

مقایسه‌ی ویژگی‌های شخصیتی زنان مبتلا به اختلال ملال جنسیتی و زنان غیرمبتلا

نویسندگان: سمیه منتشلو، محمدرضا شعیری، لیلا حیدری نسب*

گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

E-mail: lhnpys@gmail.com

* نویسنده مسئول: لیلا حیدری نسب

چکیده

مقدمه و هدف: با توجه به تأثیرات فراگیر اختلال ملال جنسیتی بر عملکرد اجتماعی و روانی مبتلایان و همچنین آگاهی کمی که در کشور ما نسبت به این اختلال وجود دارد که در نتیجه منجر به برخوردهای نامناسب و غیرمنطقی می‌شود، ضرورت واریسی دقیق و آگاهی‌بخش این اختلال آشکار می‌شود. بنابراین هدف از پژوهش حاضر، تعیین تفاوت ویژگی‌های شخصیتی زنان مبتلا به اختلال ملال جنسیتی و زنان غیرمبتلا با استفاده از آزمون رورشاخ است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع تحقیقات علی مقایسه‌ای است. به این منظور ۳۰ نفر از هر دو گروه مبتلایان مراجعه کننده به مراکز تشخیصی و افراد غیر مبتلا به روش نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به هم‌تاسازی ویژگی‌های جمعیت شناختی، از جمله سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، انتخاب شدند در نهایت آزمودنی‌ها با استفاده از آزمون رورشاخ، منطبق با نظام جامع اکسنر، به شکل انفرادی، مورد ارزیابی قرار گرفتند و داده‌های حاصل با استفاده از نرم‌افزار SPSS21 و روش آماری *t-test* مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: نتایج نشان داد در متغیرهای مختلف بین دو گروه تفاوت‌های معناداری وجود دارد از جمله: پاسخ کل (W)، هیجان‌ناز انسانی (Hx)، اجزاء بدن انسان (Hd)، آناتومی (An)، خون (Bl)، اجزاء بدن حیوان افسانه‌ای (Ad) غذا (Fd)، چشم‌انداز (Ls)، طبیعت (Na)، محتوای جنسی (Sx)، پاسخ‌های رایج (pop)، رنگ (C)، حرکت انسانی (M)، سایه روشن-شکل (YT)، شکل-بافت (FT)، شکل خالص (F)، کیفیت شکل معمولی (FQo)، کیفیت شکل غیر معمولی (FQu)، فعالیت سازمانی (Zf, Zsum)

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از این است در زنان مبتلا به اختلال ملال جنسیتی در مقایسه با زنان غیرمبتلا، نشانه‌های افسردگی و اضطراب بیشتر قابل مشاهده است. شیوه‌ی برخورد زنان غیرمبتلا با شرایط محیطی، بیشتر به صورت عینی و استدلالی به نظر می‌رسد و در سازمان‌بخشی به محرک‌ها موفق‌تر عمل می‌کنند اما زنان مبتلا هیجان‌مدارتر بوده و بیشتر در جهت زندگی خیالی خود پیش می‌روند. از سوی دیگر روابط بین فردی این افراد با مسائل و مشکلاتی همراه است.

واژگان کلیدی: اختلال ملال جنسیتی، زنان، رورشاخ، نظام جامع اکسنر

دوماهنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال بیست و پنجم-شماره ۱۳۵
تیر ۱۳۹۷

دریافت: ۱۳۹۷/۰۱/۱۵
آخرین اصلاح‌ها: ۱۳۹۷/۰۲/۳۱
پذیرش: ۱۳۹۷/۰۳/۰۹

مقدمه

اختلال 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 جنس خود دارد (۱). این اختلال گروهی ناهمگون از مسائلی است که علامت مشترک آن‌ها ترجیح قوی و دائمی برای به دست آوردن نقش و وضعیت جنس مقابل است. این اختلالات ممکن است به صورت کلامی در تأکید شخص برای تعلق به جنس مخالف و یا در قالب غیرکلامی و رفتار جنس مخالف تظاهر نماید (۲). 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 جنس خود است. فرد مبتلا به اختلال ملال جنسیتی معتقد به وجود اشتباه در نوع جنس خود و عدم رضایت از آن است؛ به حدی که باعث آزار شدید روحی او می‌شود و در نهایت تصمیم قطعی به تطبیق جنسیت می‌گیرد (۳). افراد مبتلا به اختلال ملال جنسیتی از ابعاد گوناگون در جامعه و خانواده تحت فشار و استرس هستند. اولین مشکل در خانواده این است که به علت دیدگاه‌های فرهنگی، اجتماعی، مذهبی و اقتصادی، حاضر به قبول چنین مسئله‌ای نیستند. ترس از زبانه‌زد شدن، بی‌آبرویی در فامیل و محله، از دست دادن حس اعتماد و موردقبول واقع نشدن باعث می‌شود خانواده در مقابل خواسته‌ی فرزندان مقاومت نشان بدهد و نتیجه‌ی آن در برخی از موارد، جدال، کشمکش، ضرب و شتم و راندن آن‌ها از خانواده و خانه است. از طرف دیگر به خاطر شکل ظاهری رفتارهای تا حدی نامتعارف که افراد مبتلا دارند و به دلیل فقدان آگاهی‌های عمومی، بسیاری از مردم این اختلال را نوعی انحراف جنسی می‌دانند و به این دلیل این افراد را در شبکه‌ی اجتماعی خود نمی‌پذیرند (۴). در این بین تبدیل خواهان جنسی مرد به زن بیشتر در معرض تمسخر اطرافیان قرار می‌گیرند، بنابراین فشار بیشتری را متحمل شده و احتمال بروز مشکلاتی نظیر آزارهای فیزیکی،

زبانی، طرد شدن از مدرسه، مصرف هورمون به صورت غیرقانونی و تهیه آن توسط مراکز غیر معتبر و غیرپزشک، مصرف مواد، بی‌خانمانی، عدم یافتن شغل مناسب، روابط جنسی نامشروع، ابتلا به بیماری‌های مقاربتی از جمله ایدز و خودکشی در آن‌ها بیشتر است. گرچه فشار اجتماعی موجود بر این بیماران بسیار بالا است اما تأثیر آن مثل هر استرس دیگری تا حد زیادی به ارزیابی شناختی آن‌ها از مسئله و نیز منابعی که برای کنار آمدن دارند بستگی دارد (۵). علاوه بر مسائل اجتماعی مطالعه‌ی ادبیات پژوهشی مربوط به این گروه از بیماران نشان داده است که این افراد، مسائل روان‌شناختی و اختلال‌های روان‌پزشکی قابل‌توجهی به همراه دارند (۶). شناسایی مشکلات روان‌شناختی همراه این اختلال که می‌تواند سختی‌هایی را برای بعد از عمل جراحی و سازگاری با شرایط جدید پیش آورد، از طریق ابزارهای کارآمد، از الزامات فرایند درمانی این اختلال به شمار می‌آید که می‌تواند پیامدهای روان‌شناختی و عاطفی مثبتی در پی داشته باشد (۷) و نقش حیاتی در پیامدهای طولانی‌مدت و در عملکرد و زندگی بعد از عمل جراحی ایفا می‌کند (۸). بررسی دقیق بسیاری از موارد روان‌شناختی این گروه، از طریق ابزارهای عینی که در اختیار متخصصان است مطلوب نیست. چراکه این ابزارها به‌گونه‌ای طراحی شده‌اند که تمارض در آن‌ها قابل تشخیص نیست و با تلاش اندک و بالا بردن میزان آگاهی به‌راحتی می‌توان جهت نتایج آن را به سمت دلخواه که معمولاً ارائه تصویر مثبت از خود و هدایت مسیر درمان به سمت عمل جراحی است، پیش برد (۹). از سوی دیگر، نتایج تحقیقات مختلف به اهمیت و سودمندی آزمون‌های فرافکن در امر تشخیص و درمان اختلالات روانی اشاره دارد. چراکه این آزمون‌ها نه تنها معایب آزمون‌های عینی مثل سوگیری را ندارند بلکه مطالعات نشان داده بخش عمده‌ی اطلاعات بیمار هشیار نبوده و با استفاده از آزمون‌های فرافکن می‌تواند قابل‌دسترسی باشد (۱۰). شیوه‌های فرافکن

بخشی در مورد این اختلال به چشم می‌خورد. همچنین با توجه به محدود بودن پژوهش‌هایی که در این زمینه صورت گرفته و ضرورت ارزیابی روان‌شناختی و روان‌پزشکی این بیماران در مراحل مختلف درمان، استفاده از ابرازهای مناسب برای سنجش دقیق و همه‌جانبه ضروری است. بر این اساس، هدف تحقیق حاضر این است که به بررسی تفاوت‌های نتایج مربوط به متغیرهای آزمون رورشاخ در زنان مبتلا به اختلال ملال جنسیتی با زنان غیر مبتلا پردازد و تمایزها و تشابهات این نتایج با نتایج به‌دست‌آمده از دیگر پژوهش‌های غیر ایرانی را مورد بررسی قرار دهد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع تحقیقات علی مقایسه‌ای است؛ و جامعه آماری آن دربرگیرنده دو گروه است:

زنان مبتلا به اختلال ملال جنسیتی: افرادی که در سال ۹۴ توسط سازمان پزشکی قانونی، تشخیص قطعی اختلال ملال جنسیتی دریافت نموده و به مراکز و کلینیک‌های پزشکی شهر تهران جهت اقدامات لازم در راستای تغییر جنس مراجعه نمودند، مبنای نمونه‌گیری این تحقیق بوده است. از این میان عده‌ای در انتظار عمل جراحی و طی کردن اقدامات پیش از عمل جراحی می‌باشند و عده‌ای نیز تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند که به‌صورت در دسترس، گزینش شده و مورد سنجش قرار می‌گیرند.^۱

زنان غیر مبتلا به اختلال ملال جنسیتی: زنان ساکن شهر تهران که از نظر ملاک‌های مختلف از جمله سن (بر اساس قرار گرفتن در یک دامنه‌ی سنی ۳ ساله با افراد مبتلا)، تحصیلات (بر اساس قرار گرفتن در سه طبقه‌ی: ۱- دیپلم و فوق‌دیپلم ۲- لیسانس ۳- فوق‌لیسانس و دکتری) و وضعیت تأهل (مجرد، متأهل، مطلقه) با افراد مبتلا در یک گروه قرار می‌گیرند، اما دارای معیارهای

متعددی برای بررسی مؤلفه‌های شخصیتی و اختلال‌های روانی مورد استفاده قرار می‌گیرد اما آزمون رورشاخ از میان آزمون‌های مختلف بیشترین اهمیت را برای ارزیابی‌های بالینی دارد به‌ویژه با استفاده از سیستم نمره‌گذاری اکسندر (۱۱، ۱۰). در سراسر جهان نیز با اهداف مختلف پژوهشی از رورشاخ برای بررسی افراد مبتلا به اختلال ملال جنسیتی استفاده کرده‌اند که کارایی و جامع بودن این تست در ارزیابی ابعاد مختلف روان‌شناختی و روان‌پزشکی مربوط به این گروه از بیماران را به اثبات رسانده‌اند (۱۲) و نتایج حاکی از تغییر مؤلفه‌هایی بعد از عمل جراحی از جمله ادراک تحریف شده بود (۱۳). همچنین این افراد در مقایسه با افراد غیر مبتلا در تفکر منسجم و منطقی دچار مشکل بیشتری هستند، افسرده‌تر هستند و درون‌گراترند و سبک زندگی‌شان پراسترس و راهبردهای مقابله‌ای آن‌ها ناکارآمدتر است (۱۴). نتایج مطالعه ادراک خویشتن در این افراد حاکی از وجود توجه به خویشتن، گوش به زنگی، سبک و سواس و نوعی درون‌گرایی ناشی از حالات عاطفی دردناک است (۸). از طرفی بین دو گروه مبتلایان به اختلال ملال جنسیتی اولیه و ثانویه (تقسیم‌بندی بنجامین بر اساس بروز تمایلات و اقدامات در کودکی یا بزرگسالی) تفاوت معنادار وجود دارد. مبتلایان به اختلال ملال جنسیتی ثانویه در برابر استرس آسیب‌پذیرترند، مشکلات بیشتری در سازگاری و روابط بین فردی دارند و اختلالات فکری، رفتاری، پرخاشگری و بدبینی در این گروه بارزتر است (۱۵). در ایران پژوهش‌های صورت گرفته بر روی این گروه از بیماران به‌وسیله‌ی آزمون‌های عینی مختلف بوده که نتایج آن‌ها درکل حاکی از همبودی این اختلال با سایر اختلال‌های روانی و همچنین اختلالات شخصیت بوده است (۱۶). بنابراین می‌توان گفت با توجه به تأثیرات فراگیر این اختلال بر عملکرد اجتماعی و روانی این‌گونه مبتلایان و همچنین به دلیل آگاهی کمی که در کشور ما نسبت به این اختلال وجود دارد که منجر به برخوردهای نامناسب و غیرمنطقی می‌شود، نیاز به واریسی دقیق و آگاهی

^۱ در پژوهش‌های مختلف از جمله پژوهش‌های (مولو و همکاران، ۲۰۱۳؛ باریسک و همکاران، ۲۰۱۴؛ افافاتی و همکاران ۲۰۱۵) نمونه‌های مورد بررسی متشکل از هر دو گروه مبتلایان، قبل و بعد از عمل جراحی بوده است.

تشخیصی ملال جنسیتی نیستند به صورت در دسترس و مبتنی بر هدف و بر اساس هم‌تاسازی‌های یادشده گزینش شده و مورد سنجش قرار گرفتند. با توجه به اینکه تعداد نمونه در مقالات خارجی که بر روی این گروه از بیماران با استفاده از رورشاخ صورت گرفته از حداقل ۱۲ تا حداکثر ۴۰ نفر بود (۷ و ۱۴ و ۱۶) ما در این پژوهش ۳۰ نفر (در هر گروه ۱۵ نفر) را به عنوان نمونه مورد مطالعه قرار دادیم. بعد از آماده‌سازی ابزارهای پژوهش و تنظیم مصاحبه‌ی بالینی تحت نظر اساتید، فرم‌ها و الگوهای مربوط به اجرای رورشاخ و کسب مجوز اخلاقی از کمیته اخلاقی دانشگاه با کد (IR.Shahed.REC.1394.266)، ابتدا در مورد دو نمونه عادی اجرای آزمایشی رورشاخ صورت گرفت و اشکالات احتمالی رفع شد. سپس به مراکز و کلینیک‌های روان‌شناختی و پزشکی که پذیرای مراجعین مبتلا به اختلال ملال جنسیتی بودند از قبیل (بخش (GRS) کلینیک دی میرداماد، مطب جراح عمومی و مراکز) از این قبیل، مراجعه شد و افراد به صورت در دسترس انتخاب شدند، ملاک‌های ورود شامل قرار گرفتن در بازه‌ی سنی ۴۰-۱۸ سال، دریافت تشخیص اختلال ملال جنسیتی بر اساس مصاحبه‌ی ساختاریافته‌ی مبتنی بر راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روان‌پزشکی پنجم، برای گروه بالینی، عدم دریافت تشخیص اختلال ملال جنسیتی بر اساس مصاحبه‌ی ساختاریافته‌ی مبتنی بر راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روان‌پزشکی پنجم، برای گروه غیربالینی و نیز دارا بودن تحصیلات حداقل دیپلم و بالاتر برای هر دو گروه بالینی و غیربالینی بود و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل داشتن اختلال مبدل پوشی، بدشکل انگاری بدن، سایکوزها یا اسکیزوفرنی (واری بر اساس مصاحبه مبتنی بر اساس DSM-5) برای هر دو گروه بالینی و غیر بالینی، داشتن سابقه‌ی بستری در ۶ ماه گذشته به دلیل مشکلات روان‌شناختی و روان‌پزشکی (واری بر اساس پرسش مستقیم در مصاحبه با افراد)

برای هر دو گروه بالینی و غیربالینی، شرکت افراد شرکت‌کننده در برنامه‌های روان‌درمانی و مشاوره‌ای دیگر در ارتباط با دیگر مشکلات روان‌شناختی (بر اساس پرسش مستقیم در مصاحبه با افراد) در هر دو گروه بالینی و غیربالینی بود. بعد از انجام هماهنگی‌های لازم جهت ارزیابی، با افرادی که مایل به همکاری بودند، نمونه اولیه بر اساس تشخیص متخصصین این مراکز انتخاب شد و با نمونه یادشده مصاحبه بالینی به صورت انفرادی صورت گرفت و در نهایت آزمون رورشاخ نیز به صورت انفرادی اجرا شد. سپس نمونه‌ی غیربالینی به صورت مبتنی بر هدف و در دسترس و هم‌تاسازی شده با نمونه‌ی بالینی انتخاب شد و آزمون رورشاخ در مورد نمونه‌ی یادشده نیز به صورت انفرادی اجرا شد. بعد از اجرای آزمون در هر دو گروه بالینی و غیر بالینی، پاسخ‌های آزمودنی‌ها در آزمون رورشاخ بر اساس نظام جامع اکستر نمره‌گذاری شد؛ و در نهایت داده‌ها به برنامه SPSS برحسب متغیرهای پژوهش، وارد شد و بر اساس شیوه‌ی t-test، تحلیل داده‌ها صورت گرفت.

ابزار

آزمون رورشاخ: ابزار اصلی مورد استفاده در این پژوهش، آزمون رورشاخ (رورشاخ، ۱۹۲۱) بوده است که در ادامه به معرفی آن پرداخته می‌شود. آزمون لکه جوهر رورشاخ یک آزمون فرافکن متشکل از ۱۰ لکه جوهر به اشکال متقارن در ابعاد ۵ × ۹ اینچ است. ۵ لوح سیاه و سفید (I, IV, V, VI, VII)، دو لوح سیاه و سفید با قسمت‌های قرمز رنگ (II, III)، دو لوح با ترکیبی از رنگ‌های صورتی، سبز و نارنجی (VIII, IX) و لوح دیگر (X) ترکیبی از رنگ‌های آبی، زرد، سبز و صورتی است. لوح‌ها به ترتیب و در جهت معینی به دست آزمودنی داده می‌شوند. سپس آزماینده از او می‌پرسد: «این چه ممکن است باشد؟». پاسخ‌ها باید درست کلمه به کلمه یادداشت شوند. سپس در مرحله واری، محل، گاه محتوای ناشناخته و ویژگی‌های خاص لکه‌ها که برانگیزاننده‌ی پاسخ‌های آزمودنی بوده است، مشخص

آزمون نیز بارها مورد سنجش و بررسی قرار گرفته و نتایج گواه از اعتبار و پایایی مناسب این مقیاس‌ها بوده‌اند. از جمله پژوهش رحمانی (۱۳۸۳) که نشان داد شاخص افسردگی رورشاخ می‌تواند در تشخیص افسردگی و اختلال‌های عاطفی به کار برده شود.

مصاحبه بالینی: مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته بر مبنای معیارهای تشخیصی اختلال ملال جنسیتی در DSM-5 و جنبه‌های افتراقی آن (مبدل پوشی، بدریخت انگاری بدن و وجود هذیان‌ها) تنظیم گردید (۴). این مصاحبه دربرگیرنده‌ی معیارهای A (وجود شش معیار از هشت معیار) و B بوده و در مورد گروه بالینی و غیر بالینی انجام شده است. همچنین اختلال مبدل پوشی و نیز وجود هذیان‌ها، برای تشخیص افتراقی مورد بررسی قرار گرفتند. در این مصاحبه در آغاز سؤالات مرتبط با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و نیز سؤالات مرتبط با شرایط فرد در شش ماه گذشته در مورد وضعیت سلامت وی و بستری بودن یا نبودن او تنظیم شده بود.

یافته‌ها

مصاحبه‌ی ساختاریافته‌ای که در ابتدای روند ارزیابی انجام شد نشان داد هیچ‌کدام از شرکت‌کنندگان گروه مبتلا به جز ملاک‌های اختلال ملال جنسیتی مشمول سایر تشخیص‌های افتراقی نبودند و نیز تشخیص اختلال ملال جنسیتی و اختلالات افتراقی در مورد گروه غیر مبتلا رد شد. افراد هر دو گروه سابقه‌ی بستری به خاطر مسائل روان‌شناختی و روان‌پزشکی در ۶ ماه اخیر نداشتند و در برنامه‌های روان‌درمانی و مشاوره‌ای دیگر در ارتباط با دیگر مشکلات روان‌شناختی نیز نبودند؛ اما پیش از ارائه‌ی نتایج مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، تذکر این نکته ضروری است که در انتخاب شرکت‌کنندگان غیر مبتلا به اختلال ملال جنسیتی، هم‌تاسازی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی با شرکت‌کنندگان مبتلا انجام شده است. بدین خاطر متغیرهای زیادی در دو گروه بسیار نزدیک و با تفاوت اندکی دیده می‌شوند. از جمله میانگین سنی در زنان مبتلا ۲۲/۰۱ با انحراف معیار ۳/۶۳ و در زنان غیر مبتلا

می‌شود. پس از آنکه پاسخ‌ها ارائه و ثبت شدند و واریسی نیز انجام شد، برحسب سه مقوله کلی نمره‌گذاری می‌شود: الف) «محل ادراک»؛ محل ادراک به فضایی از لکه جوهر گفته می‌شود که برای تداعی پاسخ مورد استفاده قرار گرفته است. محل ادراک ممکن است از تمامی لکه تا استفاده از جزء کوچک را شامل شود. ب) «محتوا»؛ نمره‌گذاری محتوا به نوع و مقدار اشیاء خاصی که آزمودنی‌ها در پاسخ‌هایشان ادراک می‌کنند مبتنی است، مانند انسان، حیوان، گیاه، هنر، خون، طبیعت و ... ج) «تعیین‌کننده»؛ به سبک یا مشخصه‌ای از لکه گفته می‌شود که باعث برانگیختن پاسخ آزمودنی می‌شود؛ مانند: شکل، رنگ، بافت، سایه‌داری و ... (۱۸) با توجه به اینکه نظام‌های متعددی در مورد آزمون رورشاخ مطرح بوده است، در این تحقیق مبنای اجرا و نمره‌گذاری پاسخ‌های آزمودنی‌ها، نظام جامع اکسندر (۱۹۹۵، ۲۰۰۳) است. در این نظام بر اساس متغیرهای آزمون رورشاخ هنجارهایی تنظیم گردیده است که از سنین کودکی تا بزرگسالی را دربر می‌گیرد. آزمون رورشاخ از زاویه ویژگی‌های روان‌سنجی مناسب و فقدان اعتبار در تشخیص مورد انتقاد قرار گرفته است اما پژوهش‌هایی که به منظور واریسی ویژگی‌های روان‌سنجی رورشاخ در جمعیت بهنجار و نابهنجار صورت پذیرفته‌اند، اعتبار آن را مورد تأیید قرار داده‌اند (۱۰). حداقل قابلیت اعتماد بین نمره‌گذاران رورشاخ ۰/۸۵ و آزمون مجدد برای متغیرهای واحد پس از یک سال از ۰/۲۶ تا ۰/۸۶ و برای نسبت و داده‌های درصدی از ۰/۶۴ تا ۰/۹۱ بوده است (۱۰). هم‌چنین تحقیقات مختلف داخلی و خارجی اعتبار و پایایی این آزمون را مورد سنجش قرار داده و تأیید نموده‌اند. از جمله پژوهش پارکر (۱۹۸۳) پایایی و اعتبار آزمون رورشاخ را بررسی و تأیید نمود. در ایران نیز پژوهش پیغمبری و همکاران (۱۳۹۲) نیز پایایی مناسب آزمون رورشاخ را بر اساس همبستگی‌های مناسب و معنادار بین آزمون و آزمون مجدد تأیید نمود (۱۹). از نظر مقیاس‌های مختلف بالینی و غیر بالینی این

برابر ۲۱/۲۷ با انحراف معیار ۲/۸۹ است. تمام شرکت کننده‌ها دارای تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم می‌باشند. ۸۴ درصد از افراد هر دو گروه مجرد بوده و ۱۶ درصد از افراد هر دو گروه متاهل بوده‌اند.

جدول ۱. نتایج مربوط به مقایسه میانگین‌های زنان مبتلا و غیرمبتلا در متغیرهای رورشاخ

سطح معناداری	T مشاهده شده	زنان غیرمبتلا (n=15)		زنان مبتلا (n=15)		نمونه	متغیر
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۰.۱۲	-۱.۵۵	۸.۶۹	۲۱.۱۲	۴.۵۳	۱۸.۰۵	R	تعداد پاسخ گستره
۰.۱۱	-۱.۵۹	۵.۲۱	۱۱.۸۱	۴.۵۶	۹.۱۹	D	
۰.۳۷	-۰.۸۹	۳.۲۸	۳.۰۷	۰.۷۶	۲.۱۸	Dd	
*۰.۰۵	-۲.۱۹	۱.۰۲	۶.۹۸	۱.۶۶	۴.۰۰	W	
۰.۲۸	-۱.۰۷	۱.۵۸	۱.۳۱	۰.۳۳	۰.۱۷	S	
+۰/۷۸	۰.۲۷	۱.۲۷	۰.۸۲	۰.۵۲	۰.۹۶	FM	تعیین کننده
*۰/۰۵	۲.۵۸	۰.۵۱	۰.۶۱	۰.۰۲	۰.۳۲	M	
+۰/۸۲	۰.۲۲	۰.۴۳	۰.۱۸	۰.۵۶	۰.۲۲	m	
+۰/۷۹	-۰.۲۵	۰.۰۸	۰.۶۱	۰.۸۸	۰.۵۴	FC	
+۰/۴۴	۰.۷۷	۰.۷۳	۰.۴۷	۰.۷۸	۰.۶۵	CF	
*۰/۰۴	۲.۴۸	۰.۰۳	۰.۴۰	۰.۲۷	۰.۸۲	C	
۰.۳۲	۱.۰۰	^a ۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۸۸	۰.۲۵	Cn	
۰.۲۹	-۱.۰۶	۰.۵۹	۰.۴۳	۰.۴۵	۰.۲۵	FC'	
۰.۱۶	-۱.۳۹	۰.۴۹	۰.۱۸	۰.۲۱	۰.۰۹	C'F	
۰.۱۸	۱.۳۴	۰.۱۶	۰.۰۶	۰.۳۹	۰.۱۱	C'	
*۰.۰۳	-۲.۱۲	^a ۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۲۵	۰.۰۴	FT	
۰.۳۲	-۱.۰۰	۰.۰۸	۰.۰۳	۰.۰۰	۰.۰۰	TF	
-	-	^a ۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰	T	
۰.۱۷	-۱.۳۹	۰.۲۵	۰.۳۹	۰.۰۸	۰.۰۲	FY	
*۰.۰۴	۲.۹۸	۰.۳۹	۰.۱۱	۰.۸۲	۰.۴۷	YF	
-	-	^a ۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰	Y	
۰.۲۳	۱.۲۱	^a ۰.۰۰	۰.۰۰	۱.۶۴	۰.۵۰	Fr	
-	-	^a ۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰	rF	
۰.۱۹	-۱.۳۲	۰.۸۵	۱.۳۵	۰.۵۷	۰.۷۵	FD	
*۰.۰۰۱	-۲.۹۵	۱.۰۴	۶.۶۱	۲.۸۷	۳.۳۵	F	
۰.۵۶	-۰.۵۸	۰.۱۶	۰.۰۶	۰.۰۳	۰.۸۶	FV	
-	-	^a ۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰	VF	
۰.۴۹	۰.۶۸	۱.۵۳	۱.۴۲	۱.۵۲	۱.۸۹	Active	
۰.۲۶	۱.۱۲	۱.۶۴	۱.۳۹	۱.۳۳	۲.۱۴	pasive	
۰.۶۳	۰.۴۸	۳.۹۹	۴.۶۰	۲.۷۷	۵.۱۷	(2)	
+۰/۰۸	-۱.۷۸	۲.۳۵	۲.۹۲	۱.۰۲	۱.۶۰	Blends	
*۰.۰۵	-۲.۶۵	۰.۱۱	۴.۵۰	۰.۴۸	۲.۷۱	Populer	پاسخ رایج
*۰.۰۵	۲.۳۰	۰.۷۵	۱.۵۰	۱.۴۸	۰.۷۵	H	
۰.۱۳	۱.۵۰	۰.۸۴	۰.۷۲	۰.۱۷	۰.۲۵	(H)	محتوا
*۰.۰۴	-۲.۱۷	۰.۱۹	۰.۶۸	۰.۳۷	۰.۵۰	Hd	
۰.۵۶	-۰.۵۸	۰.۱۶	۰.۰۶	۰.۱۸	۰.۰۳	(Hd)	
*۰.۰۰۱	۴.۰۶	۰.۶۹	۰.۳۲	۱.۲۵	۱.۰۰	Hx	
۰.۰۷	-۱.۸۴	۴.۰۸	۸.۲۵	۲.۰۶	۳.۱۷	A	
۰.۵۷	-۰.۵۶	۰.۷۲	۰.۲۵	۰.۴۸	۰.۱۵	(A)	
۰.۰۹	-۱.۷۱	۰.۶۸	۰.۴۲	۰.۴۱	۰.۶۱	Ad	
*۰.۰۵	-۲.۱۴	۰.۰۱	۰.۰۷	۰.۶۴	۰.۳۲	(Ad)	
*۰.۰۰۱	۳.۴۳	۰.۴۳	۰.۵۳	۰.۷۳	۰.۶۸	An	
۰.۳۹	-۰.۸۶	۰.۴۶	۱.۵۷	۰.۳۱	۰.۳۵	Art	
۱.۰۰	۰.۰۰	۰.۱۶	۰.۰۶	۰.۱۶	۰.۰۵	Ay	

*.۰۰۲	۲.۱۸	۰.۲۱	۰.۱۰	۰.۳۱	۰.۱۱	Bl	
۰.۱۵	-۱.۴۴	۰.۱۶	۰.۰۶	۰.۰۰	۰.۰۰	Bt	
۰.۰۸	-۱.۷	۰.۹۸	۰.۶۴	۰.۱۰	۰.۶۹	Cg	
۰.۳۲	-۰.۹۸	۰.۶۰	۰.۱۵	۰.۲۱	۰.۱۰	Cl	
۰.۱۳	۱.۵۳	۰.۲۵	۰.۰۴	۰.۶۸	۰.۰۲	Ex	
۰.۲۸	۱.۰۸	۰.۲۱	۰.۱۰	۰.۲۱	۰.۰۷	Fi	
*.۰۰۱	-۲.۹۵	۰.۱۶	۰.۱۱	۰.۵۳	۰.۳۲	Fd	
۰.۳۴	۰.۹۶	۰.۲۱	۰.۱۰	۰.۳۹	۰.۰۱	Ge	
۰.۳۰	-۱.۱۳	۰.۶۹	۰.۴۳	۰.۲۹	۰.۰۷	Hh	
*.۰۰۱	۲.۹۸	۰.۷۶	۰.۵۷	۰.۴۵	۰.۵۳	Ls	
*.۰۰۱	۳.۴۶	۰.۰۸	۰.۰۳	۰.۰۷	۰.۶۵	Na	
۰.۵۹	-۰.۵۳	۱.۰۹	۰.۴۲	۰.۲۷	۰.۱۷	Sc	
*.۰۰۱	۴.۹۶	۰.۳۱	۰.۰۱	۰.۸۱	۰.۰۷	Sx	
۰.۵۶	۰.۵۸	۰.۰۸	۰.۰۲	۰.۱۶	۰.۰۶	Xy	
-	-	^a ۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰	Id	
۰.۶۸	۰.۴۰	۶.۱۸	۱۷.۸۱	۳۰.۰۰	۲۱.۰۰	DQo	کیفیت تحولی
۰.۳۹	۰.۸۶	۱.۱۲	۱.۶۷	۲.۷۸	۲.۲۵	DQv	
۱.۰۰	۰.۰۰	۰.۶۵	۰.۱۸	۰.۶۱	۰.۲۸	DQv+	
۰.۲۰	-۱.۲۸	۱.۹۹	۱.۷۶	۱.۵۰	۱.۸۵	DQ+	
۰.۳۱	۰.۹۱	۳.۴۷	۵.۱۰	۳.۲۷	۵.۹۲	FQ-	کیفیت شکل
*.۰۰۵	-۲.۶۷	۴.۶۳	۷.۹۶	۲.۵۷	۵.۲۸	FQo	
*.۰۰۴	-۲.۰۱	۳.۹۴	۱۰.۷۸	۳.۴۶	۸.۷۸	FQu	
۰.۳۲	-۱.۰۰	۱.۳۲	۰.۲۵	۰.۰۰	۰.۰۰	FQ+	
*.۰۰۴	-۲.۰۳	۳.۸۲	۷.۸۷	۱.۰۰	۵.۶۹	Zf	سازمان‌دهی ذهنی
*.۰۰۱	-۳.۵۸	۱۲.۸۱	۲۳.۸۶	۶.۷۱	۱۷.۰۵	Zsum	
۰.۶۹	-۰.۴۰	۳.۶۲	۶.۷۱	۲.۰۶	۶.۲۸	Zest	

FQo (کیفیت شکل معمول)، FQu (کیفیت شکل غیرمعمول) بین دو گروه تفاوت معنادار داشته‌اند به این صورت که در متغیرهای YF, FT, M افراد مبتلا نمره بالاتر گرفته‌اند و در متغیرهای FQo, F, C, FQv افراد غیرمبتلا نمره بالاتری داشته‌اند. در متغیر مربوط به پاسخ‌های رایج (pop) نیز زنان غیرمبتلا به طور معناداری نمره بالاتری گرفتند. در بخش مربوط به سازمان‌دهی پاسخ، متغیرهای Zf, Zsum دارای تفاوت معنادار بود که در هر دو متغیر زنان غیرمبتلا نمره بالاتری کسب نمودند. خلاصه‌ی نتایج فوق با تأکید بر متغیرهایی که بین دو گروه تفاوت معنادار نشان دادند در جدول ۲ ارائه می‌گردد.

نتایج مستخرج از جدول شماره ۱ حاکی از این است که در بخش مربوط به گستره و کیفیت تحولی، متغیر W (پاسخ به کل لکه) در بین دو گروه مبتلا و غیرمبتلا دارای تفاوت معنادار بود به گونه‌ای که افراد غیرمبتلا نمرات بالاتری گرفته‌اند. در بخش مربوط به محتوا، متغیرهای Sx (جنسی)، Na (طبیعت)، Ls (چشم‌انداز)، Ad (اجزاء بدن حیوان افسانه‌ای)، Fd (غذا)، Bl (خون)، An (آنانومی)، Hd (اجزاء بدن انسان)، Hx (هیجان‌انسانی) تفاوت معنادار داشته‌اند به این صورت که در همه‌ی متغیرها افراد مبتلا نمره بالاتری گرفتند؛ و در بخش مربوط به تعیین‌کننده‌ها و کیفیت شکل، متغیرهای M (حرکت انسانی)، YF (سایه روشن-شکل)، FT (شکل-بافت)، F (شکل خالص)، C (رنگ خالص)،

جدول ۲. متغیرهای دارای تفاوت معنادار بین دو گروه و تفسیر مستخرج از نظام جامع اکسندر

متغیر	معنا	افراد مبتلا	افراد غیرمبتلا	معنا
W	پاسخ کل		*	توانایی تعامل فعال و کارآمد با محیط
Hx	هیجانان انسانی	*		هیجان‌مداری و درگیری عاطفی
Hd	اجزاء بدن انسان	*		افسردگی و رفتارهای دفاعی
An	آناتومی	*		نگرانی در مورد ظاهر و خیال‌پردازی
Bl	خون	*		اضطراب و هیجانان مهار نشده
(Ad)	اجزاء بدن حیوان افسانه‌ای	*		رویکردهای قالبی اغلب با افسردگی و رفتارهای دفاعی
Fd	غذا	*		احساس نیاز به روابط اجتماعی
Ls	چشم‌انداز	*		در خود فرو رفتگی و کناره‌گیری
Na	طبیعت	*		احساس بیگانگی و انزوا
Sx	محتوای جنسی	*		درگیری ذهنی با مسائل جنسی
POP	پاسخ‌های رایج		*	هماهنگی با هنجارهای اجتماعی
C	رنگ	*		تکانش‌گری، ناستواری هیجانی، واکنش‌های افراطی
M	حرکت انسانی	*		خیال‌پردازی و جنبه‌های خاصی از روابط بین فردی
YF	سایه روشن-شکل	*		اضطراب و کناره‌گیری از محیط
FT	شکل-بافت	*		تجارب هیجانی دردناک
F	شکل خالص		*	به تعویق انداختن عواطف
FQo	کیفیت شکل معمولی		*	کیفیت شکل معمولی
FQu	کیفیت شکل غیرمعمول		*	کیفیت شکل نسبتاً معمولی
Zf	فراوانی فعالیت سازمانی		*	سازمان‌دهی ذهنی فعال‌تر
Zsum	جمع فعالیت سازمانی		*	سازگاری بهینه با شرایط محیطی

* نمره‌ی بالاتر در متغیر مربوطه

بحث و نتیجه‌گیری

باشد. نمره‌ی بالای Bl در زنان مبتلا می‌تواند بیانگر اضطراب و پریشانی درونی بیشتر این افراد و همچنین کم بودن ظرفیت در مهار و کنترل هیجانان به ویژه پرخاشگری است. به نظر می‌رسد واکنش‌های افراطی هیجانی به ویژه در شرایط اضطراب بخشم در افراد مبتلا نسبت به غیر مبتلا بیشتر دیده شود. متغیرهای Na, Ls از جمله متغیرهای مربوط به شاخص افسردگی هستند که بیانگر انزوا و کناره‌گیری و احساس بیگانگی این افراد نسبت به گروه غیربیمار است. از سوی دیگر شاهد نمره‌ی بالای متغیر Fd در بین زنان مبتلا هستیم، این متغیر نیازهای اولیه به ویژه نیاز به وابستگی و توجه را بیان می‌کند، می‌توانیم چنین استدلال کنیم این افراد به روابط حمایتی و عاطفی بیشتری نیاز دارند. همچنین An در افراد مبتلا بالاتر بود که از سوی بیانگر دغدغه و نگرانی این افراد نسبت به بدن و ظاهر جسمانی است، از سوی دیگر میزان درگیری بیشتر این افراد با زندگی خیال‌پردازانه‌ی درونی را آشکار می‌کند؛ و نیز نمره‌ی Sx

هدف تحقیق حاضر این بود که به بررسی تفاوت‌های نتایج مربوط به متغیرهای آزمون رورشاخ در زنان مبتلا به اختلال ملال جنسیتی با زنان غیر مبتلا پردازد و تمایزها و تشابهات این نتایج با نتایج به‌دست‌آمده از دیگر پژوهش‌های غیر ایرانی را مورد بررسی قرار دهد. نتایج نشان داد در بخش مربوط به محتوا، متغیرهای Sx (جنسی)، Na (طبیعت)، Ls (چشم‌انداز)، (Ad) (اجزاء بدن حیوان افسانه‌ای)، Fd (غذا)، Bl (خون)، An (آناتومی)، Hd (اجزاء بدن انسان)، Hx (هیجانان انسانی) تفاوت معنادار داشته‌اند به این صورت که در همه‌ی متغیرها افراد مبتلا نمره بالاتری گرفتند. با توجه به اینکه در متغیرهای اشاره‌شده، شاهد نمره‌ی بالای زنان مبتلا به اختلال ملال جنسیتی در مقایسه با زنان غیرمبتلا بودیم از جمله متغیر Hx که بیانگر عواطف و هیجان‌های انسانی است، گواه تمایلات و انگیزه‌های عاطفی و هیجانی ارتباط انسانی نیز است به عبارتی به نظر می‌رسد درگیری عاطفی و هیجانی این افراد در ارتباطات بیشتر

و اضطراب دارد. همچنین شاهد نمره‌ی بالای پاسخ‌های بساوشی FT در زنان مبتلا هستیم، این تفاوت معنادار می‌تواند بیانگر تجارب هیجانی دردناک، همراه با نیاز به روابط بین فردی حمایت‌کننده باشد، به نظر می‌رسد این افراد در روابطشان از حساسیت‌های مفراطی برخوردارند اما از آنجا که شاهد غلبه‌ی بیشتر شکل بر بافت هستیم می‌توانیم چنین استنباط کنیم ایشان متأثر از تجارب هیجانی دردناکی که تجربه کرده‌اند معمولاً در روابط خود محتاطانه و توأم با حفاظت از خود برخورد می‌کنند و نسبت به دردهایشان کنترل بیشتری دارند. در متغیر مربوط به پاسخ‌های رایج (pop) نیز زنان غیرمبتلا به طور معناداری نمره بالاتری گرفتند؛ که بیانگر هنجار پذیری بیشتر در افراد غیر مبتلا نسبت به افراد مبتلا به اختلال ملال جنسیتی است. در بخش مربوط به سازمان‌دهی پاسخ، متغیرهای Zf, Zsum دارای تفاوت معنادار بود که در هر دو متغیر زنان غیرمبتلا نمره‌ی بالاتری کسب نمودند. با توجه به اینکه هر دو متغیر در افراد مبتلا نسبت به افراد غیر مبتلا میزان کمتری را نشان داده‌اند می‌تواند بیانگر نوعی محدودیت ذهنی یا بی‌میلی نسبت به پیچیدگی میدان محرک‌ها باشد. با توجه به اینکه این نمره به عنوان نشانه‌ای از میزان تلاش شناختی به کار رفته شده برای سازمان‌دهی محیط در نظر گرفته می‌شود و ارتباط مستقیمی با پردازش ادراکی دارد. به نظر می‌رسد افراد غیرمبتلا به اختلال ملال جنسیتی در مقایسه با افراد مبتلا میزان تلاش شناختی بیشتری در سازمان‌دهی به شرایط و محرک‌های محیطی از خود نشان می‌دهند که در نهایت منجر به عمل موفق‌تر و کارآمدتر می‌شود.

در سراسر جهان نیز پژوهش‌های مختلفی با هدف بررسی وضعیت روان‌شناختی افراد مبتلا به اختلال ملال جنسیتی با استفاده از آزمون رورشاخ انجام شده است، پژوهش حاضر همسو با پژوهش ولکان (۲۰) که اشاره کرد بسیاری از افراد مبتلا به اختلال ملال جنسیتی از تکانه‌های پرخاشگری‌شان می‌ترسند و دارای نوعی اضطراب پنهان می‌باشند. شاهد تفاوت معنادار بین دو

در زنان مبتلا بالاتر است که بیانگر پاسخی با محتوای جنسی بیشتر است. آنچه که از این دو متغیر قابل استنباط است درگیری روانی این افراد با ظاهر جسمانی خود به ویژه اندام‌های مشخص‌کننده‌ی جنس است که تأثیر آن در پاسخ‌های آن‌ها به لوح‌های رورشاخ نیز آشکار است. همچنین پاسخ‌های An در آن دسته از زنان مبتلا که مرحله‌ی عمل جراحی را پشت سر گذاشته‌اند می‌تواند متأثر از این مرحله باشد؛ و در بخش مربوط به تعیین‌کننده‌ها و کیفیت شکل، متغیرهای M (حرکت انسانی)، YF (سایه روشن-شکل)، FT (شکل-بافت)، F (شکل خالص)، C (رنگ خالص)، FQo (کیفیت شکل معمول)، FQu (کیفیت شغل غیرمعمول) بین دو گروه تفاوت معنادار داشته‌اند به این صورت که در متغیرهای YF, FT, M افراد مبتلا نمره بالاتر گرفته‌اند و در متغیرهای C, F, FQo, FQu افراد غیرمبتلا نمره‌ی بالاتری داشته‌اند. با توجه به اینکه شاهد نمره‌ی بالای M در زنان مبتلا به اختلال ملال جنسیتی در مقایسه با زنان غیرمبتلا بودیم، M یا حرکت انسانی، خیال‌پردازی و جنبه‌های خاصی از روابط بین فردی را آشکار می‌کند، به نظر می‌رسد افراد مبتلا سرمایه‌گذاری بیشتری بر زندگی تخیلی و پیش رفتن در جهت زندگی خیالی خود داشته باشند و در روابط میان‌فردی و مهارت‌های اجتماعی نیز دارای ضعف‌هایی باشند. از سوی دیگر شاهد نمره‌ی پایین F که میزان کنترل عاطفی و به تعویق انداختن عواطف را بیان می‌کند، در زنان مبتلا نسبت به زنان غیرمبتلا هستیم، این نتیجه می‌تواند بیانگر درگیری و پریشانی عاطفی-هیجانی افراد مبتلا به اختلال ملال جنسیتی باشد که مهار و کنترل این عواطف نیز با مشکلاتی همراه است. نمره‌ی بالای پاسخ‌های مربوط به سایه‌روشن پراکنده YF در زنان مبتلا به اختلال ملال جنسیتی می‌تواند بیانگر بروز بیشتر دردهای روانی، احساس درماندگی، کناره‌گیری از رویدادهای زندگی و کوشش برای ایجاد فاصله بین خود و محیط، همراه با اضطراب و بیان نامناسب و بازدارنده‌ی هیجان‌ها، در این افراد باشد که ارتباط مستقیمی با تجربه‌ی افسردگی

باریسک و همکاران (۱۶) نیز میزان توجه به خود، گوش‌به‌زنگی و سبک و سواس در این افراد بالا بود، ظرفیتشان برای درون‌گرایی تمایل به افزایش داشت و فرآیند خود-درون‌گرایی حاکی از حالات عاطفی دردناک و منفی بود. نتایج پژوهش افاتاتی و همکاران (۴) حاکی از این بود که افراد مبتلا به اختلال ملال جنسیتی در کنترل استرس آسیب‌پذیرترند، مشکلات بیشتری در سازگاری و روابط بین فردی دارند، همچنین تمایل بیشتری به سازمان‌نیافتگی و انفعال دارند. همسو با نتایج این پژوهش، نتایج پژوهش حاضر نیز نشان داد این افراد مشکلات بیشتری در سازگاری و روابط بین فردی دارند (بالا بودن FT, YF که حاکی از حساسیت مفرط در روابط بین فردی، ضعف‌های مهارتی و ارتباطی و تلاش برای کناره‌گیری از رویدادهای محیطی است) (الستین، ۱۹۶۵)، همچنین با انفعال و کناره‌گیری و زندگی خیال‌پردازانه‌ی درونی نسبت به محیط واکنش نشان می‌دهند (بالا بودن An, YF) این گروه همچنین در متغیر Zsum نیز که بیانگر سازمان‌دهی و پردازش اطلاعات در جهت پاسخ به محیط است نسبت به گروه غیرمبتلا نمره‌ی پایین‌تری کسب نمودند. با توجه به موارد اشاره شده، می‌توانیم چنین استنباط کنیم که نتایج به دست آمده از تحقیق حاضر به صورت قابل توجهی با نتایج سایر تحقیقات در فرهنگ‌های مختلف همسو بوده و این می‌تواند گویای برخی مسائل مشترک در بین افراد مبتلا به اختلال ملال جنسیتی صرف نظر از تأثیر فرهنگ باشد. بر اساس آنچه که در مجموع از نتایج به دست آمد به نظر می‌رسد در زنان مبتلا به اختلال ملال جنسیتی در مقایسه با زنان غیرمبتلا، نشانه‌های افسردگی و اضطراب بیشتر قابل مشاهده باشد. شیوه‌ی برخورد زنان غیرمبتلا با شرایط محیطی، بیشتر به صورت عینی و استدلالی به نظر می‌رسد و در سازمان‌بخشی به محرک‌ها موفق‌تر عمل می‌کنند اما افراد مبتلا هیجان‌مدارتر بوده و بیشتر در جهت زندگی خیالی خود پیش می‌روند. از سوی دیگر روابط بین فردی این افراد با مسائل و

گروه مبتلا و غیر مبتلا در متغیر BI (نمره‌ی بالاتر در افراد مبتلا) بودیم که ارتباط مستقیمی با اضطراب و پرخاشگری دارد (۲۲). همچنین شاهد استفاده از دفاع‌های محدود شده، اشتغال ذهنی درباره‌ی خود، محدود کردن تماس خود با محیط و دیگران (فراوانی بالای پاسخ‌های Hd, (Ad) نسبت به گروه غیر بیمار)، کناره‌گیری از رویدادهای زندگی و کوشش برای ایجاد فاصله بین خود و محیط (فراوانی بالای پاسخ YF) و سرمایه‌گذاری افراطی در جهت زندگی تخیلی (فراوانی بالای پاسخ‌های An نسبت به گروه غیر بیمار) (۲۲) هستیم که همسو با نتایج پژوهش مورمونت (۱۷) است که نشان داد افراد مبتلا به اختلال ملال جنسیتی برای اجتناب از شرایط ناخوشایند، مسئولیت و تصمیم‌گیری، از مکانیزم‌های دفاعی انفعال و خیال‌پردازی استفاده می‌کنند. از طرفی نتایج پژوهش مولو و همکاران (۱۳) حاکی از این بود افراد مبتلا در مقایسه با افراد غیرمبتلا افسردگی بیشتری دارند، درواکنش به موقعیت به طریق مرسوم دچار مشکل هستند، سبک زندگی این افراد بسیار پر استرس است، میزان درون‌گرایی این افراد بالاتر است و همچنین محتوای جنسی پاسخ‌هایشان بیشتر است. در پژوهش حاضر نیز مؤلفه‌های مربوط به استرس و افسردگی (BI, Na, Ls, Hd, YF)، درون‌گرایی (M)، واکنش نامناسب به شرایط محیطی (YF, W, M) و محتوای جنسی پاسخ‌ها (Sx) تفاوت معنادار بین دو گروه مبتلا و غیرمبتلا با میانگین بالاتر در افراد مبتلا را نشان داد. همچنین میانگین پایین نمره Zsum در این افراد نسبت به گروه غیر مبتلا می‌تواند حاکی از سودمندی کمتر راهبردهای مقابله‌ای و پردازشی این گروه از افراد باشد. در پژوهش کنونی میزان اشتغال ذهنی درباره‌ی خود، استفاده از دفاع‌های محدود شده از جمله سبک و سواسی (Hd)، در افراد مبتلا بالاتر بود و همچنین مؤلفه‌های مربوط به حالات و تجارب عاطفی دردناک (از جمله YF, FT)، و تمایل به انزوا و کناره‌گیری (Na, Ls) (۲۲)، نسبت به گروه غیرمبتلا بالاتر است که در پژوهش

فراهم نیست. در نتیجه دچار ناپختگی‌هایی در شیوه‌های برخورد با محیط و مدیریت استرس و شرایط می‌شوند. همچنین شیوع فراوان بازخورد نامناسب افراد جامعه، به دلیل آگاهی اندک نسبت به این اختلال، به افراد مبتلا نیز، دلیلی بر انزوا و عقب‌نشینی این افراد از محیط و سرکوب عواطف و هیجان‌اتشان است. محدودیت عمده این تحقیق حجم کم نمونه است که عمدتاً به دلیل عدم دسترسی و نیز عدم همکاری این بیماران است. مسلماً این محدودیت تعمیم نتایج را با مشکل مواجه می‌کند اما از اهمیت مطالعات موردی نمی‌کاهد. همچنین شرایط به نسبت مساعد آزمودنی‌های مبتلا، یکی از عوامل مهم همکاری آن‌ها بوده است که در سوگیری نتایج مؤثر خواهد بود. بسیاری از افراد مبتلا که شرایط نامساعد اقتصادی، اجتماعی یا جسمی و روانی داشتند حاضر به همکاری با ما نبودند. پیشنهاد می‌شود با توجه به توانمندی آزمون رورشاخ در ارائه جنبه‌های شناختی و عاطفی گسترده و نیز تشخیص و تشخیص افتراقی اختلال‌های مختلف (هارتمن و همکاران، ۲۰۰۳) و وجود تفاوت‌های متنوع متغیرهای رورشاخ در این گروه، با اجرای این آزمون بر روی چنین افرادی، زمینه گسترده‌ای از نیازهای بالینی را، در کنار دیگر روش‌ها، پوشش داد.

تشکر و قدرانی

بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان و همکاری کنندگان در گردآوری داده‌های پژوهش سپاسگزاری به عمل می‌آید.

منابع

1. Wylie K, Barrett J, Besser M, Bouman W. P., Bridgman M, Clayton A, et al. Good practice guidelines for the assessment and treatment of adults with gender dysphoria. *Sexual and Relationship Therapy* 2014; 29(2): 154-214.
2. Hartmann E, Sunde T, Kristensen W, Martinussen M. Psychological measures as predictors of military training performance. *Journal of Personality Assessment* 2003; 80(1):87-98.
3. American Psychiatry Association Diagnostic and Statistical Manual Disorders. 5th ed (DSM-5). Washington DC: American Psychiatry Association 2013.
4. Affatati V, Grattagliano I. The Contribution of Forensic Psychodiagnostic in Legal Medical Evaluations Regarding the Amendment of Sex Assignment: The Rorschach Test. *Journal of Forensic Research* 2015; 6(2):123-131.
5. Mohseni A.SH, Eftekhar M, Negarande R. Parents experience a child with a sexual identity disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2015;21 (1):50-59.
6. Alavi K, Jalali Nadoushan AM, Eftekhar M. Sexual orientation in people with sexual identity disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2014;20 (1):43-49.
7. Di Ceglie D. Gender identity disorder in young people. *Advances in Psychiatric Treatment* 2000; 6(6):458-466.

مشکلاتی همراه است که می‌تواند متأثر از حساسیت مفرط ارتباطی و تجارب عاطفی - هیجانی دردناک و نیز عدم مهارت کافی در کنترل و ابراز هیجان‌اتشان باشد که در نهایت می‌تواند منجر به سرکوب هیجان و احساس بیگانگی و کناره‌گیری از محیط شود. افراد مبتلا، همان‌طور که انتظار می‌رود دل‌مشغولی‌های فراوانی با ظاهر فیزیکی و جسمانی خود دارند که بیشتر در جهت تضادهای قابل‌مشاهده بین جنس و جنسیتشان است. همچنین شاهد مسائلی در کارکرد ایگو هستیم که بیانگر مشکلاتی در مهار و کنترل تکانه‌ها و استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای ناکارآمد است. افراد مبتلا به اختلال ملال جنسیتی در مقایسه با افراد غیرمبتلا کناره‌گیری بیشتری از محیط و انزوا و در خود فرورفتگی را تجربه می‌کنند و این مسئله گاه به عنوان مکانیزم دفاعی، در قالب عقب‌نشینی و سرکوب در برخورد با مشکلات محیطی متجلی می‌شود. به نظر می‌رسد این مسائل تا حدودی می‌تواند متأثر از تضاد میان ایفای نقش دلخواه و نقش مورد انتظار جامعه از ایشان باشد. چراکه این تضاد مسائلی را در جهت کسب مهارت‌های لازم ارتباطی، اجتماعی و... ایجاد می‌کند، به‌گونه‌ای که نه تنها به دلیل بی‌علاقگی، مهارت‌های لازم را در جهت ایفای نقش مورد انتظار جامعه را به درستی فرا نمی‌گیرند از سوی دیگر به دلیل محدودیت‌های محیطی و هنجارهای اجتماعی، شرایط کسب مهارت‌های مورد علاقه و متناسب با هویت جنسیتی خود نیز برایشان

8. Di Ceglie D. Clinical Management of Gender Dysphoria in Adolescents. In Management of Gender Dysphoria 2015; 18(1):61-72.
9. Smith Y.L, Cohen L, & Cohen-Kettenis P. Postoperative psychological functioning of adolescent transsexuals: A Rorschach study. Archives of Sexual Behavior 2002;31(3):255-261.
10. Mantashloo S, Shairi M, Heydarinasab L. Comparison of the personality traits of people with gender dysphoria disorder who were treated and those patients have not been treated. Daneshvar Medicine Journal 2017; 24(130):55-66
11. Tuber S, Coates S. Indices of psychopathology in the Rorschachs of boys with severe gender identity disorder: A comparison with normal control subjects. Journal of Personality Assessment 1989;53(1):100-112.
12. Zucker K.J, Bradley S.J, Owen-Anderson A, Kibblewhite S.J, Wood H, Singh D, Choi K. Demographics, behavior problems, and psychosexual characteristics of adolescents with gender identity disorder or transvestic fetishism. Journal of Sex & Marital Therapy 2012;38(2): 151-189.
13. Molo M, Gentile M, Crespi C, Cappai E. Rorschach characteristics in gender identity disorders subjects. Ce.R.Ne-(research center in neuroscience) Turin-Italy 2013.
14. Hejazi A, Shateri Z, Mostafavi S, Sadat Hosseini Z, Razaqyan M, Moghadam M. Evaluation match their new gender roles and gender identity 12 patients transsexual after sex reassignment surgery. Center for Women's Studies Journal 2008; 8(4):123-137.
15. Basharat MA, Tavlayyan F. "The dimensions of interpersonal problems in people with gender identity disorder transgender, transsexuals not ordinary people. Journal of Health Psychology 2014; 20(1):4-17.
16. Barišić J, Milosavljević M, Duišin D, Batinić B, Vujović S, Milovanović S. Assessment of Self-Perception of Transsexual Persons: Pilot Study of 15 Patients. The Scientific World Journal 2014;13 (3):201-212
17. Mormont C, Michel A, Wauthy J. Transsexualism and connection with reality: Rorschach data. Rorschachiana 1995;20(1): 172
18. Haraldsen I.R, Dahl A. Symptom profiles of gender dysphoric patients of transsexual type compared to patients with personality disorders and healthy adults. Acta Psychiatrica Scandinavica 2000;102(4): 276-281.
19. Cohen-Kettenis P.T, Klink D. Adolescents with gender dysphoria. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism 2015; 29(2):154-214.
20. Volkan V. Aggression among transsexuals. In 129th Annual Meeting of the American Psychiatric Association 1976;5(2):134-214.
21. Cohen-Kettenis P.T, Klink D. Adolescents with gender dysphoria. Practice Research Clinical Endology & Mental 2015;29(2):154-214.
22. Exner J.E. The Rorschach: A Comprehensive system. John Wiley & Sons, 2005.

Daneshvar
Medicine

*Scientific-Research
Journal of Shahed
University
25th Year, No.135
June- July 2018*

Received: 04/04/2018

Last revised: 21/05/2018

Accepted: 30/05/2018

Comparison of personality traits between women with gender dysphoria and normal women

Somaye Mantashloo, MohammadReza Shairi, Leyla Heydarinasab*

Department of Clinical Psychology, Shahed University, Tehran, Iran.

* Corresponding author e-mail: lhpsy@gmail.com

Abstract

Background and Objective: As regards the effects of the gender dysphoria disorder on social functioning and mental status and low knowledge of people about this disorder in our country, accurate verification and awareness about this disorder is felt. The aim of this study was to determine differences in personality traits in women with gender dysphoric disorder and normal women using the Rorschach test.

Materials and Methods: The study was a causal-comparative research. To this aim, 30 people from both groups referred for diagnosis with available sampling methods and matched demographic characteristics including age, education, and marital status. The subjects were individually assessed with Rorschach test in accordance to the comprehensive system Exner and data were analyzed with t-test method and SPSS21 software.

Results: The results showed that there are significant differences between people with gender dysphoric disorder and non-patients regarding human details, animal details, food, nature, sex, blood, anatomy, form, color, popular response, form-texture, usual quality of form, unusual quality of form, organizational activity (Zsum, Zf) variables.

Conclusion: The results showed that in women with gender dysphoric disorder as compared to normal ones, depression and anxiety are more frequent. In addition, it seems that normal women are more objective and logical. In contrast, women with gender dysphoric disorder are more non-realistic with higher rate of inter-personal problems.

Keywords: Gender Dysphoria, Women, Rorschach test, Comprehensive system of Exner.