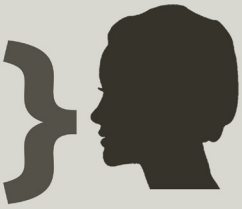


راهنمای مشاوره

به

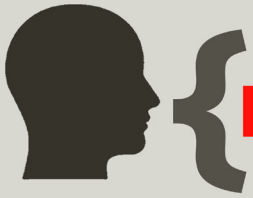
اقلیت های جنسی

ویژه

روان پزشکان، روان شناسان

و

مشاوران



راهنمای مشاوره به اقلیت‌های جنسی

ویژه روان‌پزشکان، روانشناسان و مشاوران

محدودیت‌های موجود در جامعه ما برای شکل‌گیری یک گفتمان انسان‌محور و فرای مناسبات جنسیت‌زده کنونی باعث می‌شود که ما متخصصینی که این مجموعه را گردآوری و تهیه کرده‌ایم، از ذکر نام خود صرف‌نظر کنیم.

ما امیدواریم شما علاقه‌مندان، همکاران و همه اعضای جامعه اقلیت‌های جنسی در ایران بدون هیچ پیش‌قضاوتی، مفاد آن را دنبال کرده و به همکاران و دوستان دیگر خود نیز برسانید.

شناسنامه کتاب:

راهنمای مشاوره به اقلیت‌های جنسی

ویژه روان‌پزشکان، روانشناسان و مشاوران

تدوین: گروهی از روانشناسان، مشاوران و متخصصان حوزه جنسیت

با همکاری برخی از اعضای جامعه ترنس‌سکشوال و ترنس‌جندر در ایران

مرداد ۱۳۹۷

ویراست اول

طراحی جلد: شبنم

صفحه‌آرایی: سبا

ناشر: ندارد

پخش توسط همه کسانی که به دانش و علم باور دارند و برای رواج آن زحمت می‌کشند

تماس با ما:

Raahnama.Farsi@gmail.com

نقل قول و یا بازنشر بخش‌هایی از این کتاب "راهنما"، به‌قصد رواج فرهنگ مدارا و مقابله با تبعیض و یا نقد محتوا آزاد است؛ اما فراموش نکنید در چنین مواقعی حتماً منبع را ذکر کنید. این یعنی احترام به کار و زحمت ما.

از آنجایی که تولید و نشر این "راهنما"، تلاشی داوطلبانه بوده است، خواهش ما این است که تولیدکنندگان این کار با ارزش را به‌عنوان تلاشگران گمنام جامعه چندرنگ ایران بدانید که از زحمات همه کنشگران این حوزه بهره برده‌اند.

فهرست:

پیشگفتار ۰۶

سنجش و ارزیابی هویت و گرایش جنسی ۰۷

سوگیری دگرجنس‌گرا محور در روان‌درمانی ۰۸

چگونه باید سؤال کرد؟ ۰۹

هویت جنسیتی و ترنس‌سکشوالیتی ۱۳

تشخیص آشفتگی یا بی‌قراری جنسیتی ۱۴

درمان آشفتگی جنسیتی ۱۶

کودکان دچار آشفتگی جنسیتی ۱۷

ضرورت استفاده از راهنماهای تشخیصی استاندارد ۱۸

درمان تبدیلی یا اصلاحی چیست؟ ۱۸

درمان تأییدی چیست؟ ۲۲

ضرورت آگاهی و حمایت روانشناسان ۲۲

راهنمای مشاوره به اقلیت‌های جنسی بر اساس استاندارد APA ۲۵

حفظ کرامت انسانی ۲۵

رازداری ۲۵

حق تعیین سرنوشت ۲۵

رضایت آگاهانه ۲۶

روانشناسان چه اطلاعاتی را لازم است درباره یک فرد اقلیت جنسی بدانند؟ ۲۶

خلاصه مهم‌ترین مفاد راهنما ۲۷

ضمیمه ۲۹

اصطلاحات ۲۹

منابع انگلیسی ۳۵

منابع آنلاین ۳۶

منابع فارسی ۳۷

پیشگفتار

در سال ۲۰۰۹ مطالعه زمینه‌یابی انجمن روانشناسی امریکا نشان داد که تنها کمتر از سی درصد از روانشناسان و فارغ‌التحصیلان رشته روانشناسی درباره مسائل مرتبط با اقلیت‌های جنسی و تجارب آنان، اطلاعات کافی دارند (گزارش کارگروه ویژه انجمن روانشناسی آمریکا،۲۰۰۹)[۱]. متأسفانه این آمار در کشور ما با توجه به وجود تابوهای فرهنگی-اجتماعی و نقایص آموزشی بسیار پایینتر است.

اقلیت‌های جنسی، گروهی داغ‌خورده[۲] محسوب می‌شوند که در معرض طرد از سوی خانواده و جامعه هستند. به همین دلیل در سیستم‌های بهداشت و درمان پیشرفته در تمام دنیا برنامه‌های مدونی برای ارائه خدمات و حمایت از آن‌ها به‌عنوان یک گروه آسیب‌پذیر وجود دارد. هرچند در ایران، آمار رسمی درباره نرخ افسردگی و خودکشی در این جمعیت -به دلیل آشکارنبودن‌شان- وجود ندارد، برآورد می‌شود که با توجه به رویکرد رایج بیماری‌انگاری وعدم وجود حمایت اجتماعی، این آمار به‌طور قابل‌توجهی بالا باشد. سیستم بهداشت، درمان و آموزش در کشور ما به‌طور عمده متناسب با نیازهای اکثریت به ارائه خدمات می‌پردازد. به همین سبب، اقلیت‌های جنسی به‌طور خاص در تعامل با این سیستم، اگر بیمار یا منحرف قلمداد نشوند، نادیده گرفته می‌شوند.

کتابی که در دست دارید با رویکردی آکادمیک و بر اساس جدیدترین راهنماها و مطالعات بین‌المللی مورد تائید انجمن روانشناسی آمریکا و سازمان بهداشت جهانی تهیه شده است.

این کتاب هم‌چنین از اصول یوگیاکارتا برای تدوین موازین راهنما بهره گرفته و بر آن است تا روان‌پزشکان، روانشناسان، مشاوران و سایر متخصصان متعهد حوزه سلامت را در ایران در جریان به‌روزترین و کاربردی‌ترین نکات و مطالب علمی روانشناسی در تعامل با اقلیت‌های جنسی قرار دهد و با آگاه‌سازی متخصصان، گامی هرچند کوچک در جهت برابری و رفاه روانی و سلامت جسمی این گروه بردارد. شرح کلیه اصطلاحات تخصصی حوزه جنسیت که ممکن است برای برخی خوانندگان ناآشنا باشد، در ضمیمه انتهای کتاب آمده است.

یوگیوکارتا[۱] اشاره به مفاد یک بیانیه معتبر بین‌المللی دارد که نخستین بار در سال ۲۰۰۶ تصویب شده است و هدف آن صیانت از حقوق افراد با گرایش‌ها و هویت‌های جنسی و جنسیتی گوناگون در عرصه حقوق بین‌الملل می‌باشد. جدیدترین نسخه‌ی این بیانیه در دسامبر ۲۰۱۷ منتشر شده است[۲] و بر حقوق برابر همه‌ی افراد بر اساس هویت جنسیتی؛ گرایش جنسی؛ بیان جنسیتی و خصایص جنسی[۳] دارد. همه دولت‌ها ملزم به پیروی از این اصول هستند. برخی از مهم‌ترین این اصول عبارت‌اند از: آزادی ابراز هویت؛ گرایش؛ بیان جنسیتی و خصایص جنسی خود بدون هراس از مجازات و تبعیض؛ حق دسترسی به امکاناتی نظیر آموزش؛ بهداشت؛ حق داشتن حریم خصوصی.

۱ . Yogyakarta, WWW.YOGYAKAR-TAPRINCIPLES.ORG
۲ . YP+10
۳ . منظور از خصایص جنسی در یوگیوکارتا همان ویژگی‌های فیزیکی مرتبط با جنس مانند اندام جنسی؛ کروموزوم‌ها؛ هورمون‌ها و خصایص جنسی ثانویه است که از زمان بلوغ آشکار می‌شود.

۱ . APA TASKFORCE ON GENDER IDENTITY AND GENDER VARIANCE(TFGIGV):
۲ .Stigmatized

سنجش و ارزیابی هویت و گرایش جنسی

در مورد چگونگی سنجش گرایش جنسی اتفاق‌نظر وجود ندارد (ساوین ویلیامز،۲۰۰۵) مقیاس‌های مختلفی در این زمینه طراحی شده‌اند که هرکدام نقاط ضعف و قوت خاص خود را دارند (شیولی،۱۹۷۷؛ استورمز، ۱۹۸۰؛ کولمن،۱۹۸۷؛ کلاین،۱۹۹۰). جمع‌بندی این مقیاس‌ها حاکی از آن است که در ارزیابی گرایش جنسی افراد، باید به ترکیبی از عوامل زیر توجه داشت:

۱. جاذبه جنسی (میزان کششی که فرد ازنظر فیزیکی نسبت به هر جنس احساس می‌کند).

۲. رفتار جنسی (تجربه رابطه جنسی با هر جنس و کیفیت آن: رضایت/عدم رضایت).

۳. خیال‌پردازی‌های جنسی (تخیلات ذهنی فرد درباره سکس).

۴. ترجیح عاطفی (دل‌بستگی هیجانی نسبت به هر جنس).

۵. ترجیح اجتماعی (فرد چقدر دوست دارد در جامعه به‌عنوان همجنس‌گرا، دوجنس‌گرا و یا دگرجنس‌گرا شناخته یا معرفی شود).

۶. شناسایی خود (فرد از چه برچسبی برای توصیف هویت و گرایش خود استفاده می‌کند).

۷. سبک زندگی و باورها (شیوه زندگی، شریک زندگی، باورهای فرد درباره زندگی مشترک).

برخی محققان وضعیت روابط رمانتیک فرد در گذشته و حال و پیش‌بینی او درباره روابط آینده‌اش و هم‌چنین نقش جنسی را نیز مهم دانسته‌اند (کولمن،۱۹۹۰)

اکثر محققان معتقدند که معتبرترین مقیاس ارزیابی هویت و گرایش جنسی، گزارش خود فرد است. امروزه محققان در بسیاری مطالعات، از ابزار خود-گزارشی استفاده می‌کنند (فرگاسون وهمکاران،۲۰۰۵).

با این‌حال، به دلیل بسیاری ملاحظات فرهنگی- اجتماعی، اتکا بر یک یا دو ملاک کافی نیست. به‌طور مثال، افراد مذهبی ممکن است تمایلات و خیال‌پردازی‌های جنسی خود را نسبت به همجنس سرکوب کنند. برخی افراد، کشش عاطفی و جنسی نسبت به همجنس دارند، اما به دلیل ناآگاهی از چنین امکانی در تعریف هویت خویشتن، ممکن است هیچگاه خود را به‌عنوان همجنس‌گرا معرفی نکنند. همچنین برخی از ترس ِعواقب اجتماعی، دوست ندارند به‌عنوان همجنس‌گرا یا دوجنس‌گرا شناخته شوند. به تمامی این دلایل، بسیار مهم است که بالین‌گران بدانند چگونه باید دراین‌باره سؤال کنند و از پرسیدن هرگونه سؤال سوگیرانه خودداری کنند.

سوگیری دگرجنس‌گرا محور[۳] در روان‌درمانی

سوگیری دگرجنس‌گرا محور در ارزیابی، مشاوره و درمان، به شیوه‌هایی غیرمحسوس ممکن است منجر به آزار یا عدم درک مراجعانی شود که به اقلیت‌های جنسی تعلق دارند. به‌طور مثال، داشتن این فرض کلی که همه دگرجنس‌گرا هستند و باید علاقه‌مند به ازدواج با جنس مخالف باشند. اینکه روانشناسی از یک مراجع مرد سؤال کند که «آیا تابه‌حال به زنی علاقه‌مند شده‌ای؟» نمونه‌ای از سوگیری دگرجنس‌گرا محور است؛ زیرا به‌طور ضمنی فرض می‌کند که یک مرد، تنها ممکن است عشق رمانتیک را نسبت به یک زن تجربه کند. اتفاق بدتر زمانی می‌افتد که وقتی مراجع به چنین سؤالی پاسخ منفی می‌دهد، برچسب‌های شتاب‌زده‌ای دریافت می‌کند؛ مانند: عدم توانایی در ارتباط صمیمانه بین فردی، دل‌بستگی ناایمن، ناتوانی در رابطه با جنس مخالف، کمبود اعتمادبه‌نفس، افسردگی، بی‌اعتمادی به جنس مخالف، انزوا و مانند آن.

سؤالات زیر، نمونه‌هایی از پرسش‌های مبتنی بر سوگیری دگرجنس‌گرا محور هستند. طرح این سؤالات اشتباه، راه را برای ابراز گونه‌های دیگر عشق و روابط بین فردی می‌بندند:

- چرا تا به حال ازدواج نکرده‌ای؟
- یعنی هیچوقت دلت نخواسته که دوست پسر داشته باشی؟(در مصاحبه با مراجع لزبین)
- چرا دوست نداری ازدواج کنی و بچه‌دار شوی؟

در اغلب موارد، اقلیت‌های جنسی در جلسات اولیه تمایلی به آشکار کردن گرایش یا هویتشان ندارند. برای آن‌ها صحبت درباره این مسئله یا اعتماد کردن، ممکن است سخت باشد. این امر به‌ویژه در جوامعی مانند ایران رایج‌تر است. روانشناسانی که سوگیری دگرجنس‌گرا محور دارند، غالباً در تاریخچه زندگی فرد به دنبال اثری از علاقه یا کشش فیزیکی به جنس مخالف هستند و وقتی آن را نمی‌یابند، به دلیل سوگیری دگرجنس‌گرا محور، به نتایج صددرصد اشتباه می‌رسند. درحالی‌که ممکن است مراجع، به علاقه‌اش نسبت به همکلاسی همجنس خود در دوران مدرسه یا دانشگاه اشاراتی کرده باشد که معمولاً توسط روانشناس به‌عنوان یک نکته کلیدی نادیده گرفته شده یا جدی انگاشته نمی‌شود. این بی‌توجهی و نادیده انگاشتن تمایلات متفاوت مراجع، ممکن است او را دلسرد کند و سبب شود که او هویت یا کشش خود نسبت به همجنس را بیش‌ازپیش پنهان کند. برخی مراجعان، ممکن است عمیقاً رنجیده و خشمگین شوند وقتی با این واقعیت مواجه می‌شوند که سبک زندگی و تجربه‌زیسته آن‌ها حتی به‌عنوان یک احتمال نیز در ذهن روانشناس مطرح نشده است. در مقابل، سؤال یا اشاره‌ای هوشمندانه می‌تواند مانند یک نقطه‌ی روشن در حافظه مراجع باقی بماند و او را به ادامه‌ی مشاوره امیدوار سازد (باربارا و داکتر،۲۰۰۷). نوع سؤالات فرد متخصص، دامنه تجارب و وسعت دید او را منعکس می‌کند.

---

۳ . Heterosexist bias

چگونه باید سؤال کرد؟

توصیه می‌شود درمانگران برای ورود به حوزه‌ی گرایش‌جنسی مراجعان، از سؤالاتی نظیر نمونه‌های زیر استفاده کنند:

- آیا در حال حاضر با فرد خاصی در رابطه هستی؟ درگذشته چطور؟ روشن است که درصورت دریافت پاسخ مثبت، درمانگر می‌تواند سؤال کند: «چه کسی؟» و با شنیدن توضیحات مراجع، دریابد که شریک او زن، مرد یا ترنس است.
- درصورتی‌که مراجع در صحبت‌هایش درباره‌ی رابطه‌اش صحبت می‌کند بسیار مهم است که از او سؤال شود که آیا رابطه او یک رابطه دگرجنس گرایانه یا همجنس گرایانه است؟ این مسئله به‌ویژه ازاین‌جهت مهم است که در زبان فارسی، زمانی که مراجع برای صحبت درباره شریکش از ضمیر سوم‌شخص غایب (او) استفاده می‌کند، اگر این روشن‌سازی صورت نگیرد، مشاور یا روانشناس قادر به شناسایی ماهیت رابطه نخواهد بود. ممکن است در فرهنگ ایرانی، مواجهه با چنین سؤال مستقیمی به‌ویژه برای اکثریت مراجعان (دگرجنس‌گرایان) خوشایند نباشد. به همین دلیل، روش دیگری که می‌توان درباره گرایش‌جنسی سؤال پرسید به‌قرار زیر است:

تابه‌حال اتفاق افتاده که حس کنی گرایشت شاید متفاوت از مردم اطرافت هست یا منحصر به یک جنس نیست یا درباره آن تردید داشته باشی؟

روانشناس و مشاور در تشخیص میل یا هویت افراد، بر خود آن‌ها مقدم نیست. وظیفه روانشناس تنها آگاه‌سازی و اطلاع‌رسانی درباره‌ی گونه‌های

برخی افراد علایمی مانند ترس وسواسی از این‌که مبادا همجنس‌گرا باشند نشان می‌دهند. آن‌ها همچنین ممکن است درباره‌ی گرایش جنسی خود به‌طور مکرر ابراز تردید کرده و خواستار کمک باشند. در این وضعیت، آنچه باید ملاک تشخیص قرار گیرد، استرس و درگیری ذهنی مداوم و وسواس‌گون فرد و انکار و سرکوب ناسالم او است، نه گرایش جنسی‌اش.

هرچند ممکن است برخی از این افراد در واقع همجنس‌گرایان یا دوجنس گرایانی باشند که گرایش خود را شدیداً سرکوب می‌کنند. اما وسواس همجنس‌گرا بودن یا ترس از همجنس‌گرا شدن، در دسته اختلالات اضطرابی و وسواس‌ها قرار می‌گیرد و در افراد دگرجنسگرا نیز به فراوانی دیده می‌شود.

تشخیص اختلال وسواس زمانی مطرح می‌شود که بالینگر اطمینان حاصل کند که فرد در مرحله هویت یابی نمی‌باشد و آگاهی‌های لازم را درباره تنوع گرایش‌های جنسی دریافت کرده است. درمان این افراد باید متمرکز بر حذف علائم اضطراب، وسواس و پریشانی‌شان باشد، نه متمرکز بر گرایش جنسی آن‌ها.

مختلف جنسیت و گرایش جنسی است. درنهایت، این خود فرد است که باید به مرحله هویت‌یابی رسیده و تعریفی را که مناسب وضعیت خود می‌داند انتخاب کند.

به همین دلیل مشاوران باید از هرگونه تعبیر و تفسیر یا جهت‌دهی به مراجع خودداری کنند. وقتی فرد در حین روایت داستان زندگی‌اش، تمایل و کشش عاطفی شدید نسبت به همجنس را گزارش می‌دهد، نباید از این نکته کلیدی بی‌اعتنا عبور کرد، آن را کم‌اهمیت شمرد یا با آن مخالفت کرد و سعی در تغییر آن داشت. در این راستا از جملاتی مانند نمونه‌های زیر باید پرهیز شود:

- تو همجنس‌گرا نیستی فقط چون به‌قدر کافی با جنس مخالف تعامل نداشته‌ای این‌طور به نظرت می‌آید. [خطاب به مراجع لزبین]
- چون پدرت را در کودکی از دست داده‌ای، مردها برای تو جذاب شده‌اند. [خطاب به مراجع گی]
- علاقه به همجنس در سن تو عادی است. همه در نوجوانی همین طور هستند! [خطاب به مراجع نوجوان مردد]
- نگران نباش اگر به هردو طرف میل داری می‌توانی تصمیم بگیری که میل به یک‌طرف را کنار بگذاری! [خطاب به مراجع دوجنس‌گرا]
- اینکه نتوانی خودت را به‌عنوان مرد یا زن تعریف کنی یعنی یک‌جور بحران هویت داری. تو تکلیفت با خودت روشن نیست! (خطاب به مراجع ترنس‌جندر با جنسیت سیال[۴])

بسیاری افراد ممکن است درباره گرایش یا هویتشان تردید داشته باشند و در طول زمان با کسب آگاهی بیشتر، برچسبشان را عوض کنند. به دلیل بدفهمی‌هایی که درباره جنسیت و تمایلات جنسی وجود دارد، چنین امری بسیار رایج است. به‌طور مثال، پژوهش‌های زیادی نشان می‌دهد که شماری از افراد دوجنس‌گرا ابتدا خود را به‌عنوان همجنس‌گرا برچسب می‌زنند اما به‌مرورزمان متوجه می‌شوند که به هردو جنس تمایل دارند. به همین منوال، تعداد زیادی از همجنس‌گرایان ابتدا خود را ترنس تصور می‌کنند. مناسبترین رویکرد در تعامل با مراجعان مردد، آن است که ابتدا به آن‌ها درباره‌ی انواع گرایش‌ها و جنسیت‌ها آموزش داده شود و سپس از آن‌ها خواسته شود بر اساس کشش درونی‌شان، تجارب خود را گسترش دهند (باربارا و داکتر،۲۰۰۷). به‌طور مثال، چنین توصیه‌هایی می‌توانند مفید و یاری‌دهنده باشند:

- ممکن است احساس سردرگمی داشته باشی. تو در حال کشف هویت خودت هستی و این سردرگمی و تردید هم بخشی طبیعی از این فرایند است. برای اسم گذاشتن روی خودت عجله نکن و به خودت فرصت بده.
- بهتراست با افرادی که خودشان را همجنس‌گرا/ دوجنس‌گرا/ ترنس تعریف می‌کنند صحبت کنی و ببینی تجارب کدامشان به تو بیشتر شبیه است.
- تو سلامت هستی و دلیلی برای نگرانی وجود ندارد. حدود هفت تا ده درصد جمعیت غیر دگرجنس‌گرا هستند.

۴ . Gender fluid or non-binary

- گرایش‌های مختلف جنسی (همجنس‌گرا، دوجنس‌گرا، دگرجنس‌گرا یا بی‌جنس‌گرا) طبیعی هستند.
- احساس گناه نداشته باش و از چیزی که هستی نه خجالت بکش نه بترس. با خودت روراست باش.

بسیاری افراد در ابتدای کشف خود، با نارضایتی از گرایش و هویتشان سخن می‌گویند. آن‌ها ممکن است درخواست کمک برای تغییر داشته باشند یا حتی باوجودی که اطلاعات کافی دریافت کرده‌اند، وضعیت خود را انکار کنند. پذیرشِ تعلق داشتن به یک گروه داغ (برچسب) خورده، فرایندی بسیار دشواراست. افراد به‌درستی نگران پیامدهای اجتماعی واقعی‌ای هستند که در صورت پذیرش هویتشان، ممکن است با آن مواجه شوند. پیامدهایی همچون طرد از سوی خانواده و سایر گروه‌هایی که به آن‌ها احساس تعلق دارند. فرایند هویت‌یابی، به دلیل انکار یا تردید ممکن است به طول بینجامد.

برخی مراجعان، درحالی‌که حس عاطفی و کشش جنسیشان به همجنس را به‌روشنی ابراز می‌کنند، درباره طبیعی بودن و رواج چنین گرایش یا هویتی مطمئن نیستند. ممکن است اساساً نام حس خود را نیز ندانند و حتی نتوانند تصور کنند که چنین شیوه‌ای از زیست می‌تواند وجود داشته باشد. به همین دلیل، غالباً با احساس گناه شدید، به‌اشتباه در پی علاج میل و گرایششان به روانشناس مراجعه می‌کنند. بسیار شایع است که آن‌ها تمایلات خود را به‌شدت سرکوب کنند و از تخیلات جنسی‌شان به‌عنوان افکار شیطانی یا گناه‌آلود یاد کنند. این افراد ممکن است تشخیص غلطی مانند اختلال وسواس فکری دریافت کنند.

خطای دیگری که ممکن است رخ دهد زمانی است که درمانگر، از گرایش یا هویت مراجع مطلع باشد اما بر اساس هنجار یا پیش‌فرض‌های دگرجنس‌گرا محور رفتارها و روابط او را تحلیل کند. به‌طور مثال، درمانگری که فرض می‌کند در رابطه بین دو زن لزبین، یکی از آن‌ها درواقع نقش به‌اصطلاح فاعل (عاشق- مرد) را ایفا می‌کند و دیگری در نقش مفعول (معشوق- زن) ظاهر می‌شود. درحالی‌که این کلیشه‌ها، الزاماً بر روابط زوج‌های همجنس (و حتی غیر همجنس) حاکم نیستند. چنین پیشفرض‌هایی درباره روابط بین فردی مراجعان می‌تواند آسیب‌زننده باشد. اگر در ذهن درمانگر، رابطه عاشقانه تنها به الگوی رابطه مرد- زن محدود باشد، احتمال زیادی وجود دارد که سایر اشکال روابط عاطفی، صمیمانه یا جنسی را برچسب زده و غیرطبیعی تلقی کند.

به روانشناسان و مشاوران توصیه می‌شود که از هرگونه فرض مبتنی بر اینکه فرد مراجعه‌کننده به آن‌ها دگرجنس‌گرا است پرهیز کنند. حتی زمانی که شاهد ازدواج و وجود فرزندان هستند. بسیاری از مراجعان دوجنس‌گرا ممکن است ازدواج کرده باشند اما کشش به همجنس در زندگی عاطفی و جنسی آن‌ها نقش پررنگی ایفا کند. مراجعان همجنس‌گرا نیز ممکن است تحت‌فشارهای اجتماع و خانواده، تمایلات خود را سرکوب کرده و تن به ازدواج دهند (گرینی،۱۹۹۴ و هایگینز،۲۰۰۲). حتی در ایران، موارد متعددی نیز گزارش شده است که افراد ترنس، به دلیل راهنمایی‌های غلطی مانند «اگر ازدواج کنی خوب می‌شوی» تن به ازدواج داده و بعد از سال‌ها با داشتن همسر و فرزند، به دلیل احساس ناهماهنگی بین جنس بیولوژیک و جنسیت ذهنی- اجتماعی خود، درصدد کمک برآمده‌اند. نکته مهم دیگری که باید به آن توجه شود، پرهیز از به کار بردن زبانی است که دوگانه انگاری جنسیتی را تقویت می‌کند. اینکه از یک فرد ترنسجندر پرسیده شود: «خودت را بیشتر زن می‌دانی یا مرد؟» نمونه‌ای از این نوع زبان است. حال‌آنکه مشخصه افراد ترنس‌جندر آن است که خود را در قالب دوگانه‌ی زن – مرد تعریف نمی‌کنند (APA,۲۰۱۵)

پژوهش‌های جامعه‌شناسی نشان می‌دهد برخلاف جنس[۵] که ازنظر بیولوژیکی امری نهادینه و وابسته به ساختار مغز، کروموزوم‌ها و هورمون‌های جنسی است، جنسیت[۶]، مفهومی سیال، متکثر، وابسته به فرهنگ و برساخته‌ی جامعه است. کلیشه‌ها و نقش‌های جنسیتی از فرهنگی به فرهنگ دیگر می‌توانند بسیار متفاوت باشند. جنسیت‌ها گوناگون‌اند و بر روی یک طیف قرار دارند. همان‌گونه که روانشناسان بزرگ دنیا همانند کارل گوستاو یونگ و ساندرا بم نیز اذعان داشته‌اند، همه افراد، صرف‌نظر از جنس بیولوژیکی‌شان، جنبه‌هایی ازآنچه به‌طور سنتی «مردانه» یا «زنانه» تلقی می‌شود را دارند.

به همین دلیل است که امروزه در کشورهایی مانند آلمان و کانادا، افرادی که خود را خارج از دوگانه‌ی زن- مرد یا در میانه یا ورای طیف جنسیت تعریف می‌کنند، حق دارند که در مدارک شناسایی‌شان خود را با جنسیت سوم یا ایکس معرفی کنند. بیمار انگاری افراد ترنس‌جندر و ترنس‌سکشوال، از تصور غلطی ناشی می‌شود که جنسیت را به دوگانه‌ی زن – مرد تقلیل می‌دهد.

نتایج پاره‌ای گزارشات حاکی از آن است که برخی از افراد ترنسجندر یا حتی همجنس‌گرا وقتی واقعیت درونی خویش را مابین یا ورای دوگانه پذیرفته‌شده‌ی زنانه- مردانه می‌یابند، به این نتیجه‌گیری می‌رسند که اگر فاقد هنجارهای پذیرفته‌شده‌ی جنسیتی درباره یک جنس هستند، پس ناگزیر باید متعلق به جنس مقابل باشند! این باور، تحت تأثیر آنچه در دنیای بیرون و فرهنگ غالب (رسانه، تبلیغات، نظام آموزش و سلامت) وجود دارد، تقویت می‌گردد. هرقدر کلیشه‌های دوگانه جنسیتی در فرهنگ جامعه‌ای قدرتمندتر باشد، فشار بر افرادِ ناهمنوا ازنظر جنسیتی بیشتر خواهد بود. به همین سبب، چنین افرادی در کشورهای سنتی مانند ایران و پاکستان، بیشتر ممکن است تشخیص ترنس‌سکشوالیتی دریافت کنند و درصدد تغییر جنسیت و گنجاندن خود در قالب یکی از دو جنس بر آیند. به دلیل هنجارهای فرهنگی این جوامع، افراد ناهمنوا یا دارای ابهام جنسیتی، کمتر از سوی جامعه تحمل می‌شوند. حال‌آنکه بسیاری از این افراد، درصورتی‌که حق انتخاب و آزادی پوشش و سبک زندگی دلخواه خود را داشته باشند، هرگز خود را مجبور به تن دادن به فرایند جراحی تغییر جنسیت نمی‌بینند.

۵ .Sex
۶ . Gender

هویت جنسیتی و ترنس‌سکشوالیتی

تأثیرات گسترده‌ی انگ زنی و تبعیض اجتماعی بر رفاه روانی افراد ناهمنوا ازنظر جنسیتی، حاکی از آن است که این جمعیت در معرض قضاوت، آزار، تمسخر و تبعیض در طول زندگی‌شان هستند[۷] به همین دلیل نرخ افسردگی[۸] و خودکشی[۹] در آنان به‌طور معناداری بالاتر است. دانستن این مسئله که این جمعیت آسیب‌پذیرتر از سایر مراجعان هستند، بسیار مهم است؛ زیرا متخصصان را متعهد می‌سازد که آمادگی و دانش لازم را برای تعامل با این مراجعان کسب کنند و به آنان هشدار می‌دهد که اگر در پذیرش تمایلات جنسی متنوع، تعارض‌های شخصی دارند که ممکن است مانع از ایجاد رابطه درمانی حرفه‌ای با این دسته از مراجعان شود، آن‌ها را به متخصص دیگری ارجاع دهند و از ارضای حس کنجکاوی یا آزمون‌وخطا در رابطه با این مراجعان اکیداً پرهیز کنند (انجمن روانشناسی آمریکا،۲۰۰۰).

ترنس سکشوالیتی دیگر یک بیماری محسوب نمی‌شود.

در نسخه‌ی یازدهم ICD که در جون ۲۰۱۸ منتشرشده است دیگر خبری از اختلالی به نام اختلال هویت جنسیتی یا حتی ملال جنسیتی وجود ندارد. طبق دیدگاه سازمان بهداشت جهانی، ترنسجندریسم و ترنس سکشوالیتی که با عنوان جدید «عدم تطابق جنسیتی» معرفی شده است، به خودی خود اختلال یا بیماری نیست بلکه وضعیتی است که ممکن است نیاز به حمایت یا مداخله پزشکی داشته باشد. این در حالی است که در نسخه قبلی (دهم)، ترنس سکشوالیتی زیرعنوان کلی بیماری‌های رفتاری و روانی و عنوان جزئی‌تر اختلالات هویت جنسی طبقه بندی شده بود. اکنون اما ، به‌طور کلی این برچسب، از طبقه بندی اختلالات روانی خارج شده است. پیش‌تر نیز در آخرین نسخه دی‌اس‌ام(۵) که توسط انجمن روان‌پزشکان آمریکا در سال ۲۰۱۳منتشر شده بود، اختلال هویت جنسیتی جای خود را به تشخیصی به نام ملال جنسیتی داده بود. مطابق با رویکرد جدید، افراد ناهمنوا از نظر جنسیتی[1]، مادامی که از وضعیت خود دچار رنج و استرس قابل ملاحظه و مخل زندگی نشده باشند، نباید تشخیص دریافت کنند. به‌طور مثال، مردی که علاقه‌مند به آرایش یا انتخاب شریک جنسی مرد است، به‌صرف علایق ناسازگار با آنچه جامعه به‌عنوان هنجار اجتماعی جنسیت در نظرمی گیرد، تشخیصی دریافت نمی‌کند. درحالی‌که در طبقه تشخیصی اختلال هویت جنسیتی در دی‌اس‌ام قبلی، تمایل به پوشیدن لباس یا ایفای نقش‌هایی که به‌طور سنتی به جنس مقابل منتسب می‌گردد، علامت اختلال هویت جنسیتی محسوب می‌شد. به عبارت بهتر، مطابق با اظهارنظر صریح انجمن روان‌پزشکان آمریکا، ناهمنوایی جنسیتی به خودی خود، اختلال یا نابهنجاری تلقی نمی‌شود مگر اینکه منجر به ایجاد یک استرس درونی قابل ملاحظه برای فرد شود. کلید تشخیص در این جا وجود «استرس قابل ملاحظه» است. با این حال، باید توجه داشت که این استرس، باید منعکس کننده نارضایتی درونی فرد باشد، نه بازتاب آزار یا عدم تحملی که از سوی جامعه یا خانواده به افراد از نظر جنسیتی ناهمنوا تحمیل می‌گردد.

1 Gender non-conforming individuals

۷ گرانت و همکاران،۲۰۱۱ .
۸ فردریکسن گلدسن و همکاران، ۲۰۱۴ .
۹ هاس و همکاران ،۲۰۱۴ .

تشخیص آشفتگی یا بی‌قراری جنسیتی

هرچند به‌طور نظری، باور بر آن است که نارضایتی از بدن، ملاکی است که افراد ترنس‌سکشوال را از سایر اقلیت‌های جنسی متمایز می‌کند، یافته‌های متعدد گذشته‌نگر نشان داده‌اند که بسیاری افراد- فارغ از گرایش جنسی‌شان- دوره‌هایی گذرا از احساس ناراحتی درباره بدن و اندام جنسی به‌ویژه هم‌زمان با بلوغ گزارش می‌دهند (بلانچارد و همکاران، ۱۹۸۷). این مسئله به‌خصوص در فرهنگ‌های سنتی که سکس، تابو و بدن، منشأ گناه دانسته می‌شود، رایج‌تر است. در همین راستا، یک جراح ایرانی در کتاب خود اذعان داشته که حداقل پنج نفر را می‌شناسد که بعد از جراحی تغییر جنسیت پشیمان گشته و دریافته‌اند که درواقع همجنس‌گرا بوده‌اند (کهن زاد،۱۳۸۹). وی هشدار می‌دهد که امکان دارد افراد دچار آشفتگی جنسیتی با افراد همجنس‌گرا اشتباه گرفته شوند. این خطاها البته ممکن است در همه جای دنیا رخ دهند[۱۰] اما احتمال وقوعشان در جوامع سنتی بیشتر است زیرا همان‌گونه که پیش‌تر ذکر آن رفت، این جوامع، مرزهای جنسیتی سخت و انعطاف‌ناپذیر دوگانه دارند و افرادی را که در میانه یا ورای این مرز دوگانه قرار دارند به‌سختی می‌پذیرند.

به همین دلیل، استانداردهای مراقبتی ویژه‌ای برای کمک به کسانی که تمایل و اصرار شدید برای تغییرجنسیت دارند تعریف شده است (انجمن جهانی سلامت ترنس،۲۰۱۱). پس از طی ارزیابی‌های دقیق روان‌شناختی، باید اطمینان حاصل شود که درزمان اخذ تصمیم برای جراحی، فرد ازنظر روانی سالم و قادر به تشخیص پیامدهای تصمیم خود می‌باشد. سپس او در جریان جزییات دقیق فرایند جراحی و پیامدهای بهداشتی، قانونی و اجتماعی جراحی قرار می‌گیرد. در این فرایند او با افراد مختلفی که قبلاً این روند را پشت سر گذاشته‌اند، دیدار و گفتگو کرده و تجارب آن‌ها را می‌شنود. فرد قبل از جراحی، باید به مدت حداقل یک سال در نقش جنسیتی مطابق با هویت جنسی خود به زندگی در جامعه بپردازد، همچنین باید حداقل ۱۲ ماه هورمون تراپی دریافت کرده باشد.

درطی این مدت، با قرار گرفتن در موقعیت‌های واقعی زندگی در قالب فردی از جنس مخالف، فرد می‌تواند با دیدی واقع‌بینانه نسبت به نقش‌ها، انتظارات و شیوه زندگی در قالب آن جنس، کسب آگاهی نماید و پس از پایان این دوره تصمیم بگیرد که آیا همچنان مایل به جراحی برای تغییر دادن بدن خود (برداشتن رحم و تخمدان و پستان‌ها در ترنس‌های زن به مرد، تخلیه بیضه و اخته سازی در ترنس‌های مرد به زن) هست یا خیر. حداقل دو متخصص سلامت روان، باید به‌طور جداگانه و مستقل از یکدیگر، با ارزیابی درباره نیاز فرد به جراحی اظهارنظر حرفه‌ای ارائه دهند.

برخی افرادی که اصرار به تغییرجنسیت دارند، پس از طی این دوره، صرفاً با تغییر نقش جنسیتی و بیان جنسیتی‌شان به رضایت دست می‌یابند و از ادامه مسیر منصرف می‌شوند. به این معنا که هورمون تراپی و ظهور برخی علائم ثانویه جنسی (مانند تغییر صدا) را به همراه لباس پوشیدن مطابق با هویت جنسی‌شان[۱۱]، تسکین‌بخش می‌یابند. عده‌ای نیز همچنان برای تطابق کامل بدنشان با جنسیتی که ازنظر ذهنی خود را بدان متعلق می‌دانند، اصرار می‌ورزند. متأسفانه به دلایلی مانند محدودیت‌های قانونی و فرهنگی، امکان زندگی کردن در نقش جنس مطلوب برای ترنس‌هایی که در ایران زندگی می‌کنند، تقریباً ناشدنی است و به همین سبب، آن‌ها استانداردهای درمانی لازم را طی نمی‌کنند. به‌طورکلی خدمات درمانی ارائه‌شده به افرادی که تحت عنوان ترنس‌سکشوال شناخته می‌شوند به گواه حداقل یک پژوهش داخلی (صابری و همکاران، ۱۳۸۹) از کیفیتی ضعیف در مقایسه با استانداردهای بین‌المللی برخورداراست. هرچند آمار رسمی دولتی در

---

۱۰ . For example, https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2017/sep/16/transition-caused-more-problems-than-it-solved

۱۱ . Cross dressing

این زمینه وجود ندارد اما گزارش‌های غیررسمی متعدد درباره پشیمانی، افسردگی و حتی خودکشی پس از انجام شتاب‌زده عمل تغییرجنسیت، گواهی بر استانداردهای ضعیف درمانی است.

آیا می‌دانید؟

روانشناسان کم‌تجربه ممکن است نارضایتی از جنسیت را با هذیان اشتباه بگیرند. هرچند درواقع بین این دو تفاوت ماهوی وجود دارد. علاوه بر این، اکثریت قاطع کودکان و نوجوانانی که آشفتگی یا بی‌قراری جنسیتی نشان می‌دهند، سابقه هیچ‌گونه اختلال روان‌پزشکی یا علائم سایکوتیک دیگری که توجیه‌کننده این نارضایتی باشد، ندارند (گزارش انجمن جهانی سلامت ترنس، ۲۰۱۱).

طبق استاندارد انجمن جهانی سلامت ترنس (۲۰۱۱) سیستم درمانی باید به افراد ترنس به‌ویژه آن‌ها که قبلاً بچه دار نشده‌اند، درباره ماهیت عقیم کننده درمان‌های هورمونی و جراحی آگاهی دهد. ترنس‌های مرد به زن قبل از قرار گرفتن در معرض سطوح بالای استروژن باید درباره امکان نگهداری اسپرمشان در بانک اسپرم برای استفاده در آینده آگاه شوند. به ترنس‌های زن به مرد باید درباره امکان انجماد تخمکشان اطلاعات داده شود. ترنس‌هایی که تحت درمان هورمونی قرار میگیرند، در صورت حفظ ارگانهایی مانند رحم و تخمدان یا بیضه و آلت مردانه، ممکن است بعد از قطع هورمون، توانایی باروری‌شان حفظ شود.

همه افراد ترنس حق دارند در این باره تصمیم بگیرند که تا چه اندازه فرایندهای تطبیق جنسیت را طی کنند. ممکن است برخی از آن‌ها صرفاً مایل باشند که ویژگی‌های ثانویه جنسی‌شان را تغییر دهند. به‌طور مثال ترنس -زن‌هایی که مایل هستند تنها جراحی تغییر صدا یا لیزر رفع موی صورت داشته باشند و مایل به برداشتن آلت جنسی‌شان نیستند، نباید وادار به این کار شوند. به این ترتیب، طبق استانداردهای بین‌المللی مراقبت ترنس، هیچ نهادی اجازه ندارد برای تغییر اسناد هویتی یا به رسمیت شناختن حقوق شهروندی افراد ترنس، جراحی یا درمان خاصی را به آنان تحمیل کند. فرایند تطبیق جنسیت نباید تابع رویکرد «همه یا هیچ» باشد. به این معنا که افراد ترنس نباید وادار شوند که این پروسه را به‌طور کامل طی کنند. هر فرد ترنس با توجه به روحیات و علایق خود باید تصمیم بگیرد که تا چه اندازه دوست دارد بدنش را تغییر دهد. متأسفانه به دلایل فرهنگی و مذهبی دو استاندارد اخیر در حال حاضر در سیستم درمانی ایران رعایت نمی‌شود. به همین دلیل نیز باوجود تعدد موارد تغییر جنسیت، کیفیت درمان در مقایسه با استاندارد جهانی قابل قبول نیست.

درمان آشفتگی جنسیتی

درباره درمان آنچه درگذشته به نام اختلال هویت جنسیتی شناخته می‌شد (و اکنون آشفتگی جنسیتی نام گرفته است) جدل‌های فراوانی در میان متخصصان مختلف وجود داشته است. برخی معتقدند که این اختلال، به‌جای تغییر نام، باید به‌طورکلی از طبقه‌بندی دی اس ام حذف می‌شد؛ زیرا همان‌گونه که پیش‌تر ذکر آن رفت، جنسیت بر روی یک طیف قرار می‌گیرد و لزومی ندارد فردی که جنس بیولوژیک او مرد است الزاماً از لحاظ اجتماعی و عاطفی نیز خود را کاملاً «مردانه» بداند. انجمن جهانی سلامت ترنس (۲۰۱۱) در ویرایش اخیر راهنمای مراقبتی خود، تأکید می‌کند که ترنس‌سکشوالیتی و ترنس جندریسم، بازتاب تنوع و گوناگونی طبیعی جنسیت به‌حساب می‌آیند و عدم تطابق جنس بیولوژیک با معیارهای اجتماعی- فرهنگی، نباید ازنظر روان‌شناختی آسیب تلقی شود.

بااین‌وجود، برخی همچنان اصرار دارند که تفاوت این افراد با هنجار اکثریت و رنجی که خودشان از این متفاوت بودن و برچسب خوردن، متحمل می‌شوند، همچنین نیاز و اصرار برخی از آن‌ها برای تغییر دادن بدنشان، لزوم دریافت خدمات درمانی را به آنان ضروری می‌سازد و برای دریافت چنین خدماتی آن‌ها ناگزیر باید تشخیص پزشکی دریافت کنند.

هرچند اعلام فهرست جدید بیماری‌ها در جون ۲۰۱۸ توسط سازمان بهداشت جهانی و حذف ترنس سکشوالیتی به‌عنوان بیماری اما تأکید بر لزوم مراقبت و حمایت بهداشتی از افراد ترنس سکشوال، معادلات پیشین را به هم زد.

اصول مراقبت توصیه می‌کند که برای شروع هورمون درمانی یا درمان‌های جراحی، مددجو ملزم به شرکت در تعداد حداقلی از جلسات روان‌درمانی نباشد. به عبارت بهتر، همه مراجعان باید مرحله ارزیابی روان‌شناختی را انجام دهند ولی همه آن‌ها الزاماً نیازی به روان‌درمانی ندارند. تنها عده‌ای از آن‌ها با توجه به شرایط خاصشان (به‌طور مثال، وجود اختلالاتی مانند افسردگی یا اضطراب) ممکن است قبل از آغاز جراحی، نیاز به روان‌درمانی پیدا کنند؛ زیرا ترنس‌سکشوالیتی دیگر یک بیماری روانی به شمار نمی‌آید. بلکه یک شرایط نیازمند توجه بالینی[۱۲] است. فرد ترنس و خانواده‌ی او نیاز دارند که درباره این وضعیت آموزش ببینند و حمایت و توجیه شوند[۱۳]. هدف اصلی مداخلات روان‌شناختی باید بهبود کیفیت زندگی این افراد باشد که داوطلبانه و به میل خود آنان انجام می‌گیرد، نه به‌عنوان یک مرحله‌ی اجباری قبل از جراحی. افراد ترنس مانند هر فرد دیگری فارغ از هویت جنسی‌شان، ممکن است ازنظر روانی سالم باشند یا نباشند (صرف برچسب ترنس‌سکشوالیتی، فرد را نیازمند درمان روان‌شناختی نمی‌کند).

به اعتقاد انجمن جهانی ترنس (۲۰۱۱) اجبار همه متقاضیان تغییرجنسیت برای روان‌درمانی به معنای یک سد یا مانع از سوی مددجو تصور می‌شود که امکان مشارکت اصیل و صمیمی او را مختل می‌کند. متخصصانِ سلامت روان باید در حین گذار از تمامیِ مراحل، مددجو را در جستجویِ هویتِ جنسیتی و بیانِ جنسیتی خود حمایت کنند و ضرورتی ندارد که این حمایت و پشتیبانی تنها پیش از مداخله پزشکی رخ دهد. به‌علاوه، توانمندیِ مددجویان مختلف و روان‌درمانگرهایشان برای آنکه در یک بازه زمانی مشخص به اهداف مشابه برسند با یکدیگر تفاوت می‌کند و لذا نمی‌توان یک بازه زمانی را برایِ همه پیشنهاد کرد (انجمن جهانی سلامت ترنس،۲۰۱۱).

---

۱۲. Clinical consideration

۱۳. Trans-affirmative & psycho-education.

کودکان دچار آشفتگی جنسیتی

درباره‌ی درمان کودکان دچار آشفتگی جنسیتی، یعنی کودکانی که به‌طور مکرر میل و باور خود را برای تغییر یافتن به فردی از جنس مخالف ابراز می‌دارند، هنوز اختلاف‌نظرها فراوان است. سؤالی که اغلب مطرح می‌شود آن است که اگر جنسیت امری سیال و متغیراست، چه چیزی در این افراد نابهنجار است؟ اساساً چه میزان از این آشفتگی یا بی‌قراری نتیجه فشار اطرافیان و والدین برای گنجاندن کودک در چارچوب رفتاری خاصی است؟ آیا رفتار دختربچه‌ای که ترجیح می‌دهد لباس اسپرت به تن کند و با پسربچه‌ها به بازی‌های پرهیاهو بپردازد واقعاً باید برچسب بخورد؟ آیا انتخاب اسباب‌بازی خاص یا همبازی شدن با جنس مخالف یا ترجیح یک رنگ یا پوشش خاص، ملاک مناسبی برای بیمار تلقی کردن یک کودک است؟ این ملاک‌ها را چه افرادی معین کرده‌اند؟ چقدر می‌توان آن‌ها را به چالش کشید؟

امروزه پرسش‌هایی ازاین‌دست منجر به آن شده که در مداخله درباره کودکانی که ناهمنوایی جنسیتی نشان می‌دهند، احتیاط فراوانی صورت گیرد. جراحی تغییر جنسیت تا قبل از رسیدن به ۱۸ سالگی نباید انجام شود. مطالعات طولی متعدد نشان داده است اکثریت کودکان ناهمنوایی که بدون دریافت درمان غیرضروری، به سنین بزرگسالی رسیده‌اند نه‌تنها هیچ‌گونه نارضایتی از جنس یا جنسیت خود نشان نداده‌اند بلکه واجد ملاک‌های آشفتگی جنسیتی هم نبوده‌اند (برای مثال: والین و کوهن کتنیز،۲۰۰۸). تنها تعداد معدودی از کودکان ناهمنوا در بزرگسالی خود را با هویت ترنس شناسایی می‌کنند. درحالی‌که ممکن است همجنس‌گرا باشند (زوکر و لاورنس،۲۰۰۹). ملاحظات اخلاقی و حرفه‌ای درباره این کودکان باید با حساسیت در نظر گرفته شود؛ زیرا کودکان نمی‌توانند درباره درمان اعلام رضایت کنند و ممکن است والدین ناآگاه بخواهند آن‌ها را تحت درمان‌های غیرضروری یا مضر قرار دهند. هیچگونه ویژگی متمایزکننده‌ای وجود ندارد که بتواند پیش‌آگهی کودکان ازنظر جنسیتی ناهمنوا را ازنظر ابتلا به آشفتگی جنسیتی مشخص کند (باینه و همکاران،۲۰۱۲).

مداخلات روان‌شناختی در کودکان دچار آشفتگی جنسیتی درگذشته مبتنی بر ممانعت مستقیم از بروز رفتارهای ناهمنوا مثل مبدل پوشی، تلاش برای تغییر دادن هویت جنسیتی کودک و همخوان کردن آن با بدن بیولوژیکش بوده است. اثربخشی این درمان‌ها تائید نشده است و به همین دلیل این درمان‌ها در حال حاضر غیراستاندارد و غیراخلاقی به شمار می‌رود (انجمن جهانی سلامت ترنس،۲۰۱۱). نباید با رفتارهای ناهمنوای کودکان مقابله شود. چراکه مقابله می‌تواند به عوارضی مانند کاهش عزت‌نفس منجر گردد. در عوض این رفتارها باید به‌سادگی نادیده گرفته شوند. رویکردهای جدید بر کاهش استرس و رنج کودک، حمایت از او و حفظ یک رویکرد بی‌طرفانه (که کودک را به هیچ جهتی از جنسیت سوق نمی‌دهد) و هم‌زمان آموزش به خانواده و اجتماع اطراف (مدرسه و گروه دوستان) مبتنی است. حتی برخی رویکردها، به‌جای بردن کودک به کلینیک، در روند درمان، از مراقب اصلی کودک به‌عنوان واسطه استفاده می‌کنند تا به‌این‌ترتیب، از پزشکینه کردن کودک ناهمنوا و ایجاد انگ بیماری خودداری کنند (باینه و همکاران،۲۰۱۲).

ضرورت استفاده از راهنماهای تشخیصی استاندارد

تمامی متخصصان حوزه بهداشت روان، برای استفاده از روش‌های دقیق علمی و تجربه‌شده در تعامل با مراجعان خود از راهنماهای استاندارد بهره می‌گیرند. این راهنماها هرچند سال یک‌بار بر اساس به‌روزترین پژوهش‌های علمی و اجماع خبره‌ترین دانشمندان سراسر جهان منتشر می‌شوند. یکی از مهم‌ترین دلایل انتشار این راهنماها آن است که متخصصان در سراسر دنیا از تکرار روش‌هایی که قبلاً اعتبار آن‌ها مردود شمرده شده است در ارزیابی، تشخیص و درمان خودداری کنند. معتبرترین این راهنماها در حال حاضر کتابچه تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی (دی اس ام[۱۴]) و طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (آی سی دی[۱۵]) هستند که اولی توسط انجمن روان‌پزشکان آمریکا و دومی توسط سازمان بهداشت جهانی منتشر می‌شود.

درمان تبدیلی یا اصلاحی چیست؟

درمان جهت‌گیری مجدد[۱۶] که به نام‌های درمان تبدیلی[۱۷] یا اصلاحی نیز شناخته می‌شود، رویکردی منسوخ برای تغییر گرایش جنسی افراد از همجنس‌گرا یا دوجنس‌گرا به دگرجنس‌گرا است[۱۸]. این درمان‌ها سال‌ها منبع اختلاف و کشمکش شدید در ایالات‌متحده و دیگر کشورها بوده‌اند و تحقیقات زیادی برای ارزیابی اثربخشی آن‌ها انجام شده است (درشر و زوکر،۲۰۰۶). حامیان این نوع درمان‌ها گروه‌های محافظه‌کار و برخی سازمان‌های مذهبی هستند (یاشینو،۲۰۰۲). این نوع درمان‌ها شامل تلاش برای تغییر گرایش زنان و مردان همجنس‌گرا به‌سوی جنس مخالف است. ازجمله روش‌های استفاده‌شده در این درمان‌ها، دارودرمانی، روش‌های انزجاری[۱۹] مانند استفاده از شوک الکتریکی در دست‌ها و یا اندام تناسلی، ایجاد تهوع به‌وسیله دارو هم‌زمان با ارائه محرک همجنس‌خواهانه، خود ارضایی بازشرطی شده[۲۰]، تجسم[۲۱]، آموزش مهارت‌های اجتماعی، روانکاوی، مداخلات معنوی مانند دعوت به عبادت، حمایت و فشار گروهی است (هالدمن،۲۰۰۲). سازمان‌های وابسته به جریان اصلی پزشکی و علمی دنیا، درباره این نوع درمان‌ها شدیداً ابراز نگرانی کرده و آن‌ها را به‌طور بالقوه مضر دانسته‌اند (گزارش کارگروه ویژه انجمن روانشناسی آمریکا،۲۰۰۹).

در نظام‌نامه اخلاقی انجمن روانشناسی آمریکا توصیه شده است که متخصصان از تمرین درمان تبدیلی اکیداً خودداری کرده و از ارجاع مراجعان خود به درمانگران تبدیلی اجتناب کنند (انجمن روانشناسی آمریکا،۲۰۰۰).

زیگموند فروید یکی از نخستین کسانی بود که به‌درستی در مورد امکان درمان تبدیلی ابراز تردید کرد. به نظر فروید، در درمان همجنس‌گرایی، ایجاد احساسات دگرجنس‌خواهانه ممکن است میسر شود، اما حذف احساسات همجنس‌خواهانه بعید است. فروید اظهار داشت که تغییر گرایش جنسی یک همجنس‌گرا، همان اندازه موفقیت به دنبال دارد که بخواهیم عکس آن را انجام دهیم و یک فرد دگرجنس‌گرا را به همجنس‌گرا تبدیل کنیم. گرچه کسی به مورد اخیر مبادرت نمی‌ورزد (شجاع شفتی،۱۳۸۵). دیگر سکسولوژیستی که با پذیرش همجنس‌گرایی به‌عنوان یک شیوه زندگی، امکان درمان آن را

۱۴ .Diagnostic and statistical manual of mental disorders(DSM)
۱۵ . International Classification of diseases (ICD)
۱۶ . Reorientation therapy
۱۷ . Conversion therapy
۱۸ . Statement of the American Psychological Association
۱۹ . Aversive
۲۰ . Masturbatory reconditioning
۲۱ . Imagination

منتفی دانست، آلفرد کینزی بود (لویس،۱۹۸۸). طبق مطالعات کینزی، حدود ده درصد جمعیت همجنس‌گرا هستند و رابطه جنسی و عاطفی بین دو همجنس بسیار شایع‌تر از آن است که تصور می‌شود (کینزی،۱۹۴۸ و ۱۹۵۳).

امروزه تحقیقات زیادی صحت دیدگاه فروید و کینزی درباره عدم امکان تغییر گرایش جنسی را تائید کرده است. درمان گرایش جنسی، درمانی مردود شمرده می‌شود و در بسیاری از کشورها به‌کارگیری این نوع درمان‌ها به‌ویژه در افراد زیر ۱۸ سال غیرقانونی است.

در ایران نیز، علیرغم وجود گزارش‌هایی مبنی بر وجود افرادی که ادعای درمان گرایش جنسی را دارند، حسین نحوی‌نژاد، معاون امور توان‌بخشی سازمان بهزیستی کشور، اخیراً اظهار داشته است « افرادی که گرایش‌های جنسی دیگری دارند و همجنس‌گرایان، نه‌تنها شوک‌تراپی و درمان‌های اجباری نمی‌شوند، بلکه تحت حمایت سازمان بهزیستی نیز قرار می‌گیرند[۲۲]».

۲۲ .Gooya News: http://news.gooya.com/2017/03/post-2077.php

چرا باید از درمان یا اصلاح گرایش جنسی خودداری کرد؟

در سال ۱۹۹۰ انجمن روانشناسی امریکا اعلام کرد: «به نظر نمی‌رسد درمان بتواند اثری بر تغییر گرایش جنسی افراد داشته باشد و حتی بیشتر مضر است تا مفید. تغییر گرایش جنسی یعنی تغییر عاطفه، احساسات رمانتیک جنسی و بازسازی تلقی فرد از خود و هویت اجتماعی خویشتن» (درشر، ۲۰۱۰). در سال ۱۹۹۸، انجمن روان‌پزشکی آمریکا با صدور بیانیه‌ای مخالفت خود را با هر نوع درمانی که برفرضِ اختلال شمردن همجنس‌گرایی یا لزوم تغییر جهتگیری جنسی استوار باشد، اعلام کرد. در سال ۲۰۰۰، بیانیه مذکور، با ذکر این نکته تکمیل شد که به‌عنوان یک اصل کلی، درمانگر باید از تعیینِ هدفِ [تغییر گرایش] در مورد این مراجعان، پرهیز کند، توصیه‌ای اخلاقی نیز به متخصصان نمود مبنی بر این‌که از تلاش برای تغییر جهت‌گیری جنسی مراجعانشان خودداری کنند (همان منبع). این انجمن، متخصصان بهداشت روانی را تشویق می‌کند که از بزرگنمایی در مورد اثر تلاش‌ها در جهت تغییر گرایش جنسی اجتناب کرده و از ترویج درمان یا وعده تغییر تمایلات جنسی در هنگام ارائه کمک به افرادی که نگران گرایش جنسی خود یا دیگران هستند، بپرهیزند. چراکه گرایش جنسی در برابر تغییر بسیار مقاوم است. انجمن مشاوره آمریکا[۲۳] نیز اعلام کرده است که هیچ‌گونه تمرینی برای آموزش دادن یا آماده کردن یک مشاور برای درمان تبدیلی، پیشنهاد یا ارائه نمی‌دهد. تعداد قابل‌توجهی از سایر سازمان‌های بین‌المللی ازجمله انجمن جهانی روانکاوی و انجمن روان‌پزشکی آمریکا نیز بیانیه‌های مشابهی صادر کرده‌اند.

آیا می‌دانید؟

برخی درمانگران ادعا می‌کنند که می‌توانند درمان افراد را صرف‌نظر از اینکه چه گرایشی دارند[۱] بر عهده بگیرند. این رویکرد ناموثر مصداق نادیده انگاری اقلیت‌های جنسی است؛ زیرا درواقع زمانی که درباره گرایش جنسی افراد صحبتی نمی‌شود؛ معمولاً این گرایش اکثریت است که مبنا فرض می‌شود و اقلیت حذف می‌شود. روانشناسان باید دقت داشته باشند که سکوت یا نادیده گرفتن مسئله گرایش جنسی رویکرد پیشرفته‌ای نیست. بلعکس آن‌ها باید به زمینه‌هایی توجه داشته باشند که فرد را در معرض تبعیض و نابرابری قرار می‌دهد یا زمینه‌ی احساس انزوا و فاصله‌ی او از خانواده را فراهم می‌کند.

گرایش جنسی مراجع شما به همان اندازه که سن، یا موقعیت شغلی یا عقاید مذهبی او اهمیت دارد مهم است. آن را در گوشه‌ی ذهنتان نگه دارید. بااین‌حال سعی کنید نه زیر آن خط بکشید (مدام بر آن تأکید کنید و همه‌ی مشکلات را به آن ارتباط دهید) و نه آن را پاک‌کنید (نادیده بگیرید).

۱ . sexual orientation blind approach

ازنظر این سازمان‌ها درمان تبدیلی به دلایل زیرمضر و مردود تلقی می‌شود:

- تاکنون هیچ گزارشی از درمان موفق تغییر گرایش جنسی به دست نیامده است. گزارشات درمانی افرادی که مدعی درمان گرایش جنسی شده‌اند، ازنظر اخلاقی و روش‌شناختی موردانتقاد جدی واقع‌شده، اعتبار و صحت آن‌ها مورد تائید قرار نگرفته است.

- افرادی که تحت درمان تبدیلی قرارگرفته‌اند، در درازمدت بیش از سایرین مشکلاتی مانند افسردگی، نفرت از خود، کاهش اعتمادبه‌نفس، ناامیدی، احساس گناه و اضطراب نشان داده‌اند. ارزیابی آماری انجمن روانشناسان

۲۳ . American Counseling Association

آمریکا، حاکی از آن است افرادی که تحت درمان اصلاح گرایش جنسی قرارگرفته‌اند ۸,۹ برابر بیش از همتایانشان

که چنین تجربه‌ای نداشته‌اند، به زندگی خود پایان می‌دهند (گزارش کمیته تخصصی انجمن روانشناسان آمریکا، ۲۰۰۲)[۲۴].

- بالینگری که در جهت تغییر گرایش جنسی مراجعان تلاش می‌کند، استانداردهای اخلاقی و حرفه‌ای را نقض می‌کند زیرا درمان بیهوده، بی‌اثر و بالقوه مضری را به مراجع ارائه می‌دهد و با هدر دادن وقت و پول مراجع، این عقیده نادرست را در وی تقویت می‌کند که او بیماراست و نیاز به درمان دارد (گونسیورک،۱۹۸۲؛ درشر، ۱۹۹۸ و ۲۰۰۱؛ شیدلو و شرودر، ۲۰۰۲؛ هالدمن،۲۰۰۲).

آیا استفاده از درمان تبدیلی برای مراجعانی که خودشان اصرار دارند گرایش جنسی خود را تغییر دهند مجاز است؟

نخستین مسئولیت درمانگر در قبال مراجع، حفظ رفاه و ممانعت از آسیب رسیدن به او است. به همین دلیل، استفاده از درمان تبدیلی –یعنی استفاده از روش‌هایی که اثربخشی علمی آن‌ها مورد تائید نیست– حتی به درخواست و اصرار خود فرد، ناروا، غیراخلاقی و غیر حرفه‌ای است (انجمن مشاوران امریکا، ۲۰۱۳)

برخی با استناد به حق تعیین سرنوشت، معتقدند که درمانگران باید به حق انتخاب و سیستم ارزشی و فرهنگی بیمار نیز احترام بگذارند. مثلاً برای برخی افراد، هویت دینی بسیار مهم‌تر از گرایش جنسی است. برای این افراد، تغییر گرایش جنسی، واقعی‌تر از رها کردن مذهبشان است. چنین افرادی ممکن است تحت تأثیر رهبران و متولیان مذهبی شان درخواست درمان تبدیلی داشته باشند. در چنین شرایطی چه باید کرد؟ پاسخ انجمن مشاوران آمریکا این است: ابتدا به زبان ساده برای مراجع توضیح دهید که گرایش به هم‌جنس بیماری یا اختلال نیست و به همین دلیل، درمان علمی و تائید شده‌ای برای آن وجود ندارد. روش‌هایی که تحت عنوان درمان تبدیلی ارائه می‌شوند صرفاً روش‌های مذهبی هستند و نمی‌توان نام «درمان» بر آن‌ها نهاد. شما این روش‌ها را تائید نمی‌کنید و چنین خدماتی را ارائه نمی‌دهید. پس از ارائه این پاسخ ممکن است مراجع احساس کند که به نظر او اهمیت داده نشده و دغدغه‌ی او برای شما مهم نیست. به دنبال شنیدن این پاسخ، او ممکن است از شما درخواست کند متخصصی به او معرفی کنید که در زمینه درمان تبدیلی فعالیت دارد. این تقاضا ممکن است برخی درمانگران تازه کار را دچار احساس خشم یا ناکامی کند. درباره‌ی اینکه در این مرحله آیا باید متخصص دیگری معرفی شود یا خیر، انجمن مشاوران آمریکا تأکید مؤکد دارد که حتی‌الامکان از معرفی چنین افرادی پرهیز شود مگر در شرایط بسیار خاص، مشروط به اینکه شما فرد مورد نظر را بشناسید و اطمینان حاصل کنید که او قبل از آغاز درمان، درباره ماهیت تائید نشده‌ی آن و خطرات بالقوه‌ی آن به مراجع، هشدار شفاهی و کتبی (در قالب امضای فرم رضایت آگاهانه) خواهد داد. انجمن مشاوره امریکا توصیه می‌کند که درمانگران با معرفی رویکردهای تأییدی که مبتنی بر خودآگاهی، پذیرش خود و افزایش مهارت‌های مقابله‌ای می‌باشد، سعی در توانمندسازی مراجعانی داشته باشند که به دلیل ناآگاهی، اصرار بر تغییر گرایش خود دارند

۲۴ .Report of the American Psychological Association Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation

درمان تأییدی[۲۵] چیست؟

فرض کنید دانش‌آموزی به شما مراجعه کرده است که به دلیل لهجه خاصش در مدرسه – که متفاوت با اکثریت همکلاسی‌هایش است- مورد تمسخر یا آزار آن‌ها قرار می‌گیرد، شما به‌عنوان یک روان‌شناس چه می‌کنید؟

آیا به او توصیه می‌کنید تا لهجه‌اش را تغییر دهد؟ او را متقاعد می‌کنید که گویش یا لهجه دیگری یاد بگیرد که خوشایند یا همانند دیگران باشد؟ یا برای او دوره‌ی درمانی اصلاح/تغییر لهجه می‌گذارید؟

به‌طورقطع، عقل سلیم هیچ‌یک از این روش‌ها را پیشنهاد نمی‌کند. در عوض شما به دانش‌آموز مذکور کمک می‌کنید تا اعتمادبه‌نفسش را بازیابد، خودش را -به‌رغم این تفاوت- باور کند و دوست بدارد. هم‌چنین او را حمایت و تشویق می‌کنید که در برابر ناآگاهی همکلاسی‌هایش مقاوم و قوی گام بردارد.

در برخورد با مسئله گرایش جنسی نیز رویکرد دقیقاً به همین منوال است. روان‌درمانگر، به‌عنوان نماد دانش (قدرت)، فردی مهم و تأثیرگذار در زندگی هر مراجعی است. رویکرد روانشناسان در برخورد با مسئله گرایش جنسی می‌تواند در درک مراجعان از خویشتن، بسیار بااهمیت باشد. به همین دلیل است که رویکرد مبتنی بر پذیرش، امروزه توسط تمامی نهادهای علمی بین‌المللی درزمینهٔ سلامت روان، به‌عنوان تنها رویکرد معتبر در مواجهه با گرایش جنسی پذیرفته شده است. درمان تأییدی[۲۶] مبتنی بر این فرض است که به‌جای تلاش در جهت تغییر گرایش جنسی افراد، باید به کسانی که با گرایش خود کنار نیامده‌اند یا از آن شکایت دارند، کمک کرد تا بتوانند تمایلات خود را به‌رغم وجود مخالفت اجتماع، بپذیرند (ریتر و ترندراپ،۲۰۰۲).

ضرورت آگاهی و حمایت روانشناسان

مشاوران و روانشناسان باید از تفاوت‌های بین گرایش جنسی و هویت جنسیتی آگاه باشند. این دو اگرچه به هم مرتبط اما از هم مستقل هستند. به این معنا که بر اساس هویت جنسیتی افراد نمی‌توان گرایش جنسی آن‌ها را پیش‌بینی کرد یا در مورد آن فرضیه‌پردازی کرد. به‌طور مثال، ممکن است کسی با جنس بیولوژیکی مذکر به دنیا آمده، تمایل جنسی و عاطفی نسبت به زنان داشته باشد، اما درعین‌حال مصرانه در پی آن باشد که بدنش را با جراحی به بدن زنانه تغییر دهد. هرچند ممکن است چنین تمایلی نامتعارف به نظر برسد، زیرا تمایلات جنسی این فرد مطابق با انتظاری است که جامعه از فردی با بیولوژی مردانه دارد (مرد دگرجنس‌گرا) بااین‌حال این فرد ازنظر روانی با جسم خویش احساس بیگانگی می‌کند و هویت واقعی و درونی خود را یک زن می‌داند. چنین فردی به‌عنوان ترنس مرد به زن (ترنس زن) شناخته می‌شود. پس از جراحی تطبیق جنسیت، اگر او همچنان به زنان تمایل جنسی و عاطفی داشته باشد، – ترنس زنِ همجنس‌گرا خواهد بود و اگر گرایش او به سمت مردان باشد، ترنس زن دگرجنس‌گرا محسوب می‌شود و درصورتی‌که به بیش از یک جنس علاقه نشان دهد ترنس زن دوجنس‌گرا خواهد بود.

یکی از بدفهمی‌های رایجی که نه‌تنها در میان عموم بلکه در میان روانشناسان و مشاوران نیز به چشم می‌خورد، نتیجه‌گیری کردن از روی گرایش جنسی درباره‌ی هویت جنسی افراد است (یا بلعکس). به‌این‌ترتیب وقتی کسی اظهار می‌دارد که به هم‌جنس خود تمایل دارد، ممکن است با این پرسش روبرو شود که: «می‌خواهی تغییر جنسیت بدهی؟».

روانشناسان ضمن توضیح دقیق مفاهیم گرایش و هویت جنسی، تمامی گزینه‌هایی که ممکن است فرد را در کشف خویش

۲۵ .LGBT Affirmative Therapy
۲۶ . Affirmative Therapy

یاری کند بایستی برای او به‌روشنی برشمارند.

همچنین باید آگاه باشند که گرایش به همجنس، الزاماً نشانه تغییرجنس خواهی نیست. از سوی دیگر، تمام کسانی که جراحی تطبیق جنسیت انجام می دهند، بعد ازعمل دگرجنس گرا نخواهند بود. آن‌ها ممکن است بعد از عمل، همجنس گرا، دوجنس‌گرا یا دگرجنس‌گرا باشند.

افراد ترنس‌جندر یا ترنس‌سکشوال ممکن است نسبت به روانشناسان و سایر متخصصان حوزه سلامت روان، بی‌اعتماد باشند؛ زیرا از سوی این گروه غالباً برچسب بیمار خورده‌اند. هویت افراد ترنس‌جندر و ترنس‌سکشوال هرلحظه در معرض تهدید قرار می‌گیرد؛ زیرا سیاست معینی در قبال آنان وجود ندارد و هیچ قانونی از آن‌ها حمایت نمی‌کند. آن‌ها نه‌تنها در فرم‌های اداری مختلف که تنها دو گزینه‌ی زن یا مرد وجود دارد، به‌طور سیستماتیک نادیده گرفته می‌شوند بلکه به‌طور مداوم در زندگی روزمره‌شان برای استفاده از ساده‌ترین امکانات (مانند مدرسه، باشگاه ورزشی، خوابگاه دانشجویی، خدمات پزشکی، سرویس بهداشتی) با موانع دشوار مواجه هستند. دیگر چالش عمده این افراد، دستیابی به شغل و مسکن می‌باشد. بسیاری از آنان از سوی خانواده حمایت نمی‌شوند و با توجه به ناهمنوایی جنسیتی و عدم پذیرششان از سوی جامعه، با دشواری برای کسب درآمد و یافتن سرپناه مواجه‌اند. عدم مطابقت مدارک شناسایی آن‌ها با هویت جنسیتی‌شان، موانع قانونی و بوروکراسی اداری، دستیابی به امنیت شغلی را برای آنان دشوار می‌سازد. این مشکلات باید به‌خوبی توسط روانشناسان و مشاوران شناسایی شوند. به‌ویژه در جامعه‌ای مانند ایران که مرزها و حریم‌های بین دوجنس به دلایل فرهنگی و مذهبی بسیار پررنگ است، این مشکلات می‌تواند ازنظر روانی فرساینده باشد.

اقلیت‌های جنسی در ابتدای کشف گرایش یا هویت خود ممکن است عمیقاً احساس شکاف و تفاوت با دیگران داشته باشند. آنان معمولاً برای درک چرایی این احساس تفاوت درصدد مراجعه به روانشناس و مشاور برمی‌آیند. پسر نوجوان ازنظر جنسیتی ناهمنوایی که در مدرسه به دلیل روحیه حساس یا ظاهر نه‌چندان قوی و عضلانی از سوی همسالان، اواخواهر یا بچه خوشگل خوانده می‌شود؛ نه‌تنها قربانی آزار[۲۷] یا قلدری[۲۸] شده است بلکه اثرات استرس اقلیت را نیز تحمل می‌کند. افراد ترنس‌جندر بیشتر ممکن است به دلیل نوع پوشش یا ناهمنوایی جنسیتی مورد تمسخر قرار گیرند.

متخصصان باید تلاش کنند با آگاه‌سازی شبکه اجتماعی و اطرافیان فرد، فضای پیرامون او را به فضایی مطلوب بدل کنند. این امر از طریق آموزش به خانواده، معلمان، گروه همسالان و یا همکاران فرد میسر می‌شود. به عبارت بهتر، برای کمک به این افراد باید درصدد جلب حمایت اجتماعی از طریق اطلاع‌رسانی به اجتماع آنان[۲۹] نیز برآمد. افراد خانواده باید آموزش ببینند تا رویکردی همدلانه و گشوده نسبت به فرد ترنس نشان دهند. البته واضح است که اصل رازداری در اولویت هر اقدامی قرار دارد و قبل از هرگونه تلاش برای جلب حمایت اطرافیان فرد ترنس، ابتدا باید رضایت خود او مدنظر قرار گیرد. روانشناسان نباید از احتمالات واقعی مانند خشونت علیه فرد ترنس توسط بستگان او غفلت کنند؛ زیرا متأسفانه جرائم مبتنی بر نفرت[۳۰] (مانند قتل به خاطر آبرو[۳۱]) علیه این افراد در تمام دنیا رواج دارد. خانواده و والدین اقلیت‌های جنسی، ممکن است روانشناسان را تحت‌فشار قرار دهند تا گرایش یا هویت فرزندشان را تغییر دهند. در این شرایط، وظیفه‌ی اخلاقی روانشناسان، آرام کردن خانواده، تابو زدایی، آگاه‌سازی و متقاعد کردن آنان برای پذیرش است، نه همدستی با آن‌ها علیه مُراجع.

---

۲۷. Harassment
۲۸. Bullying
۲۹. Community-based intervention
۳۰. Hate crimes
۳۱. Honour killing

درمانگران باید به کلیه شرایط فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و نژادی که مراجع را در موقعیت ویژه قرار می‌دهد توجه کنند. به‌طور مثال، در جامعه‌ای مانند ایران که گرایش به هم‌جنس به دلایل مذهبی تابو تلقی می‌شود و ابراز آشکار آن می‌تواند پیامدهای اجتماعی مانند طرد شدن از سوی خانواده و دوستان یا از دست دادن شغل را در پی داشته باشد، رنجی که اقلیت‌های جنسی به‌واسطه تنهایی و ناتوانی از به اشتراک‌گذاری تجارب و احساساتشان متحمل می‌شوند آنان را به‌سوی انزوا و احساس تفاوت یا بیگانگی سوق می‌دهد. حال‌آنکه در بسیاری کشورها، اقلیت‌های جنسی می‌توانند اجتماعات و گروه‌های حمایتی و فضاهای مخصوص به خود را داشته باشند و با افرادی مانند خود دیدار و گفت‌وگو کنند. نیاز به تعلق داشتن به یک گروه در زندگی اجتماعی همه‌ی انسان‌ها مهم است؛ اما این نیاز در گروه‌هایی که ازنظر اجتماعی به حاشیه رانده شده‌اند - مانند اقلیت‌های جنسی- حیاتی است؛ زیرا آنان در دنیایی زندگی می‌کنند که رسانه‌ها اعم از روزنامه و تلویزیون و تبلیغات و سینما و ادبیات، نوع دیگری از رابطه و عشق را به‌عنوان معیار و ملاک و «هنجار» معرفی می‌کنند. در چنین شرایطی، آگاهی از این‌که افراد دیگری نیز مانند آن‌ها هستند و احساسات و تجارب مشابهی دارند، در بهبود احساس رفاه روانی آنان بسیار اثرگذاراست. اهمیت وجود گروه‌ها و اجتماعات همسان برای افراد اقلیت در جهت کنار آمدن با استرس اقلیت نمود روشن‌تری می‌یابد. ارتباط با یک اجتماع همسان (مثلاً گروه دوستانی که همگی همجنس‌گرا یا ترنس‌جندر هستند)، می‌تواند در برابر آثار منفی استرس اقلیت، مانند یک ضربه‌گیر عمل کند.

مشاوران و مددکاران اجتماعی، می‌توانند با سازمان‌ها و نهادهای دولتی و غیردولتی تماس حاصل کنند و درصدد جلب حمایت برای افراد ترنس برآیند. به‌طور مثال، دانشجوی ترنسی را در نظر بگیرید که برای سکونت در خوابگاه دانشگاه با مشکل مواجه است، یک روانشناس یا مددکار مدبر می‌تواند با یک تماس تلفنی، نامه‌نگاری یا مراجعه حضوری به دفتر خوابگاه و رایزنی با مسئولان، آنان را متقاعد کند تا به فرد ترنس این حق داده شود تا در خوابگاهی متناسب با جنسیت روانی خود سکنی گزینند؛ یعنی جایی که در آن احساس راحتی و امنیت بیشتری می‌کند. گاه این روش‌ها می‌توانند به‌طور غیرمستقیم کمک‌کننده باشند. در مثال بالا، همان متخصص می‌تواند با برگزاری یک کارگاه آموزشی برای کلیه دانشجویان خوابگاه مذکور یا حتی طراحی و پخش یک بروشور آموزشی ساده، بدون اشاره به فرد یا افرادی خاص، درباره ماهیت ترنس‌سکشوالیتی به دانشجویان آموزش ارائه دهد و از این طریق بروز رفتارهای ترنس‌ستیزانه و فشار بر افراد ازنظر جنسیتی ناهمنوا را در خوابگاه کاهش دهد. روشن است که یک فرد، توان آن را ندارد که به‌تنهایی قوانین و زیرساخت‌های فکری و فرهنگی کل یک جامعه را تغییر دهد. بااین‌حال، با همین اقدامات به‌ظاهر کوچک، می‌توان دنیا را به‌جای امن‌تری برای اقلیت‌های جنسی تبدیل کرد.

راهنمای مشاوره به اقلیت‌های جنسی بر اساس استاندارد APA

انجمن روانشناسی آمریکا تاکنون چندین نسخه راهنمای ویژه مشاوره و برخورد با اقلیت‌های جنسی منتشر کرده است. با توجه به گستردگی حجم این منابع، در این کتابچه تلاش شده است تا خلاصه‌ای کاربردی از مهم‌ترین مفاد این راهنماها در اختیار خواننده فارسی‌زبان قرار گیرد. علاقه‌مندان به مطالعه بیشتر می‌توانند با مراجعه به منابع انتهای کتاب، نسبت به مطالعه نسخه‌های اصل (انگلیسی) و کامل این راهنماها اقدام نمایند. قبل از پرداختن به مفاد اصلی راهنمای ویژه مشاوره و برخورد با اقلیت‌های جنسی، چهاراصل کلی مشاوره به‌اختصار بیان‌شده است:

این اصول که در ارتباط با تمامی مراجعان باید رعایت شوند، عبارت‌اند از: ۱. حفظ کرامت انسانی ۲. رازداری ۳. حق انتخاب یا تعیین سرنوشت ۴. رضایت آگاهانه (گلدارد، ۱۳۹۶).

حفظ کرامت انسانی

روانشناسان باید به کرامت و ارزش همه مردم احترام بگذارند و حقوق برابر برای افراد قائل شوند. با هر مراجعی فارغ از نژاد، مذهب، رنگ پوست، جنسیت، گرایش جنسی، ملیت، زبان و طبقه اجتماعی و باورهای سیاسی، باید با احترام توجه مثبت و عاری از قضاوت برخورد شود. هیچ فردی مستحق آن نیست که به دلیل چنین تفاوت‌هایی در معرض پیش‌داوری، قضاوت و انگ زنی قرار گیرد.

رازداری

رازداری، رعایت محرمانگی، حفظ هویت و حریم خصوصی افراد، مهم‌ترین استاندارد حرفه‌ای نه‌تنها در روانشناسی و مشاوره بلکه در کلیه مشاغل مرتبط با سلامت به‌حساب می‌آید. این امر در ارتباط با اقلیت‌های جنسی از اهمیت صدچندانی برخورداراست. روانشناسان باید درباره حساسیت‌هایی که مراجعانشان درباره‌ی فاش شدن ناخواسته گرایش یا هویتشان دارند بسیار محتاط باشند. حتی درباره نوجوانان نیز، این رازداری باید به‌تمامی رعایت شود. هیچ مشاوری حق ندارد بدون رضایت نوجوان، مسائل شخصی او را با والدینش در میان بگذارد. به‌طورکلی، مشاوران حق ندارند درباره گرایش یا هویت جنسی مراجعه‌کنندگانشان با فرد سومی صحبت کنند. حتی برای طرح مسائل آن‌ها در جلسات آموزشی نیز کسب رضایت از آن‌ها و حفظ محرمانگی باید به سخت‌گیرانه‌ترین شکل ممکن رعایت شود. برای استفاده از اطلاعات مراجعان در امور آموزشی و پژوهشی، تمامی جزییاتی که ممکن است منجر به شناسایی افراد شوند باید تغییر یابند.

حق تعیین سرنوشت

هر فردی حق دارد تصمیم بگیرد که چگونه زندگی کند و کدام‌یک از راهکارهایی را که به او پیشنهاد می‌شود به کار بگیرد. روانشناسان مجاز نیستند با استفاده از اطلاعاتی که درباره‌ی مسائل شخصیِ زندگی جنسی فرد دارند او را تهدید یا وادار به پیروی از دستور خاصی کنند یا از این اطلاعات به‌عنوان اهرم فشار و متقاعدسازی استفاده کنند. هیچ‌کس نباید مجبور به تلاش برای تغییر جهت‌گیری جنسی خود شود. حتی کودکان و نوجوانان نباید توسط والدین خود مجبور به این کار شوند (هالدمن،۲۰۰۲).

رضایت آگاهانه

رضایت آگاهانه اشاره به این مفهوم دارد که کلیه متخصصان بهداشت روان باید قبل از هرگونه اقدام، مراجع را در جریان برنامه‌ی تصمیمات و مداخلات درمانی‌شان و پیامدهای آن قرار دهند. به‌طور مثال، فرد باید به‌طور دقیق بداند هدف از هر دوره درمانی چیست؟ شامل چند جلسه است؟ چه ارزیابی‌هایی انجام می‌شود؟ چه منافع و مضرات بالقوه‌ای دارد؟ این نوع درمان بر اساس چه استانداردی ارائه می‌شود و مورد تائید کدام نهاد علمی است؟ قرار است چه نتایجی داشته باشد؟ چه میزان وقت و هزینه باید صرف آن شود؟ (شرودر و شیدلو،۲۰۰۱).

روانشناسان چه اطلاعاتی را لازم است درباره یک فرد اقلیت جنسی بدانند؟

یک روانشناس برای این‌که بتواند در مواقع بحرانی به یک اقلیت جنسی، کمک حرفه‌ای ارائه دهد، لازم است اطلاعات زیر را درباره او به دست آورد.

۱. گرایش فرد به کدام جنس‌ها یا جنسیت هاست؟

۲. هویت جنسیتی او چیست؟ (خود را مرد، زن، ترنس یا ... می‌داند)

۳. گرایش او برای چه کسانی آشکاراست و از چه کسانی باید مخفی بماند (خانواده، دوستان، همکاران و...). او چه نگرانی‌هایی در این باره دارد؟(طرد شدن، از دست دادن شغل و...)

۴. چه فشارهایی را به دلیل گرایش/هویت جنسی‌اش متحمل می‌شود؟(شناسایی منابع استرس اقلیت، فوبیا و تبعیض در محل کار یا تحصیل و...)

۵. چه فرد/ افرادی (به‌عنوان شریک جنسی و عاطفی) در زندگی او هستند؟

۶. منابع حمایتی او کدامند؟ (خانواده، مدرسه، جمع دوستان، محل کار)

۷. برای مواقع ضروری، فرد مورد اعتماد او که رازهای زندگی‌اش را می‌داند کیست؟

۸. راهکارهای مقابله‌ای سالم و ناسالم او در هنگام رویارویی با بحران شدید چیست؟(گریه کردن، قدم زدن، عبادت، خودزنی، افراط در مصرف الکل، سکس محافظت نشده، سوء مصرف مواد، رانندگی با سرعت غیرمجاز).

۹. چه محدودیت‌ها (مانند فقر، بیکاری) و ناتوانی‌هایی (مانند معلولیت جسمی- روانی) دارد؟ این محدودیت‌ها در تعامل با هویت/ گرایش او منجر به چه تجربه منحصربه‌فردی می‌شود؟ (منظور اثر متقابل ناشی از تعلق داشتن به دو گروه به حاشیه رانده شده (مثلاً معلولان و اقلیت‌های جنسی) است. به‌طور مثال فردی که خود را به‌عنوان همجنس‌گرا می‌شناسد و محدودیت حرکتی نیز دارد، برای تعامل با دنیای بیرون و یافتن شریک مناسب دشواری دوچندانی را تجربه می‌کند؛ زیرا همواره برای رفت و آمدهایش نیازمند کمک عضوی از خانواده است. این تنها یک نمونه است. برخی معلولیت‌ها مانند بیماری‌های روانی، در ظاهر قابل رؤیت نیستند اما تأثیرات آن‌ها بر زندگی افراد می‌تواند بسیار بارز باشد.

۱۰. دیدگاه او درباره معنویات و مذهب چیست؟ اگر فردی مذهبی است چگونه گرایش و هویت خود را از جنبه مذهبی تبیین می‌کند؟ با چه تضادها و چالش‌هایی درونی مواجه است؟ چگونه می‌توان در حل این چالش‌ها به او کمک کرد؟

خلاصه مهم‌ترین مفاد راهنما

۱) روانشناسان لازم است کاملاً آگاه باشند که تنوع گرایش‌ها و هویت‌های جنسی، مصداق بیماری یا اختلال به‌حساب نمی‌آید. آن‌ها باید در جریان به‌روزترین مطالعات دراین‌باره قرار داشته و آگاه باشند که (به‌طور مثال) تفاوت معناداری ازنظر ویژگی‌های مغزی و توانایی‌های هوشی و شناختی بین افراد همجنس‌گرا و دوجنس‌گرا با افراد دگرجنس‌گرا وجود ندارد. هر روانشناس، در هر جایگاه و با هر سطح دانشی، اخلاقاً وظیفه دارد که به مراجع یادآور شود که گرایش جنسی یا هویت جنسی او فی‌نفسه اختلال یا بیماری به‌حساب نمی‌آید.

۲) انجمن روانشناسان امریکا، مشاوران و روان‌درمانگران را تشویق می‌کند که نسبت به نگرش‌های آشکار یا نهان خود و ارزش‌های شخصی ِ مذهبی یا فرهنگی خود درباره همجنس‌گرایی و نقش آن در کار حرفه‌ای‌شان بینش کافی داشته باشند. نگرش روانشناس نقش بسیار پررنگی در تعامل او با مراجعان دارد. اگر فرد متخصص با این پیش‌داوری وارد اتاق درمان شود که همجنس‌گرایان «بیمار»، «روان رنجور» یا «دارای سابقه خانوادگی ویژه» هستند، بسیار ممکن است که در ارزیابی و تشخیص خود نیز به همین نتایج دست یابد. لذا درمانگران باید از تأثیرات خطاهایی مانند پیش‌گویی‌های خودکام‌بخش آگاه باشند و از آن بپرهیزند. اگر درمانگری در ناخودآگاه خود، همجنس‌گرایی را غیرعادی تلقی کند، احتمال راهنمایی و تشخیص غلط بسیار زیاد است. این هدایت نادرست می‌تواند وضعیت مراجع را پیچیده‌تر کند و استرس وارده بر او را تشدید کند. این ماده از درمانگران می‌خواهد درصورتی‌که خود را ناتوان از بی‌طرفی می‌یابند، با درک محدودیت‌هایشان، نسبت به ارجاع اقلیت‌های جنسی به همکاران متخصص خود اقدام نمایند.

۳) روانشناسان لازم است بکوشند تا سوگیری‌هایی که به‌واسطه ارزش‌های فرهنگی یا مذهبی جامعه در آن‌ها نهادینه‌شده است از کارشان حذف کنند. به این معنا که مراقب باشند نه‌تنها ارزش‌های فردی‌شان (به‌طور مثال عقاید مذهبی‌شان) بلکه حتی دیدگاه‌های رسمی رایج یا پذیرفته‌شده و تابوهای فرهنگی- اجتماعی و قانونی جامعه‌شان، بر رفتار آنان با اقلیت‌های جنسی تأثیر منفی نگذارد.

۴) روان شناسان لازم است از انگ اجتماعی و فشاری که مراجعان اقلیت جنسی متحمل می‌شوند به‌خوبی آگاه باشند و تلاش کنند که اثرات منفی این دیدگاه‌های تبعیض‌آمیز را به حداقل برسانند. به عبارت بهتر، وظیفه درمانگر تنها این نیست که از برچسب‌زنی بر اساس گرایش جنسی بپرهیزد، بلکه او باید تلاش کند که با رویکرد مبتنی بر پذیرش، تأثیرات منفی ناآگاهی و تعصب و تبعیض نسبت به این افراد را نیز کاهش دهد.

۵) روان شناسان لازم است از پیش‌داوری‌ها و تفکرات قالبی پرهیز کنند. نباید به فردی بر اساس گرایش جنسی‌اش برچسب اختلال خاصی زده شود یا با پیش‌فرض خاصی با او برخورد شود. این رفتار همان‌قدر غیرمنطقی و نادرست است که افراد را به خاطر تفاوت‌هایی مانند زبان، نژاد، مذهب، رنگ پوست یا گرایش سیاسی‌شان به بیماری روانی خاصی مستعد یا مبتلا بدانیم. پیش‌فرض‌های ذهنی غلطی نظیر: «دوجنس‌گرایان اغلب ناقل ایدز هستند» یا «همجنس‌گرایان معمولاً در کودکی آزار جنسی دیده‌اند» یا «افراد ترنس از بدنشان نفرت دارند» درست به همان اندازه غیرعلمی و غیرمنطقی است که فرض شود «سیاه‌پوستان معمولاً مجرم و ضد اجتماع هستند». متأسفانه برخی متخصصان، باوجودی که از حقایق علمی درباره گرایش و هویت جنسی آگاهی کافی نیز دارند، ترجیح می‌دهند همچنان بر اساس فرضیات خود عمل کنند. فرضیاتی مانند اینکه غیبت والد هم‌جنس یا همانندسازی معیوب با وی در کودکی، منجر به همجنس‌گرایی می‌شود، هنوز هم در میان برخی روانشناسان و روان‌پزشکان رایج است و ریشه در نظریات قدیمی و منسوخ روانکاوی دارد. انجمن

روانشناسی امریکا از متخصصان بهداشت روان می‌خواهد که پیش‌داوری‌های ذهنی خود را کنار بگذارند و با هریک از مراجعان به‌عنوان یک انسان منحصربه‌فرد که شایسته کرامت و احترام است رفتار کنند و از دسته‌بندی کردن آن‌ها حتی در ذهن خویش اجتناب کنند.

۶) روانشناسان لازم است درباره تأثیرات منفی که پیش‌داوری، تبعیض و خشونت بر کیفیت زندگی و سلامت روانی مراجعان غیر دگرجنس‌گرا می‌گذارد، آگاه باشند. در این زمینه آن‌ها باید منابع استرس اقلیت را در هر فرد شناسایی کنند. استرس اقلیت، همان‌گونه که در بخش اصطلاحات شرح داده خواهد شد، به‌عنوان «تجربه‌ی شخص اقلیت در فرهنگ غالب» تعریف‌شده است (مه یر، ۱۹۹۵).

همچنین آنان باید در مورد ماهیت دوجنس‌گرایی و تجربه‌ی منحصربه‌فرد افراد دوجنس‌گرا آگاهی داشته باشند. چراکه گرایش این دسته از اقلیت‌های جنسی اغلب نادیده گرفته شده و به رسمیت شناخته نمی‌شود. آن‌ها هم در معرض انواع پیش‌داوری هستند.

۷) یک استاندارد بسیار مهم اخلاقی، وارد نشدن به حوزه‌هایی است که فرد در آن‌ها دانش کافی ندارد. در این وضعیت، وظیفه حرفه‌ای و اخلاقی روان‌درمانگران آن است که از ورود به آن حوزه (ها) خودداری کرده و اقدام به ارجاع به افراد صالح نمایند. متخصصان بهداشت روان باید همواره درصدد به‌روز کردن دانش خود بر اساس استانداردهای روز دنیا باشند. در مواردی که دانش کافی ندارند، درخواست آموزش یا سوپرویژن نمایند و فقط از روش‌ها و اصولی استفاده کنند که موردپژوهش و تائید حرفه‌ای قرارگرفته‌اند.

۸) روانشناسان لازم است از ابژه سازی و پرسیدن هرگونه سؤال غیر مرتبط با روند ارزیابی و درمان پرهیز کنند. گاه اتفاق می‌افتد که روانشناس دگرجنس‌گرا، برای ارضای حس کنجکاوی یا علاقه شخصی خود، اقدام به پرسیدن سؤالاتی می‌کند که درواقع ارتباطی با موضوع شکایت اصلی مراجع ندارد. درخواست از مراجع ترنس برای توصیف جزییات غیرضروری درباره بدنش

یا کندوکاو درباره‌ی جزییات روابط جنسی مراجع همجنس‌گرا آن‌هم در شرایطی که شکایت اصلی فرد مسائل خانوادگی یا اضطراب می‌باشد، نمونه‌هایی از سؤالات غیر مرتبط است. متخصصان باید برای پرسیدن هر سؤالی، توجیه حرفه‌ای داشته و از کنجکاوی بی‌مورد در امور شخصی مراجعان، صرفاً به این دلیل که متفاوت با اکثریت هستند، خودداری کنند (باربارا و داکتر،۲۰۰۷).

۹) روانشناسان باید از ارائه هرگونه اظهارنظر شخصی یا توصیه‌ی جهت‌دار پرهیز کنند. به‌طور مثال، مشاوری که به مراجع لزبین می‌گوید: «تو فقط اگر کمی زنانه‌تر رفتار کنی مطمئنم مردی عاشقت می‌شود و اگر یک‌بار تجربه‌اش کنی دیگر میلی به زن‌ها نخواهی داشت!» درواقع به‌طور غیرمستقیم سعی در ایجاد تغییر در مراجع دارد. این‌گونه توصیه‌ها حتی اگر با نیت خیرخواهانه صورت گیرد، نتیجه‌ای به‌غیراز کاهش عزت‌نفس مراجع و القای احساس «غیرعادی» بودن به او ندارد.

۱۰) روانشناسان باید از حساسیت و اهمیت نقش خانواده و تأثیرات آن بر زندگی اقلیت‌های جنسی و همچنین تأثیرات ِ داشتن ِ یک عضو گی، لزبین، دوجنس‌گرا یا ترنس بر سایر افراد خانواده آگاهی داشته باشند. نقش حمایت خانواده، به‌ویژه در وضعیتی که فرد از سوی جامعه تحت‌فشار و تبعیض واقع می‌شود، می‌تواند تعیین‌کننده باشد. طبق آمار، اقلیت‌هایی که از سوی خانواده طرد می‌شوند، ریسک بالاتری برای اقدام به خودکشی دارند.

ضمیمه:

اصطلاحات

جنس[۳۲] (مرد- زن[۳۳]): جنبه‌های آناتومیک (اندام‌های جنسی، صفات جنسی اولیه و ثانویه)، زیست شناسانه (هورمون‌ها) و ژنتیکی انسان (کروموزوم‌ها شامل XX در زنان و XY در مردان) و همچنین گامت‌هایی که تولید می‌کند (اسپرم یا تخمک) تعیین‌کننده جنس تلقی می‌شود (کار،۲۰۰۵).

جنسیت[۳۴] (مردانگی- زنانگی[۳۵]): مطابق با تعریف سازمان بهداشت جهانی، جنسیت مفهومی برساخته‌ی اجتماع است. هر جامعه‌ای قواعد و هنجارهای خاصی را برای رفتارهایی که زنان یا مردان انجام می‌دهند، تعریف می‌کند. این هنجارها متغیر هستند. درحالی‌که اغلب مردم به‌صورت زن یا مرد متولد می‌شوند، زنانگی یا مردانگی توسط اجتماع آموخته می‌شود. برخی افراد ممکن است سازگار با این هنجارها رفتار نکنند (سازمان بهداشت جهانی،۲۰۱۱)

گرایش جنسی[۳۶]: به میزان کشش جنسی هر فرد به سمت زنان یا مردان اطلاق می‌شود (رحمان و ویلسون،۲۰۰۳). مقصود از گرایش جنسی این است که شخص ازلحاظ جنسی تا چه اندازه مجذوب افراد هم‌جنس یا غیر هم‌جنس با خود می‌شود (اتکینسون، اتکینسون، اسمیت، بم، هوکسما،۱۳۸۲). گرایش‌های جنسی معمول همجنس‌گرایی، دگرجنس‌گرایی، دوجنس‌گرایی و بی‌جنس‌گرایی هستند.

اصطلاح همجنس‌گرایی بنا به تعریف انجمن روانشناسی امریکا[۳۷] در سال ۱۹۹۷ غالباً برای توصیف یک نوع رفتار آشکار شخصی، گرایش جنسی و حس هویت شخصی و اجتماعی به کار می‌رود که ویژگی آن تمایل زیبایی‌شناختی، عشق رمانتیک و تمایل جنسی منحصراً نسبت به جنس همگون با خود فرد است. واژه گِی برای اشاره به مرد همجنس‌گرا و واژه لزبین برای اشاره به زن همجنس‌گرا به کار می‌رود.

دوجنس‌گرا[۳۸] / **دوجنس‌خواه** / **بایسکشوال**: این اصطلاح اشاره به کشش عاطفی و جنسی به بیش از یک جنس دارد. فرد دوجنس‌گرا پتانسیل آن را دارد که به مردان یا زنان علاقه‌مند شود. هرچند این علاقه الزاماً به‌طور هم‌زمان، به یک شیوه خاص و به یک اندازه نیست. به عبارت بهتر، گرایش افراد دوجنس‌گرا به زن و مرد همیشه در یک‌زمان واحد رخ نمی‌دهد. ممکن است فردی ازنظر عاطفی بیشتر جذب زنان شود و ازنظر جنسی، مردان را جذابتر ارزیابی کند. کشش به‌سوی دو جنس الزاماً مساوی (۵۰-۵۰) نیست (اوچ،۱۹۹۶).

هویت جنسیتی[۳۹]: باور بنیادین و احساس درونی فرد درباره مرد یا زن بودن خود است، هرچند مطابق با جنس بیولوژیکی او نباشد (ساوین ویلیامز،۲۰۰۵).

هویت جنسیتی، تجربه شخصی افراد از خودشان به‌عنوان زن یا مرد است که جنبه‌ی قدرتمندی از خودپنداره را در کودکی شکل می‌دهد و در اغلب بزرگسالان، شدیداً در برابر تغییر، مقاوم است (لیپس،۲۰۰۰).

---

۳۲. Sex
۳۳. Male-Female
۳۴. Gender
۳۵. Masculinity/Femininity
۳۶. Sexual orientation
۳۷. American Psychological Association
۳۸. Bisexual
۳۹. Gender Identity

برخی افراد ممکن است خود را به‌عنوان ترکیبی از زن و مرد، هم زن و هم مرد، نه زن و نه مرد یا فراجنسیتی (جنس سوم) تعریف کنند. هیچ‌یک از این هویت‌ها بیمارگونه نیستند (کولمن و همکاران،۲۰۱۲).

هویت جنسی[۴۰]: برچسبی است که افراد به احساسات، جاذبه‌ها و رفتارهای جنسی خود می‌زنند. سازه‌های اجتماعی این هویت، متأثر از فرهنگ و دوره‌ای است که فرد در آن زندگی می‌کند. این برچسب می‌تواند تغییر کرده و معانی جدیدی در طول زمان به خود بگیرد. افراد، بدون در نظر گرفتن عوامل دیگری مانند رفتار جنسی‌شان، ممکن است خود را همجنس‌گرا، دوجنس‌گرا، دگرجنس‌گرا یا بدون گرایش جنسی[۴۱] بدانند (تانبوم،۲۰۰۶).

نقش جنسی[۴۲]: عبارت است از میزان پایبندی به رفتارها و وظایفی که فرهنگ، برای مردان و زنان مناسب تلقی می‌کند (تانبوم،۲۰۰۶). نقش جنسی به رفتارهایی اشاره دارد که ازنظر اجتماعی، مناسب برای یک جنس تعریف می‌شوند. کاملاً روشن است که افراد می‌توانند از همرنگی با تصورات جامعه در رابطه با نقش‌های جنسی دست بردارند، بی‌آنکه هیچگونه تعارضی را در ارتباط با هویت جنسیتی خود تجربه کنند. مثلاً یک مرد می‌تواند با رفتار خود، تفکر قالبی در مورد پرخاش‌جویی و سختی مردانه را رد کند، بدون اینکه تردیدی در مورد جنس یا جنسیت خود داشته باشد (لیپس،۲۰۰۰)؛ بنابراین افراد می‌توانند نقش جنسی خود را انتخاب کنند.

بیان جنسیتی[۴۳]: شیوه‌ای است که افراد به‌واسطه‌ی آن جنسیت خود را ابراز می‌کنند. یکی از رایج‌ترین شیوه‌های بیان جنسیتی، شیوه لباس پوشیدن و آرایش ظاهری فرد است. بیان جنسیتی افراد ممکن است مطابق با جنس بیولوژیکی آن‌ها باشد یا نباشد. بیان جنسیتی وابسته به فرهنگ و در طول زمان متغیر است. به‌طور مثال پوشیدن شلوار در دوره‌ای در اروپا بیان جنسیتی مردانه به‌حساب می‌آمد. حال‌آنکه هم‌اکنون هنجار محسوب می‌شود. زنی که با لباس اسپرت و بدون آرایش در خیابان ظاهر می‌شود؛ بیان جنسیتی متفاوت با زنی دارد که بلوز و دامن پوشیده و آرایش بر چهره دارد. بیان جنسیتی ممکن است زنانه، مردانه یا بدون جنس باشد. بیان جنسیتی تنها اشاره به بخش قابل‌مشاهده و ظاهری افراد دارد و ممکن است بازتاب واقعی هویت یا گرایش درونی‌شان نباشد. بیان جنسیتی می‌تواند خودآگاه یا نیمه آگاه باشد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۶).

ناهمنوایی جنسیتی[۴۴]: هرگاه مجموعه حالات ظاهری، رفتارها، اطوار و حرکات بدنی و ترجیحات یک فرد، متفاوت با انتظاراتی باشد که جامعه برای یک جنس خاص به‌عنوان «هنجار» تعریف می‌کند، فرد ازنظر جنسیتی ناهمنوا در نظر گرفته می‌شود. به‌طور مثال مردانی که صدای زیر نازک و حرکات ظریف دارند، همچنین زنانی با صدای بم دورگه، استخوان‌بندی درشت یا فاقد برجستگی پستان، غالباً ازنظر جنسیتی ناهمنوا شمرده می‌شوند. ناهمنوایی جنسیتی گاه از سال‌های کودکی قابل‌مشاهده است. کودکان دختری که اصرار دارند ایستاده ادرار کنند یا کودکان پسری که اصرار به پوشیدن دامن دارند، ناهمنوا هستند. همنوایی یا ناهمنوایی جنسیتی، برخلاف بیان جنسیتی یا نقش جنسیتی تا حد زیادی خارج از حوزه‌ی انتخاب فرد است. درحالی‌که ممکن است افراد همجنس‌گرا یا ترنسجندر ازنظر جنسیتی ناهمنوا باشند یا نباشند، باید توجه داشت که همه‌ی افراد ناهمنوا، الزاماً همجنس‌گرا یا ترنس‌جندر نیستند. آنچه لازم است متخصصان بدانند این است که اولاً ناهمنوایی جنسیتی به‌خودی‌خود، اختلال یا بیماری به‌حساب نمی‌آید. ثانیاً افراد ناهمنوا، فارغ از گرایش و هویتشان، از سوی جامعه در معرض آزار، تمسخر و برچسب‌زنی قرار می‌گیرند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۶).

---

۴۰. Sexual identity
۴۱. Asexual
۴۲. Sex-Role
۴۳. Gender expression
۴۴. Gender nonconformity

ترنس‌جندر (فراجنسیتی): این مفهوم، در حال حاضر برای اشاره به کلیه افرادی به کار می‌رود که با ظاهر، پوشش، رفتار یا باورهای خود، کلیشه‌های رایج جنسیتی و جنسی را به چالش می‌کشند (باربارا و داکتر،۲۰۰۷). بسیاری از فراجنسیتی‌ها اعتقادی به دوگانه زنانگی و مردانگی ندارند. آن‌ها الزاماً به دنبال عمل تغییر جنسیت نیستند. ترنسجندرها در جوامعی که سبک زندگی آزادانه، پوشش دلخواه، بیان جنسیتی و نقش جنسی مطلوبشان را دارند، به‌خوبی با شرایط، انطباق حاصل کرده و تمایلی به تغییر بدن خود نشان نمی‌دهند (کوپر و همکاران،۲۰۱۲). واژه ترنسجندر، گاه به‌اشتباه به‌جای واژه ترنس‌سکشوال به کار می‌رود.

ترنس‌سکشوال (تغییرجنس خواه): افرادی که برای مدت طولانی و با اصرار تمایل دارند که زندگی در قالب جنس مخالف را تجربه کنند، زیرا معتقدند که جنس فیزیکیشان با جنسیتی که ازنظر روانی خود را به آن متعلق می‌دانند، همخوانی ندارد. هرچند هیچ‌گونه شواهد بیولوژیک (هورمونی یا کروموزومی) در بدن آن‌ها یافت نمی‌شود. آن‌ها مایلند به جنس مخالف منتسب گردند و به همین سبب، معمولاً درصدد ایجاد تغییراتی در بدن خود برمی‌آیند. این تغییرات ممکن است جزئی (مانند هورمون‌تراپی) یا کلی (مانند فالوپلاستی، ماستکتومی و...) باشد (باربارا وداکتر،۲۰۰۷).

اینترسکس/میان جنسی/هرمافرودیت: افراد اینترسکس دارای ترکیبی از اندام‌های جنسی زنانه و مردانه و یا اساسا فاقد آن هستند. معمولاً بخشی از این اندامها پنهان است و آنان گاه تا هنگام بلوغ و حتی بزرگسالی و گاه تا پایان زندگی به وجود اندام جنسی دیگر پی نمی‌برند.

اقلیت‌های جنسی[۴۵]: مجموعه افرادی که هویت جنسیتی یا گرایش جنسی آن‌ها متفاوت از اکثریت جامعه است در این دسته جای می‌گیرند؛ مانند همجنس‌گرایان، دوجنس‌گرایان، ترنسجندرها، ترنس‌سکشوال‌ها، همه‌جنس‌گرایان و بی‌جنس‌گرایان. به‌عبارت‌دیگر، عبارت اقلیت‌های جنسی، برای نامیدن کلیه افرادی به کار می‌رود که به‌واسطه هویت یا گرایش جنسیشان، خود را خارج از هنجارهای رایج جنسیتی جامعه (زن یا مرد دگرجنس‌گرا) دسته‌بندی می‌کنند. کلمه‌ی «کوئیر»[۴۶] معادل دیگری برای واژه‌ی اقلیت‌های جنسی است.

همجنس‌گرا هراسی (هموفوبیا)[۴۷]: اصطلاحی است که به نگرش منفی و تبعیض آمیز نسبت به همجنس‌گرایی در میان افراد دگرجنس‌گرا اشاره دارد (هرک،۲۰۰۴، ناگوشی و همکاران،۲۰۰۸). دوجنس‌گرا ستیزی (بای فوبیا) و ترنس‌ستیزی (ترنس فوبیا) نیز به ترتیب به نگرش منفی نسبت به دوجنس‌گرایان و ترنس‌ها اطلاق می‌شود.

همجنس‌گرا هراسی درونی شده[۴۸]: اصطلاحی است که به نگرش منفی خودِ فرد همجنس‌گرا نسبت به همجنس‌گرایی اشاره دارد. گاه در اثر فشار نگرش منفی که از سوی جامعه دگرجنس‌گرا محور به فرد همجنس‌گرا تحمیل می‌شود، وی به‌طور ناخودآگاه تسلیم قضاوت‌هایی می‌شود که جامعه به‌طور مکرر، از طریق رسانه و باور عمومی درباره‌ی همجنس‌گرایی ارائه می‌دهد. درنتیجه، او، نگرش منفی محیط بیرون را باور و درونی می‌کند. اقلیت‌های جنسی که از این عارضه رنج می‌برند، ممکن است درباره‌ی گرایش خود بسیار دوسوگرا[۴۹] باشند. آن‌ها به‌شدت احساس شرم یا گناه دارند. با توجه به این‌که درجه‌ای از احساس نفرتی که این افراد از جانب جامعه ادراک می‌کنند، حقیقی است؛ تعجب آور نیست که غلبه بر همجنس‌گرا هراسی درونی شده، یکی از سخت‌ترین کارهایی است که افراد همجنس‌گرا باید انجام دهند. وظیفه‌ای که به‌سختی به دست می‌آید درنتیجه، عواقب طولانی‌مدت ازجمله کاهش اعتماد به‌نفس را در پی دارد (باربارا و داکتر،۲۰۰۷).

۴۵. Gender nonconforming individuals
۴۶. Queer
۴۷. Homophobia
۴۸. internalized homophobia
۴۹. Ambivalent

برون‌آئی/ آشکارسازی[۵۰]: برون‌آئی یکی از مهمترین وقایع زندگی اقلیت‌های جنسی است و به فرآیندی اشاره دارد که طی آن، فرد، گرایش جنسی یا هویت جنسیتی خود را برای افراد مهم، مانند خانواده، دوستان و همکارانش فاش می‌کند و به‌این‌ترتیب، بخشی از وجود خویشتن را که همواره مجبور به پنهان کردنش بوده، آشکار می‌سازد (گریفیت و هبل،۲۰۰۲).

دگرجنس‌گرا[۵۱]/ **دگرجنس خواه/علاقه‌مند به جنس مخالف /هتروسکشوال / استریت**[۵۲]: کسی است که جهت‌گیری عاطفی و جنسی‌اش نسبت به فردی از جنس مخالف باشد. به این معنا که جذب افرادی از جنس مخالف شود. برآورد می‌شود که در همه جمعیت‌ها ۸۰-۹۰ درصد افراد، دگرجنس‌گرا هستند (تانبوم،۲۰۰۶).

سیس‌جندر[۵۳]: به افرادی اطلاق می‌شود که هویت جنسیتی‌شان با جنسی که در آن زاده شده‌اند هماهنگ است و خود را در چهارچوب تعاریف موجود اجتماعی تعریف می‌کنند. زنان و مردانی که جنس بیولوژیکشان منطبق بر هویت جنسیتی‌شان است.

مردد[۵۴]: برخی افراد ترجیح می‌دهند هیچ برچسبی درباره خود به کار نبرند تا بر تجارب جنسی و عاطفی خود بیفزایند. این افراد، مردد نامیده می‌شوند. مردد کسی است که حدس می‌زند ممکن است همجنس‌گرا یا دوجنس‌گرا باشد اما هنوز دراین‌باره مطمئن نیست (باربارا و داکتر،۲۰۰۷).

جندریسم یا دوگانه سازی جنسیتی: باوری است که جنسیت را به دوگانه زن- مرد محدود می‌کند و افرادی را که مابین یا ورای این دوگانه هستند، طرد کرده و به حاشیه می‌راند. جندریسم همچنین تمایل دارد که بین جنس و جنسیت رابطه حتمی و ضروری برقرار کند. به این معنا که ادعا می‌کند کسانی که ازنظر بیولوژیکی زن (XX) هستند، باید زنانه[۵۵] رفتار کنند یا لباس بپوشند و بلعکس، افرادی که ازنظر بیولوژیکی، ساختار کروموزومی (XY) دارند، باید مردانه رفتار کنند (باربارا و داکتر،۲۰۰۷). این باور غلط اما بسیار فراگیر جهانی، ویژگی‌های خاص رفتاری یا شخصیتی، البسه و حتی رنگ‌ها و اسباب‌بازی‌ها را نیز به جنس بیولوژیک خاصی نسبت می‌دهد. به‌طور مثال، بر اساس این باور، زن‌ها همه عاطفی و احساساتی هستند و مردان منطقی و عقلانی. آبی رنگ مناسب پسربچه‌ها و صورتی رنگ موردعلاقه دختربچه‌هاست (باربارا و داکتر،۲۰۰۷).

بسیاری از نظریه‌پردازان بزرگ معاصر، این دیدگاه را به چالش کشیده‌اند که از مشهورترین آن‌ها می‌توان به جودیت باتلر، فیلسوف و نظریه‌پرداز جنسیت و نیز ساندرا بَم، روانشناس اجتماعی اشاره کرد. بَم معتقد است که دوگانه مردانگی- زنانگی در طول تاریخ و در اثر تکرار یکسری از فعالیت‌ها و ایفای برخی از نقش‌های خاص توسط زنان و برخی نقش‌ها توسط مردان شکل گرفته است. بااین‌حال، زنانگی و مردانگی دو بعد متضاد و ناهمخوان نیستند که وجود یکی مستلزم نفی دیگری باشد. جنسیت بر روی یک طیف قرار دارد که یک‌سوی آن مردانگی و سوی دیگر آن، زنانگی است. افراد ممکن است در هرجایی از این طیف، قرار داشته باشند و این لزوماً ارتباطی با جنس بیولوژیک آن‌ها ندارد. او افرادی را که در وسط این طیف قرار می‌گیرند آندروژنی[۵۶] می‌نامد. آندروژنی یعنی فردی که به یک‌میزان، خصوصیات و رفتارهایی دارد که توسط جامعه زنانه یا مردانه قلمداد می‌شود. بَم معتقد است افراد آندروژنی ازنظر روانی، افراد سالمتر و کاملتری هستند زیرا به‌تمامی جنبه‌های وجودیشان فرصت رشد داده‌اند. او همچنین ابراز می‌دارد که ممکن است فردی خود را اساساً بی‌جنس

۵۰. Coming out
۵۱. Heterosexual
۵۲. Straight
۵۳. Cisgender
۵۴. Uncertain or questioning
۵۵. Feminine
۵۶. در مورد نگارش این واژه نظرات گوناگونی وجود دارد. آندروجینی یا آندروژینی نیز برای واژه Androgyny مورد استفاده قرار می‌گیرد.

بداند و روی این طیف طبقه‌بندی نکند. او این دسته افراد را نیز افراد با جنسیت نامتمایز[۵۷] معرفی می‌کند. درواقع آنچه بَم اظهار می‌دارد نکته‌ای بسیار ساده است که مورد غفلت قرارگرفته است. بَم می‌گوید اینکه شما چه رنگی بپوشید، چه مدل مویی انتخاب کنید، چه شغلی را ترجیح دهید یا به چه انسانی عشق بورزید ارتباط منطقی و ضروری با اندام جنسی (جنیتال) شما ندارد (بَم،۱۹۹۵).

دگرجنس‌گرا محوری:[۵۸] سیستمی عقیدتی است که بر اساس آن، تنها میل و علاقه بین یک زن و یک مرد به یکدیگر قابل‌قبول است. این تفکر، هر نوعی از رابطه، رفتار یا زندگی را که خارج از این دوگانه باشد، حذف یا انکار کرده و برچسب می‌زند. این تفکر، همچنین سبب قائل شدن امتیازاتی برای افراد دگرجنس‌گرا می‌شود و افرادی را که خارج از این هنجار هستند، از این امتیازات محروم می‌کند. ساختار دگرجنس‌گرا محوری شامل رفتار تعصب‌آمیز فردی و سازمانی (از خشونت آشکار گرفته تا تعصبات زیرکانه و محروم‌سازی) است. به‌عنوان‌مثال، این باور که زوج‌های همجنس‌گرا نمی‌توانند یا نباید فرزندی به سرپرستی بگیرند، یک باور دگرجنس‌گرا محورانه است زیرا چنین فرض می‌کند که یک مرد و یک زن بهتر از دو مرد (یا دو زن) می‌توانند از یک کودک مراقبت کنند. حال آنکه والدینی کردن ارتباطی با جنس بیولوژیک افراد ندارد و شواهد تحقیقاتی بسیاری حاکی از آن است که همجنس‌گرایان می‌توانند به‌اندازه دگرجنس گرایان والدین خوبی باشند (هرت و دی رایز،۲۰۰۴، کلارک،۲۰۰۱).

در کشور ما، محدودیت‌هایی که در برخی سازمان‌ها و ادارات دولتی یا خصوصی، در زمینه‌ی استخدام افراد مجرد وجود دارد را می‌توان نمونه‌ای از دگرجنس‌گرا محوری سیستماتیک به‌حساب آورد که به‌موجب آن، ازدواج، برای فرد مزایایی را ایجاد می‌کند که افرادی که به هر دلیلی ازدواج نکرده‌اند، از آن محروم می‌مانند. همچنین یک زن همجنس‌گرا ممکن است در محیط کار یا تحصیل یا در جمع فامیل و دوستانش مدام مورد سؤال قرار بگیرد که چرا دوست پسر ندارد یا از سوی خانواده‌اش موردانتقاد واقع شود که چرا به‌قدر کافی در رابطه با مردان «زنانه» رفتار نمی‌کند تا خواستگارانی پیدا کند. این، نمونه‌ای از فشاری است که یک اقلیت جنسی به‌واسطه‌ی زندگی در جامعه‌ی دگرجنس‌گرا محور (که به‌غلط تمامی افراد را دگرجنس‌گرا فرض می‌کند) متحمل می‌شود.

استرس اقلیت: افرادی که عضو اقلیت‌های جنسی هستند، در معرض آسیب‌پذیری بیشتری در برابر ناراحتی‌های روانی قرار دارند. نه به خاطر هرگونه نقص ذاتی در آن‌ها، بلکه به‌عنوان نتیجه‌ی تعلق داشتن به یک گروه برچسب خورده. این برچسب می‌تواند به‌عنوان یک عامل استرس‌زای مزمن در زندگی این افراد عمل کند که به آن استرس اقلیت گفته می‌شود. استرس اقلیت، اشاره به فرایندهای فشارزایی دارد که افرادی که در موقعیت‌های به حاشیه رانده‌شده اجتماعی هستند، متحمل می‌شوند؛ زیرا آن‌ها نیاز به انطباق با محیط نامهربان اجتماعی دارند. برای یک اقلیت جنسی، این استرس با زندگی در محیط دگرجنس خواه شکل می‌گیرد. فشارهایی مانند اصطلاحات کنایه‌آمیز، دشنام‌های جنسی، لطیفه‌ها، کلیشه‌های ضد همجنس‌گرایی (که الزاماً هم به‌طور مستقیم خطاب به این افراد بیان نمی‌شود)، تبعیض و توهین به‌واسطه نوع پوشش، تفاوت‌های ظاهری و ناهمنوایی جنسیتی، پنهان کردن تمایلات جنسی خود در تلاش برای مقابله با داغ اجتماعی یا ترس از طرد از سوی خانواده و دوستان، نمونه‌هایی از منابع استرس اقلیت هستند که منجر به آن می‌شوند که این افراد، محیط اطرافشان را غیردوستانه و خصمانه ادراک کنند (مه یر، ۱۹۹۵ و ۲۰۰۳).

در کشور ما وجود برخی قوانین جنس‌محور، از جمله قوانین مربوط به پوشش زنان و حجاب، تفکیک حوزه‌های آموزشی

۵۷ .Undifferentiated
۵۸ .Heterosexism

به زنانه و مردانه، تفکیک اماکن ورزشی و تفریحی به زنانه و مردانه، یا قوانین مرتبط با ازدواج، ارث و غیره، برای افراد با هویت جنسیتی گوناگون می‌تواند منبع استرس قلمداد شود.

منابع انگلیسی

American psychological association (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. Retrieved from: https://www.apa.org/practice/guidelines/transgender.pdf

American Psychological Association.2011)). Guideline for psychotherapy with Lesbian, gay and bisexual clients. Retrieved from: http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/guidelines.aspx

American Psychological Association, Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation. (2009). Report of the American Psychological Association Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation. Retrieved from: http://www. apa.org/pi/lgbc/publications/therapeutic-resp.html

APA official action (2000). Position Statement on Therapies Focused on Attempts to Change Sexual Orientation (Reparative or Conversion Therapies). Retrieved from: https://www.psychiatry.org/...apa/.../position-2000-therapies-change-sexual-orientation

Byne W, Bradley SJ, Coleman E, Eyler AE, Green R, Menvielle EJ, Meyer-Bahlburg HF, Pleak RR, Tompkins DA(2012). Report of the American PsychiA atric Association Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder. Archive of sex behaviour. 41(4):759-796.

Blanchard R, Clemmensen LH, Steiner BW.1987(). Heterosexual and homosexual gender dysphoria. Archive of sex research. 16(2):139-52.

Barbara, A.M & Doctor, F. (2007). Asking the right question. Talking with clients about sexual orientation and gender identity in mental health, counselling & addiction setting. Centre for Addiction and Mental Health. Canada.

Bem, S. L. (1995). Dismantling gender polarization and compulsory heterosexuality: Should we turn the volume down or up? Journal of Sex Research, 32,329–334.

Carr, C. L. (2005). Tomboyism or Lesbianism? Beyond Sex/Gender/Sexual Conflation. Sex Roles, Vol. 53, No. 1/2, pp: 119-131.

Clarke,V.(2001).What about the children? Arguments against lesbian and gay parenting. Women's Studies International Forum, 24 (5). pp. 555-570. ISSN 0277-5395 Available from: http://eprints.uwe.ac.uk/21177

Coleman, E. (1987). Assessment of sexual orientation. Boca Raton, FL: Haworth.

Coleman, E. (1990). Toward a synthetic understanding of sexual orientation. In D. P. McWhirter, S. A. Sanders, & J. M. Reinisch (Eds.), Homosexuality/heterosexuality: Concepts of sexual orientation (pp. 267–276). New York: Oxford University Press.

Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J.Zucker, K. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people, 7th version. International Journal of Transgenderism, 13, 165–232. http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2011.700873

Drescher, J. (1998). Psychoanalytic therapy and the gay man. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Drescher, J. (2002). Causes and becauses: On etiological theories of homosexuality. The Annual of Psychoanalysis,30, 57-68.

Drescher, J & Zucker, K. J. (2006). Ex-Gay Research: Analysing the Spitzer Study and Its Relation to Science, Religion, Politics, and Culture. New York. .Routledge

Drescher, J. & Merlino, J.P., eds. (2007). American Psychiatry and Homosexuality: An Oral History. Harrington Park Press.

Drescher J. (2010). Queer diagnoses: parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the diagnostic and statistical manual. Arch Sex Behav.39(2):427–60. http://dx.doi.org/10.1007/s10508-009-9531-5p

Fredriksen-Goldsen, K. I., Cook-Daniels, L., Kim, H. J., Erosheva, E. A,Emlet, C. A., Hoy-Ellis, C. P., Muraco, A. (2014). Physical and mental health of transgender older adults: An at-risk and underserved population. The Gerontologist, 54, 488–500

Fergusson, D.M; Horwood, L.J Ridder, E.M; Beautrais, A. L. (2005). Sexual orientation and mental health in a birth cohort of young adults. Psychological Medicine, 35, 971–981.

Gonsiorek, J. C. (1982). The use of diagnostic concepts in working with gay and lesbian populations. Journal of Homosexuality, 7(2–3), 9–20.

Eds.), Psycho-) clinical training, practice, and research. In B. Greene & G. Herek Greene, B. (1994). Lesbian and gay sexual orientations: Implications for pp. 1-24). Thousand Oaks,) Lesbian and gay psychology: Theory, research, and clinical applications .logical perspectives on lesbian and gay issues: Vol. 1 .CA: Sage

Griffith, K.H; Hebl , M.R. (2002).The Disclosure Dilemma for Gay Men and Lesbians coming out at Work. Journal of Applied Psychology. Volume 87, Issue 6, P: 1191-1199

Grant, J. M., Mottet, L. A., Tanis, J., Harrison, J., Herman, J. L., & Kiesling, M. (2011). Injustice at every turn: A report of the national transgender discrimination survey. Washington, DC: National Center for Transgender Equality & National Gay and Lesbian Task Force. Retrieved from: http://endtransdiscrimination.org/PDFs/NTDS_Report.pdf

Hooker E. (1993). Reflections of a 40-year exploration. A scientific view on homosexuality. The American Psychologist.48(4):450–3. http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.48.4.450

Herdt, G; de Vries, B. (Eds). (2004). Gay and Lesbian Aging. Research & future directions. Springer Publishing Company, Inc. New York.

Higgins, D.J.(2002) . Gay Men from Heterosexual Marriages, Journal of Homosexuality, 42:4, 13.

Haldeman, D.C. (2002). Gay Rights, Patient Rights: The Implications of Sexual Orientation Conversion Therapy. Professional Psychology: Research and Practice. Vol. 33, No. 3, 260–264.

Haas,A.P & Rodgers, P.L;Herman, J.L(2014). Findings of the national transgender discriminatory survey. American foundation for suicide prevention.

Herek,G,M.(2004). Beyond Homophobia: Thinking about sexual prejudice and stigma in the twenty-first century. Sexuality Research & Social Policy. Volume 1, Issue 2, pp 6–24.

Kuper, L. E., Nussbaum, R., & Mustanski, B. (2012). Exploring the diversity of gender and sexual orientation identities in an online sample of transgender individuals. Journal of Sex Research, 49, 244–254. http://dx.doi.org/10.1080/00224499.2011.596954

Klein, F. (1990). The need to view sexual orientation as a multivariable dynamic process: A theoretical perspective. In D. P. McWhirter, S. A. Sanders, & J. M. Reinisch (Eds.), Homosexuality/heterosexuality: Concepts of sexual orientation (pp. 277–282). New York: Oxford University Press.

Kinsey, A. C.; Pomeroy, W. B.; Martin, C. E. (1948). Sexual Behaviour in the Human Male. Philadelphia and London: W. B. Saunders Company.

Kinsey, A. C.; Pomeroy, W. B.; Martin, C. E. & Gebhard, P. H. (1953). Sexual Behaviour in the Human Female. Philadelphia and London: W. B. Saunders Company.

Lips, H.M. (2000). Sex and Gender. An introduction. Fourth edition. Mayfield publishing company.

Lewes, K. (1988). The Psychoanalytic Theory of Male Homosexuality, New York: Simon & Schuster.

Meyer, I.H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. Journal of Health and Social Behaviour, 36,pp: ٥٦-٣٨.

Meyer, I.H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. Psychological Bulletin, 129, ٦٩٧-٦٧٤. doi:10.1037/0033-2909.129.5.674

Nagoshi , G.L; Adams ,K. A; Terrell,H,k; Hill , E.D; Brzuzy ,S; Nagoshi,C.T .(2008). Gender Differences in Correlates of Homophobia and Transphobia. Sex Roles 59.pp:521–531

Ochs, R. 1996. Biphobia: It goes more than two ways. In B. A. Firestein (Ed.), Bisexuality:

The psychology and politics of an invisible minority (pp. 217-239). Thousand Oaks, CA: Sage Publication

Ritter, K.Y & Terndrup, A.I(2002). Handbook of affirmative psychotherapy with lesbians and gay men. New York. Guilford Publications.

Rahman,Q. Wilson,G.D .(2003). Born gay? The psychobiology of human sexual orientation. Review. Personality and Individual Differences 34.pp:1337–.1382

Storms, M. D. (1980). Theories of sexual orientation. Journal of Personality and Social Psychology, 38, pp:783-792.

Savin-williams, R. C.2005)). The New Gay Teenager. Harvard university press.

Shively, M. G., and DeCecco, J. P. (1977). Components of sexual identity. Journal of Homosexuality. 3.pp:41-48.

Shidlo, A., & Schroeder, M. (2002). Changing sexual orientation: A consumer's report. Professional Psychology: Research and Practice, 33, pp:249–259.

Shroeder, M., & Shidlo, A. (2001). Ethical issues in sexual orientation conversion therapies: An empirical study of consumers. Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy, 5(3/4), 131-166.

Tannenbaum,I.J.2006)). The Impact of Social context on the conceptualization of sexual orientation: A construct validity investigation. Dissertation for the Degree Doctor of Philosophy in the Graduate School of The Ohio State University.

The World Professional Association for Transgender Health2011(). Standards of Care

for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People.

7th Version. Retrieved from: www.wpath.org

Yoshino, K. (2006). Covering: The Hidden Assault on American Civil Rights. New York. Random House.

Zucker, K. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Gender identity disorder in children and adolescents. In D.L. Rowland & L. Incrocci (Eds.), Handbook of sexual and gender identity disorders (pp. 376–422). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.

Professional disorder: Recommendations for the Standards of Care of the World Zucker, K. J., & Lawrence, A. A. (2009). Epidemiology of gender identity .18–8 ,11 .of Transgenderism Health. International Journal Transgender for Association

منابع آنلاین

https://WWW.YOGYAKARTAPRINCIPLES.ORG and

https://www.psychiatry.org/patients-families/gender-dysphoria/what-is-gender-dysphoria

https://www.theguardian.com/world/2012/may/19/psychiatrist-admits-gay-cure-study-flawed

https://truthwinsout.org/news/2012/04/24542/

http://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/glossary/en/

https://www.psychologytoday.com/blog/hide-and-seek/201509/when-homosexuality-stopped-being-mental-disorder

Gooya News: http://news.gooya.com/2017/03/post-2077.php

https://www.counseling.org/news/updates/2013/01/16/ethical-issues-related-to-conversion-or-reparative-therapy

منابع فارسی:

اتکینسون، ر. ل.؛ اتکینسون، ر. س.؛ اسمیت، ا.ا.؛ بم، د. ج.؛ هوکسما، س. ن.(۱۳۸۳). زمینه روانشناسی. ترجمه براهنی و دیگران. جلد اول، تهران، نشر رشد.

صابری، سید مهدی ؛ مصطفوی، سعیده سادات و دلاوری، مریم(۱۳۸۹). بررسی مقایسه‌ای روند ارجاع متقاضیان عمل تغییر جنسیت به کمیسیون پزشکی قانونی تهران با توجه به استانداردهای بین‌المللی . مجله پزشکی قانونی. شماره ۵۹. صفحات ۲۰۵-۲۱۴

کهن زاد، شهریار(۱۳۸۹). برزخ تن: خاطرات یک جراح از بیماران دوجنسی. تهران. نشر کتاب سرا

گلدارد، دیوید(۱۳۹۶). مفاهیم بنیادی و مباحث تخصصی در مشاوره. ترجمه سیمین حسینیان. تهران :چاپ بیست و دوم. نشر کمال تربیت

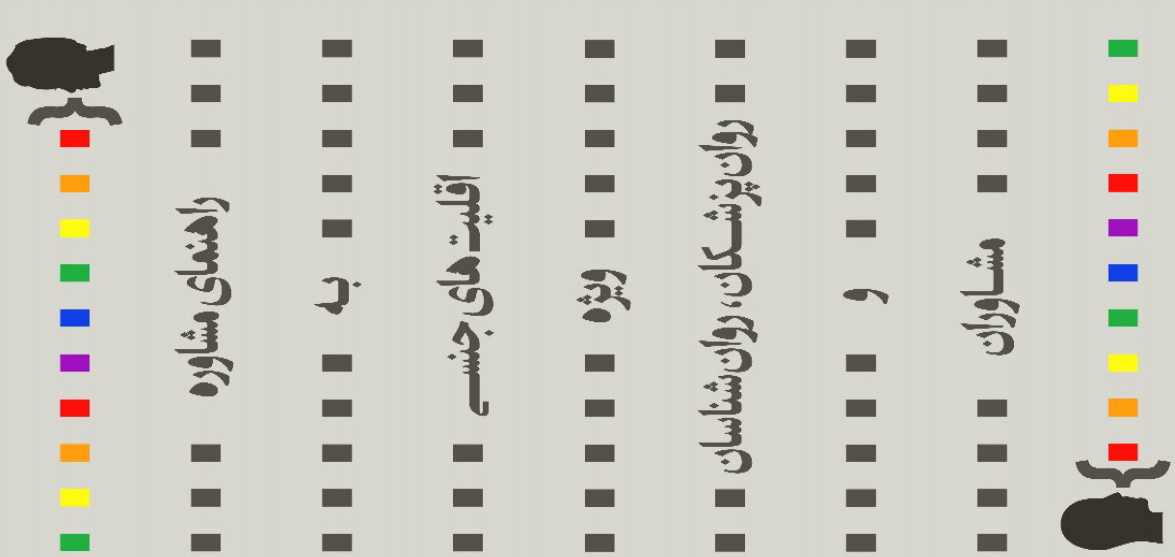
Guideline for Medical Professionals on Providing Counselling to LGBT Individuals

Compiled by a group of psychologists, therapists and experts in the field of gender which benefited from the input of some members of the transsexual and transgender community in Iran

March 2018

Contact:

Raahnama.farsi@gmail.com



راهنمای مشاوره به اقلیت‌های جنسی

ویژه روان‌پزشکان، روانشناسان و مشاوران

این راهنما توسط گروهی از روانشناسان، مشاوران و متخصصان حوزه جنسیت
با همکاری برخی از اعضای جامعه ترنس‌سکشوال و ترنسجندر در ایران تهیه شده است

نوروز ۱۳۹۷

تماس با ما:

Raahnama.farsi@gmail.com