پیگیری ۳ ماهه از تاثیر ثبات برخوردار بود. نتایج نشان داد که بین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد و این بدان معنی است که درمانی توانسته است میانگین احساس آموزش واقعیت آزمون کاهش دهد پژوهشی تنهایی را در مرحله پس که عینا به بررسی اثربخشی واقعیت درمانی بر انزوای اجتماعی بیماران اختلال هویت جنسی بپردازد، وجود

نامه انزوای اجتماعی پس از آموزش واقعیت‌درمانی بر گروه‌های آزمایش و کنترل به عنوان پس‌آزمون اجرا شد و در پیگیری ۳ ماهه نیز پرسش‌نامه تکرار شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS، از آمار توصیفی میانگین و انحراف استاندارد جهت توصیف ویژگی‌ها و از آمار استنباطی جهت تحلیل یافته‌ها استفاده شد (جداول ۱ و ۲).

یافته‌ها

با توجه به جدول ۳ مشاهده می‌شود سطوح معناداری همه آزمون‌ها در سطح ۰/۰۵ معنادار است. بنابراین می‌توان گفت میانگین آزمون‌ها از نظر حداقل یکی از متغیرهای پژوهش در سه گروه نمونه تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین می‌توان گفت که بین گروه‌های نمونه حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. برای پی بردن به این تفاوت در ادامه از آزمون تحلیل مانکوا استفاده شده است.

با توجه به نتایج به دست آمده از جدول ۴، مشاهده می‌شود که بین مولفه‌های توسعه و حفظ ارتباطات، مهارت ارتباطی، حل تعارض و همدلی در سه گروه نمونه با توجه به مقدار F به دست آمده و سطح معناداری آن‌ها، تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.01$).

در ادامه جهت مقایسه اثربخشی روش‌های درمانی واقعیت درمانی و طرحواره درمانی بر مولفه‌های مهارت‌های ارتباطی بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی از آزمون LSD (least significant difference) استفاده شده است. دلیل این انتخاب این است که این آزمون

جدول ۳- نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره روی متغیر انزوای اجتماعی در بین سه گروه

آزمون	ارزش	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
لامبدای ویلکز	۰,۴۹۳	۳,۱۸	۰,۰۰۴	۰,۸۵۴	۱

جدول ۴- نتایج مانکوا روی مولفه‌های متغیر انزوای اجتماعی در بین سه گروه در مرحله سه آزمون

متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F مقدار	سطح معناداری	مجزورات
توسعه و حفظ ارتباطات	۴۷۸,۳۹	۱	۴۷۸,۳۹	۴۸۲۹,۳	۰,۰۰۰	۰,۸۸۲
مهارت ارتباطی	۵۴۵,۳۶	۱	۵۴۵,۳۶	۷۴۷,۴	۰,۰۰۰	۰,۸۵۵
حل تعارض	۵۱۷,۶۳	۱	۵۱۷,۶۳	۶۴۴,۰۵	۰,۰۰۰	۰,۸۶۴
همدلی	۵۵۱,۷۴	۱	۵۵۱,۷۴	۳۱۹,۷	۰,۰۰۰	۰,۸۴۱

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی LSD

مؤلفه	گروه اول	گروه دوم	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
توسعه و حفظ ارتباطات	واقعیت درمانی	طرحواره درمانی	۰,۳۲۸	۰,۲۶	۰,۲۹
		کنترل	-۰,۶۳	۰,۴۱	۰,۰۰۳
	طرحواره درمانی	واقعیت درمانی	-۰,۴۱	۰,۵۶	۰,۲۹
		کنترل	-۰,۳۹	۰,۰۱۷	۰,۰۰۱
مهارت ارتباطی	کنترل	واقعیت درمانی	۰,۵۵	۰,۰۲۱	۰,۰۰۵
		طرحواره درمانی	۰,۲۱۷	۰,۰۳۵	۰,۰۱۴
	واقعیت درمانی	طرحواره درمانی	-۰,۴۶	۰,۰۵۷	۰,۱۹
		کنترل	۰,۳۱۵	۰,۰۳۹	۰,۰۳۲
حل تعارض	طرحواره درمانی	واقعیت درمانی	-۰,۳۳۱	۰,۰۲۱	۰,۱۸
		کنترل	۰,۳۷۱	۰,۰۳۷	۰,۰۱۱
	کنترل	واقعیت درمانی	-۰,۲۵۵	۰,۰۱۱	۰,۰۰۱
	واقعیت درمانی	طرحواره درمانی	۰,۳۳۷	۰,۰۵۶	۰,۰۰۷
همدلی	واقعیت درمانی	طرحواره درمانی	۰,۳۸	۰,۰۲۲	۰,۰۸۸
		کنترل	۰,۲۵۰	۰,۰۱۵	۰,۰۲۱
	طرحواره درمانی	واقعیت درمانی	۰,۱۴	۰,۰۳۷	۰,۶۴
	کنترل	واقعیت درمانی	-۰,۲۲۸	۰,۰۱۶	۰,۰۰۱
	کنترل	واقعیت درمانی	۰,۳۰۹	۰,۰۲۷	۰,۰۰۱
		طرحواره درمانی	۰,۳۴۲	۰,۰۱۵	۰,۰۰۸
	واقعیت درمانی	طرحواره درمانی	۰,۳۳۹	۰,۰۳۷	۰,۰۳۲
		کنترل	۰,۴۵	۰,۰۱۶	۰,۰۰۹
	طرحواره درمانی	واقعیت درمانی	۰,۳۲۱	۰,۰۲۴	۰,۵۵
		کنترل	۰,۳۹	۰,۰۲۹	۰,۰۲۱
	کنترل	واقعیت درمانی	۰,۳۱۴	۰,۰۲۶	۰,۰۴
		طرحواره درمانی	۰,۳۹۵	۰,۰۳۷	۰,۰۰۱

فرمانی (۱۱) پاک نداشت. اما این یافته با پژوهش‌های نژاد و محمدپرست (۱۲) حاتمی و همکاران (۱۳) همسو است. انزوای اجتماعی، تجربه‌ای ناخوشایند همانند تفکر فرد مبنی بر متمایز بودن از دیگران است و با مشکلات رفتاری قابل مشاهده همانند اندوه، عصبانیت و افسردگی همراه است و ناهمخوانی بین انتظارات و آرزوها را در روابط اجتماعی نشان می‌دهد و در رفتارهایی مانند دوری از تماس با دیگران نمایان می‌شود (۱۳). همان طور که کوپر نشان داده است پاسخ‌دهندگان تراجنسیتی، وقتی با پاسخ‌دهندگان غیر تراجنسی مقایسه می‌شوند، به طور قابل توجهی در خانواده، حمایت اجتماعی پایین‌تر، تنهایی بالاتر، افسردگی بالاتر، را عوامل محافظتی پایین‌تر و عوامل خطر منفی بالاتر گزارش کردند. متغیرهای برون در خانواده، انزوای اجتماعی و تنهایی پیش‌بینی کننده قابل توجهی از میزان بروز افسردگی، تفکر خودکشی و رفتارهای

خطرناک جنسی در نوجوانان تراجنسیتی بودند (۱۴). بنابراین انزوای اجتماعی به هنگام برخی تغییرات سریع و ناگهانی، امری عادی تلقی می‌شود و از آن به ناسازگاری تعبیر نمی‌شود، اما زمانی که به‌طور مزمن مانع موفقیت و پیشرفت در تکالیف و کارکردهای طبیعی زندگی می‌شود، می‌تواند پیامدهای عاطفی و اجتماعی و حتی جسمانی بسیار زیانباری را به همراه داشته باشد (۱۵). انزوای اجتماعی، تهدیدی برای سلامت روان و کارکرد روانی- اجتماعی فرد به شمار می‌آید (۱۶). همچنین نتایج پژوهش مصطفوی (۱۷)، نشان داد افراد دارای اختلال هویت جنسی اغلب احساس تنهایی و انزوا می‌کنند و در رابطه شان چندان صمیمی و خالص نیستند و همیشه احساس طرد شدن دارند. حالات و احساسات دوگانه از همان کودکی در فرد دگرجنس‌خواه شروع می‌شود. احساسات تعارض‌گونه در دوران تحصیل و خصوصاً نزدیک بلوغ بیشتر تشدید

درازد مدت زندگی خود را بشناسد. با صراحت آن‌ها را تعریف کند. راه‌های رسیدن به اهدافش را ارزیابی نماید. از بین آن‌ها روش‌هایی را که به نتایج مطلوب تری خواهد انجامید انتخاب کند و احساس مثبت‌تری را نسبت به خود تجربه نماید (۲۱).

با توجه به تاثیر این پژوهش بر افراد هویت جنسی می‌تواند جهت دیگر گروه‌ها و در جوامع آماری دیگر نیز به کار برد.

لازم به ذکر است که این پژوهش محدودیت‌هایی دارد که توان تعمیم‌پذیری آن را کاهش می‌دهد. از این موارد می‌توان حجم کم نمونه، تصادفی نبودن نمونه‌گیری، و محدود به یک مکان بودن نمونه‌ها را نام برد که به دلیل محدودیت مالی، انسانی، زمانی، و غیره به وجود آمده است و لزوم انجام پژوهش گسترده‌تر بعدی را نشان می‌دهد.

نتیجه‌گیری

از آنجا که افراد تغییر جنس خواه اغلب در حاشیه فعالیت‌های اجتماعی قرار دارند، بسیاری از قابلیت‌های آن‌ها، مجال رشد پیدا نکرده است. کوشش جهت توانا ساختن آن‌ها در روابط اجتماعی در این مسیر می‌تواند موثر باشد. در عین حال لازم است افراد دگر جنس خواه نیز با توسعه ظرفیت‌های خود و با پرهیز از ارتکاب به رفتارهای انحرافی مهارت اجتماعی خود را نزد مردم بسط دهند. کاربرد تکنیک‌های واقعیت‌درمانی توانست در این زمینه یاریگر آن‌ها باشد.

تقدیر و تشکر

از تمامی افراد نمونه و خانواده‌هایشان که همکاری شایسته‌ای در جهت به ثمر رسیدن این پژوهش انجام دادند، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Ceglie DD. Gender Identity Disorder in Young People. J Adv Psychiatr Treat. 2000;6:458-466.
2. Johnson K. Changing Sex, Changing Self: Theorizing Transitions in Embodied Subjectivity. J Men Masculin. 2007;10(1):5470.
3. Javaheri F. Social Consequences of Sexual

می‌شود؛ چون شرایط مساعدتری را فراهم می‌کند و به دلیل انزوا و گوشه‌گیری این افراد دگرجنس‌خواه دنیای خیالی در ذهنشان می‌سازند که با اوهم و تخیلات جنسی همراه شده است (۱۸). در بررسی همدلی و سیستم‌سازی در نوجوانان مبتلا به دیسفورمای جنسیتی به طور متوسط نوجوانان مبتلا به GD (Gender Disorder) به ویژه آن‌هایی که زن به مرد هستند، همدلی کمتری نسبت به گروه کنترل دارند. برای این گروه از نوجوانان ارائه مداخلات روانشناختی که مهارت‌های ارتباطی و توانایی آن‌ها در نظر گرفتن نظرات دیگران را برای حمایت از رشد آن‌ها بهبود می‌بخشد، ممکن است مفید باشد. این ممکن است آن‌ها را قادر به تصمیم‌گیری بهتر و آگاهانه در مورد در مان و گزینه‌های مداخله جسمی در دوران بلوغ و بعد از آن کند (۱۹).

همچنین مطالعات نشان می‌دهد که هم مبتلایان به ملال جنسیتی مرد به زن و هم مبتلایان به ملال جنسیتی زن به مرد، خودشان را به‌عنوان افراد توصیه‌ف می‌کنند که از جامعه منزوی شده‌اند و نیازهای هیجانی اساسی‌شان به‌شکل مواجهه شده است. این وضعیت ممکن است ناشی از بازداری احساس آن‌ها به خود باشد که سه سال‌ها به‌دلیل محرومیت اجتماعی و درک نشدن نیاز آن‌ها برای پذیرفته شدن به‌عنوان عضوی از جنس دیگر، به آن‌ها تحمیل شده است (۲۰).

واقعیت‌درمانی بر این مفروضه اساسی مبتنی است که انسان‌ها زمانی به سمت تغییر برانگیخته می‌شوند که ۱- آن‌ها اقناع شوند که رفتار فعلی‌شان آن‌ها را به آنچه می‌خواهند، نخواهد رساند. ۲- به این باور برسند که می‌توانند رفتارهایی را انتخاب کنند که آن‌ها را به خواسته‌ها و اهدافشان نزدیک کند. هدف واقعیت‌درمانی، پرورش قبول مسئولیت در فرد و ایجاد هویتی موفق است. فرد رفتاری را که درصدد اصلاح آن است، شناسایی می‌کند، تمام وجود خود را به آن معطوف می‌سازد و عذر و بهانه‌ای برای رد مسئولیت خود نیاورد. در این رویکرد تلاش شد تا فرد اهداف کوتاه‌مدت و

Identity Disorder, Social Capital and Quality of Life of Gender Transgender in Iran. *Study Iran Soc Stud*. 2011;5(3).

4. Kahani A. Sexual identity disorder (heterosexuals). Tehran Teymourzadeh Publications. 2016.

5. Abramson LY, Seligman MEP, Teasdale JD. [Learned helplessness in humans]: Critique and reformation]. *J Abnorm Psychol*. 1985;87(1):49-74.

6. Wong NML, Liu HL, Lin C, Huang CM, Wai YY, Lee SH, et al. Loneliness in late-life depression: Structural and functional connectivity during affective processing. *Psychol Med*. 2016;46(12):2485.

7. Qualter P, Brown SL, Rotenberg KJ, Vanhalst J, Harris RA, Goossens L, et al. Trajectories of loneliness during childhood and adolescence: Predictors and health outcomes. *J Adolesc*. 2013;15:1-11.

8. Liu L, Gou Z, Zuo J. Social support mediates loneliness and depression in elderly people. *J Health Psychol*. 2014;135-146.

9. Elmaz SE. [Relationship between parental perfectionism and parenting styles]. *Res Educ Syst*. 2010;4(8):9-29.

10. Amiri M. The effectiveness of group reality therapy on the source of control and coping strategies. *Thought Behav Psychol*. 2015;6:59-68.

11. Farmani F. The effectiveness of reality therapy by group therapy on the amount of stress, anxiety, depression and loneliness of patients with multiple sclerosis (MS). Digital library of Alame Tabatabai University, Tehran. 2014.

12. Pakzad F, Muhammadpersat M. The effectiveness of reality therapy on the life expectancy and loneliness of retired teachers. The second national conference of research and treatment in clinical psychology, Khorasan Razavi. 2014.

13. Hatami M, Farmani F, Safavi W, Najafizadeh A, Asadi Qala Rashidi M. The effectiveness of group therapy based on the choice theory approach on reducing the feeling of loneliness of patients with multiple sclerosis. *Health Psychol*. 2015;4(16):5-17.

14. Tadayon M. The Effectiveness of Reality Therapy Training on Increasing Motivation for Progress and Happiness and Academic Achievement of First Grade Female Students in Khoy High School Psychology Thesis Urmia University. 2015.

15. Lopez X, Stewart S, Jacobson-Dickman E. Approach to children and adolescents with gender dysphoria. *Pediatr Rev*. 2003;37(3):89-96.

16. Rahimpour W. [Comparison of quality of life of patients with sexual identity disorder after gender reassignment surgery with normal women in Tehran]. *J Obstetr Gynecol*. 2015;16(4):16-19. (Persian).

17. Cotterell J. Social networks and social influences adolescence. London & New York: Rutledge. 1996.

18. Haji J, Kahlegkhah A, Mohamadi Mehr M, Vafaeifar G. The Mediating Role of Self-Esteem In

The Relationship Between Psychological Well-Being And Self-Efficacy And Academic Hope Among Female Students of The Secondary School (Grade 2). *Res Teach*. 2022 Dec 22;10(4):142-18.

19. Elhageen AAM. Effect of Interaction between Parental treatment styles and peer relations in Classroom on the Feelings of loneliness among Deay children in Egyptian schools. Unpublished M. D. Dissertation, eberhard- Karl'suniversity. 2004.

20. Black K. Exploring adolescent loneliness and companion animal attachment. Doctoral Dissertation, University of new Mexico. 2018.

21. Heinrich LM, Gullone E. The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clin Psychol Rev*. 2006;26:695-718.