المركز الديمقراطي العربي برلين - ألمانيا

الاضطرابات الجنسية
بين المفهوم والتشخيص والعلاج

إشراف وتنسيق:

د.عبد الحفيظ موسم، جامعة سعيدة، الجزائر

الجزء الأول

وقائع اعمال المؤتمر الدولي الافتراضي أيام 13-14 ايار - مايو

2023

المركز الديمقراطي العربي

الاضطرابات الجنسية بين المفهوم والتشخيص والعلاج

المركز الديمقراطي العربي ألمانيا - برلين

&

جامعة اب - اليمن

جامعة بنغازي - ليبيا

Demokratisches Deutsches Zentrum

für MENA-Studien, Berlin, Deutschland

VR 3383 - 6810 B

DEMOCRATIC ARABIC CENTER

Germany: Berlin 10315 Gensinger- Str: 112

TEL: 0049-CODE

030-89005468/030-898999419/030-57348845

MOBILTELEFON: 00491742742787717

المركز الديمقراطي العربي
للدراسات الاستراتيجية، الاقتصادية والسياسية
Democratic Arabic Center
for Strategic, Political & Economic Studies

كتاب وقائع المؤتمر الدولي العلمي:

الاضطرابات الجنسية بين المفهوم والتشخيص والعلاج

Sexual disorders between concept, diagnosis and treatment

الجزء الأول

إشراف وتنسيق

د.عبد الحفيظ موسم، جامعةسعيدة، الجزائر

المركز الديمقراطي العربي
للدراسات الاستراتيجية، الاقتصادية والسياسية
Democratic Arabic Center
for Strategic, Political & Economic Studies

النـــاشر

المركز الديمقراطي العربي

للدراسات الإستراتيجية والسياسية والاقتصادية

ألمانيا/برلين

Democratic Arabic Center

Berlin / Germany

لا يسمح بإعادة إصدار هذا الكتاب أو أي جزء منه أو تخزينه

في نطاق استعادة المعلومات أو نقله بأي شكل من الأشكال، دون إذن خطي مسبق من الناشر.

جميع حقوق الطبع محفوظة

All rights reserved

No part of this book may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, without the prior written permission of the publisher

المركز الديمقراطي العربي

للدراسات الإستراتيجية والسياسية والاقتصادية ألمانيا/برلين

البريد الإلكتروني

book@democraticac.de

المركز الديمقراطي العربي-برلين-ألمانيا

جامعة إب –اليمن

جامعة بنغازي، ليبيا

ينظمون المؤتمر الدولي العلمي الموسوم بـ:

الاضطرابات الجنسية بين المفهوم والتشخيص والعلاج

Sexual disorders between concept, diagnosis and treatment

أيام13 و14آيار، مايو 2023

إقامة المؤتمر بواسطة تقنية التّحاضر المرئي عبر تطبيق Zoom

ملاحظة: المشاركة مجانا بدون رسوم

لا يتحمل المركز ورئيس المؤتمر واللجان العلمية والتنظيمية مسؤولية ما ورد في هذا الكتاب من آراء، وهي لا تعبر بالضرورة عن قناعاتهم ويبقى أصحاب المداخلات هم وحدهم من يتحملون كامل المسؤولية القانونية عنها

الرئاسة الشرفية:

أ.عمار شرعان، رئيس المركز العربي الديمقراطي-برلين-ألمانيا

أ.د. طارق أحمد قاسم المنصوب – رئيس، جامعة إب – اليمن

أ. د. عزالدين يونس الدرسي – رئيس جامعة بنغازي – ليبيا

أ.د فؤاد عبد الرحمن حسان – نائب رئيس جامعة إب للدراسات العليا والبحث العلمي – اليمن

د. يوسف زغو اني عمر– جامعة بنغازي -ليبيا

رئيس المؤتمر: د. كريم عايش – المركز الديمقراطي العربي – ألمانيا – برلين

هيئة المؤتمر– :

مدير المؤتمر : د. فضل قاسم الحضرمي – جامعة إب – اليمن

رئيس لجنة المتابعة : د. مراد يحي الجحافي – جامعة إب – اليمن

التنسيق والنشر : د.حنان طرشان – المركز الديمقراطي العربي – ألمانيا – برلين

مدير إدارة النشر : د. ربيعة تمار– مدير إدارة النشر– المركز الديمقراطي العربي – ألمانيا – برلين

رئيس اللجنة التحضيرية : د. أحمد بوهكو – المركز الديمقراطي العربي، ألمانيا – برلين

أعضاء اللجنة العلمية:

أ.د عبد العزيز الوحش – عميد مركز الارشاد النفسي – جامعة إب- اليمن.	د. نجم عبد خلف العيساوي –مسؤول قسم البحوث والدراسات اتحاد الجامعات العربية- الاردن
د. عبد الرقيب عبده حزام الشميري –جامعة اب- اليمن	د. أحمد السيد عبد القوي قنصوة- مصر
د. صالحة علي الترهوني- جامعة مصراتة – ليبيا	د. محمد حسن انور محمود – جامعة سوهاج- مصر
د. وفاء نعيم المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية- مصر	د.هند خليفة –جامعة ام القرى- جدة
د. ليلى شيباني -المركز الديمقراطي العربي – ألمانيا – برلين	أ.م.د معاذ مقران – جامعة إب- اليمن.
أ.م.د يوسف الشجاع – جامعة إب – اليمن.	أ.م.د مأمون البناء – جامعة إب – اليمن.
د سعيد محمد البروشة – جامعة إب- اليمن.	د علي عبده عثمان راجح – جامعة إب- اليمن.
د. أميرة حمود ملهي الشهاري- جامعة إب – اليمن.	
اللجنة التنظيمية	
ط.د مايسة اليماني – جامعة إب- اليمن.	ط.د تيسير البارق – جامعة إب- اليمن.
ط.د فؤاد راشد – جامعة إب- اليمن.	ط.د أروى الخطيب- جامعة إب- اليمن.
أ. عصام الزنن – طبيب نفسي- جامعة إب- اليمن	خالد البريهي – أمين عام مركز الارشاد النفسي- جامعة إب – اليمن
مفيد الراشدي – جامعة إب – اليمن.	منى علي حميد – جامعة إب اليمن.

ديباجة المؤتمر:

يعتبر السلوك المحدد الأساسي لكل شخصية إنسانية، فمن خلال السلوك يمكن أن نصنف الأفراد إلى شخصيات سوية وأخرى غير سوية(منحرفة)، حيث يدخل في هذا التصنيف مجموعة من العوامل والمحددات منها تلك المتعلقة بالعوامل النفسية والبيولوجية والاجتماعية، إلى جانب التأثير الكبير الذي يحدثه الوسط الأسري كالعلاقات السائدة بين الأفراد خاصة أفراد الأسرة بينها، وخاصة بين الوالدين والطفل المراهق الذي يرى عالمه في أسرته، ولكن هذا الأخير عندما يندمج في الحياة الاجتماعية وبمجرد دخوله للمدرسة مع تكوينه العديد من الصدقات، فإنه يصطدم بعالم آخر جديد بعيد كل البعد عن ذلك العالم الذي اعتاد على التعايش فيه ومعه(الأسرة)، وفي مثل هذه الحالات وبالأخص إن كان غير مشبع بالقيم اللازمة والمعايير الملائمة التي من شأنها أن تضبط سلوكه بطريقة أو بأخرى ، أو يكون خاضعا لنوع خاص من أنواع التنشئة الاجتماعية التي تجعل منه شخصية هشة وضعيفة ومضطربة، وفي مثل هذه الحالات تظهر العديد من السلوكيات المضطربة والغير مقبولة من المحيط ومن بينها الاضطرابات الجنسية المختلفة) الشذوذات الجنسيَّة (paraphiliasوالتي هي تخيّلات أو سلوكيَّات للإثارة الجنسيَّة، متكرِّرة أو شديدة، تنطوي على أشياء جامدة أو حيوانات أو أموات أو أطفال أو أشخاص بالغين غير راغبين، أو معاناة أو إهانة للنفس أو الشَّريك. اضطرابات الشذوذات الجنسيَّة هي شذوذات جنسيَّة تسبِّب الضيق أو تسبِّب مشاكلَ أداء في الشخص المصاب بها أو قد تضرّ أو تضرّ بشخصٍ آخر.

وهناك العديدُ من هذه الشذوذات الجنسيَّة. قد يكون تركيزُ الخَطَل أو الشذوذ الجنسي على مجموعة متنوّعة من الأشياء، أو المواقف، أو الحيوانات، أو الأشخاص (مثل الأطفال أو البالغين غير الراغبين). قد تعتمد الاستثارةُ الجنسيَّة على استخدام أو وجود هذا التركيز. وعندما يَجرِي توطيدُ هذه الأنماط من الإثارة، في مرحلة الطفولة المبكِّرة أو بالقرب من سن البلوغ عادة، فإنَّها غالبًا ما تبقى مدى الحياة.

ويعدُّ بعضُ التنوّع في النشاط الجنسي شائعًا جدًّا في العلاقات والتخيّلات الجنسية عندَ الكبار الأصحَّاء. وعندما يتَّفق الأشخاصُ على الانخراط فيها، قد تكون السُّلُوكيات الجنسية غير الضارَّة ذات الطبيعة غير المألوفَة جزءًا من علاقة المحبَّة والرعايَة. ولكن، عندما تسبِّب السُّلُوكياتُ الجنسية ضائقة أو ضررًا، أو تتداخل مع قدرة الشخص على الانخراط في الأنشطة اليومية، فإنها تُعَدّ اضطرابًا من نمط الخطل الجنسي .وقد ينجم الضيق عن ردود فعل الآخرين، أو عن شعور الشخص بالذنب تجاه فعل شيء غير مقبول اجتماعيًّا.

أهداف المؤتمر الدولي – :

محاولة تسليط الضوء على بعض هذه الاضطرابات الجنسية واشكالية ترجمة المصطلح وتشخيصها والطرق العلاجية الممكنة لها مع تسليط الضوء ايضا على تفسيرها العبر الثقافي، وذلك بغرض استفادة الباحثين سواء كانوا طلبة أو أساتذة جامعيين، مع فتح طاولة النقاش وتقريب الأفكار وتوضيحها وتصويبها في هذا المجال.

محاور المؤتمر:

المحور الأول :مفهوم الاضطرابات الجنسية (اشكالية الترجمة، وإشكالية المفهوم)

المحور الثاني :الاضطرابات الجنسية من مفهوم المقاربات (السلوكية، المعرفية، المعرفية السلوكية، البيونفسية اجتماعية، الثقافية).

المحور الثالث :اسباب الاضطرابات الجنسية (الاسرة، المؤسسات التعليمية، البيئة الاجتماعية، المهنية، الثقافية، الاقتصادية، .....)

المحور الرابع :انواع الاضطرابات الجنسية الوقوف على جميع انواع الاضطرابات بما فيها اشتهاء الاطفال، اشتهاء الاموات، اشتهاء الحيوان.

المحور الثالث :إشكالية تشخيص الاظطرابات الجنسية.

المحور الرابع :التدخلات العلاجية الممكنة في هذه الحالات.

فهرس المحتويات

الصفحة	عنوان المداخلة	الباحث
29-12	أثر الاضطرابات الجنسية على التوافق الزواجي (دراسة سوء التوافق الجنسي عند المرأة المتزوجة نموذجا)	د. صافة أمينة، أ.د علاق كريمة (جامعة مستغانم – الجزائر)
43-30	اشكالية ترجمة مصطلح الاضطرابات الجنسية	ط د. وطاس فريدة (جامعة سطيف 02 – الجزائر) د. فتيحة يحي (جامعة تيارت- الجزائر)
56 -44	اضطراب اشتهاء الأطفال التشخيص والأسباب والعلاج	د. عتيقة سعيدي (جامعة باتنة 01 – الجزائر)
69-57	الأساليب التربوية المستخدمة في التثقيف الجنسي مع المراهقات المتمدرسات من وجه نظر الأمهات	ط د . ايمان شبي (جامعة باتنة 01 – الجزائر)
112 -70	الأفكار الجنسية اللاعقلانية، والرضا الجنسي، وحب العشرة في علاقتهم بشدة اضطراب الألم الحوضي – التناسلي/ الإيلاج	أ.د/ هناء أحمد محمد شويخ (جامعة الفيوم)
128-113	اضطراب التلصص الجنسي بين إشكالية المفهوم ومعايير التشخيص الإكلينيكي	د. نهاد بوزغاية (جامعة باتنة 01- الجزائر)
138-129	الاعتداء الجنسي على الأطفال "البيدوفيليا" Pedophilia	د.بولحبال آية (المركز الجامعي إيليزي- الجزائر) د. عبد الصمد صورية (جامعة باتنة 01- الجزائر)
152-139	اضطرابات الهوية الجنسانية عند المراهق	د. شريفة بوشي ، د. فوزية بوشي (جامعة تيارت- الجزائر)
161-153	التنشئة الاجتماعية الخاطئة ودورها في ظهور الاضطرابات الجنسية	د.مسعودة منتصر، ط.د زنيررشا (جامعة الوادي، الجزائر)
178-162	قراءة تحليلية سيميولوجية لصور البيدوفيليا عبر موقع تويتر	ط د.الزهرة ناصري، ط د.صفاء قديري (جامعة تيارت- الجزائر)
196-179	التربية الجنسية في الوسط المدرسي لحالات التخلف العقلي دراسة حالات بمدارس ابتدائية بولاية أم البواقي	ط د. بدرة عيساني، بوريدح نفيسة (جامعة الجزائر02- الجزائر)
212-197	الإساءة الجنسية ضد الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المجتمع الجزائري : اضطراب طيف التوحد نموذجا .	أ د. برزوان حسيبة - ط د. كنزة دومي (جامعة الجزائر02- الجزائر)

230-213	دلالة التمايز في مكونات الاضطرابات الجنسية لدى المراهقين: دراسة عاملية في ضوء الفروق النوعية والثقافية من واقع حالات عربية	د. سليمان عبد الواحد يوسُف (جامعة قناة السويس – مصر) دة. نورالهدى رحال (جامعة وهران 02- الجزائر)
251-231	العوامل والمحددات الاجتماعية المسببة للاضطرابات الجنسية لدى الأزواج العاملين - دراسة ميدانية -	د. فريد حمامي، د. محمد نجيب بُوعرّوج (جامعة تيزي وزو- الجزائر)
266-252	دور الأسرة في تنمية الوعي بمفهوم التربية الجنسية لتجنب الاضطرابات الجنسية لدى الأبناء - المجتمع الجزائري نموذجا -	د. إيمان قاسمي (جامعة البليدة 02- الجزائر) د. رضوان طايبي (جامعة وهران 02- الجزائر)
280-267	التحول الجندري بين اضطراب الهوية الجنسية والوصم الإجتماعي	د. لبرارة إيمان ، ط.د قارة نبيلة (جامعة باتنة 01- الجزائر)
288-281	تدخل الوالدين لحماية الطفل من خطر الوقوع في المواقع الإباحية	د.ليلى شيباني (جامعة بجاية- الجزائر) د.نامية عليك (جامعة البليدة 02- الجزائر)
300-289	الشذوذ الجنسي: نماذج وتشخيص وسبل العلاج	د. كمال الزمراوي (جامعة الحسن الثاني- المغرب)
307-301	الاضطرابات الجنسية من مفهوم المقاربات (السلوكية، المعرفية، المعرفية السلوكية، البيونفسية اجتماعية، الثقافية)	ط د . عبد الحميد حريزي، ط د .ماضي هالة ياسمين (جامعة قالمة – الجزائر)
314-308	التربية الجنسية والاضطرابات الجنسية	د. بن عشي سعيدة (جامعة خنشلة- الجزائر)
327-315	اضطراب الهوية الجنسية (الجندرية) من وجهة نظر نفسية تحليلية	د. أوترباح فوزية (جامعة الجزائر02- الجزائر)
348-328	التوظيف النفسي عند البيدوفيلي: دراسة اكلينيكية اسقاطية لحالة	أ.د. سامية رحال، ط د. حليمة مرابط (جامعة الشلف- الجزائر)
362-349	مستقبل تشخيص اضطرابات البارافيليا في ضوء التغيرات الاجتماعية	ط.د فنيخ يعقوب (جامعة سكيكدة- الجزائر)
387-363	مستوى المناعة النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي الاضطرابات الهوية الجنسية : دراسة ميدانية بمستشفى عين التوتة باتنة	ط د.حمزة هاجر (جامعة بسكرة- الجزائر)
399-388	نحو استخدام فعال لوسائل التواصل الاجتماعي في علاج الاضطرابات الجنسية للبالغين	د. توفيق بوخدوني (جامعة جيجل- الجزائر) د. شريفة العيد (جامعة الجزائر02- الجزائر)

414-400	أنواع الاضطرابات الجنسية الوقوف على جميع أنواع الاضطرابات بما فيها اشتهاء الأطفال, اشتهاءالأموات, اشتهاء الحيوان	ط د. سالمي حمزة (جامعة سوق أهراس- الجزائر)
425-415	شخصية البيدوفيل: دراسة حالة	ط.د، بوغالم يسمينة (جامعة الجزائر02- الجزائر)
439-426	اضطراب الهوية الجنسية لدى طالبات الجامعة –دراسة ميدانية على طلبة جامعة اكلي محند أولحاج البويرة-	ط.د امحمد بن علية، أ.د جميلة ملوكي (جامعة تامنغست،- الجزائر)
451-440	**Troubles sexuels : revue clinique**	**Dr. CHELGHOUM Anissa/ Université de Bejaia/ Algérie**
462-452	**L'homosexualité entre la biologie et l'environnement**	**Dr.Gahmous Mouna, Dr. Amroussi Meriem (Université Badji Mokhtar/ Algérie)**
478-463	اضطراب المثلية الجنسية (التعريف ، الأسباب، الأنواع ، النظريات و الأثار)	أد. أغمين نذيرة (جامعة قالمة، الجزائر) عباس إيمان (أخصائية نفسانية بقالمة، الجزائر)
490-479	التدخلات العلاجية النفسية لاضطراب عسر الجماع لدى المرأة	ط د، بسباس فاطيمة الزهرة، أد، بوروبة أمال (جامعة سطيف 02، الجزائر)

أثر الاضطرابات الجنسية على التوافق الزواجي
(دراسة سوء التوافق الجنسي عند المرأة المتزوجة نموذجا)

The impact of sexual disorders on marital compatibility (sexual incompatibility In (a married women as a model

د. صافة امينة /جامعة مستغانم/ الجزائر
Dr .Safa Amina /University of Mostaganem/Algeria
أ.د. علاق كريمة /جامعة مستغانم/الجزائر
Pr.Allegue Karima/University of Mostaganem/Algeria

ملخص الدراسة:
تحاول هذه الدراسة الميدانية الكشف عن الأثار التي تخلفها الاضطرابات الجنسية على التوافق الزواجي لدى المراة المتزوجة، اعتمدنا فيها على المنهج العيادي وتقنية دراسة الحالة، وتطبيق الأدوات التالية: الملاحظة والمقابلة العياديتين بالإضافة الى مقياس التوافق الزواجي لسبينر بأبعاده الأربعة المقنن على البيئة الجزائرية من طرف منصوري(2017) على ثلاث حالات متزوجات تتراوح أعمارهن بين30-35 سنة، ولا تقل مدّة زواجهن عن سنتين. وتحصلنا على النتائج التالية: يؤثر سوء التوافق الجنسي لدى المرأة المتزوجة على توافقها الزواجي، من حيث .بناءها المعرفي والثقافة الجنسية لديها ، بالإضافة إلى وجود أسباب أخرى وهي رفض الزوجة للزوج وتخلي الزوج عن دوره الأسري من مثل تربية الأطفال وتخليه عن باقي المسؤوليات الأسرية؛ وخلصت الدراسة بالتوصيات التالية: الاهتمام بالبناء المعرفي في الجانب الجنسي للمرأة قبل وبعد الزواج وضرورة الحوار والتشجيع على الاتصال ومناقشة أي خلافات زوجية تحدث بين الزوجين بما في ذلك الاضطرابات الجنسية التي ممكن أن يتعرض لها الزوجان أحدهما أو كلاهما، مع ضرورة تكوين ثقافة جنسية عند المرأة من مصادر علمية موثوقة.

الكلمات المفتاحية: الاضطرابات الجنسية، التوافق الجنسي، سوء التوافق الزواجي، سوء التوافق الجنسي، التوافق الزواجي

Abstract:
This field study attempts to reveal the effects of sexual disorders on the marital compatibility of married women, in which we relied on the clinical approach and the case study technique, and applied the following tools: observation and clinical interview as well as the Spinner marital compatibility scale with its four dimensions Codified on the Algerian environment by Mansouri (2017) on three cases of married women aged 30 to 35, and the duration of their marriage is not less than two years. Then, we obtained the following results: The poor sexual compatibility of married women affects their marital compatibility, in terms of cognitive structure and sexual culture, as well as the presence of other reasons, which are the rejection of the husband by the wife and the abandonment of the husband of his family role such as the education of children and of his family

responsibilities; The study concluded with the following recommendations: Pay attention to building knowledge about the sexual aspect of women before and after marriage and the need for dialogue and encouragement to communicate and discuss everything marital problems that arise between spouses, including sexual disorders that one or both spouses may be exposed to, with the need to form a sexual culture in women from reliable scientific sources.
Keywords: sexual disorders, marital compatibility, sexual incompatibility, marital incompatibility, sexual compatibility,

مقدمة:

يعتبرالزواج الوسيلة الشرعية للإنسان البالغ العاقل لبناء الاسرة التي يقضي فيها حياته ويعمل من أجلها ويجد فيها من يرعاه ويهتم به ويعطي لحياته معنى نفسيا فالزواج الناجح خير متاع الدنيا فهو يهدف الى المتعة الجنسية والنفسية والشعور بالأمن والطمانينة وإنشاء الاسرة واستمرار النسل (مرسي،1991، ص. 31-36).

فالزواج متعدد الغايات مختلف في تلبية الحاجات ويربط بين طرفين اذن فهو قائم على ما يقدمه هاذان الطرفان لبعضهما والزواج في حد ذاته يعتمد على مبدا التوافق والارتباط ما ينتج عنه توافق زواجي ويكون هذا التوافق في الآراء وفي التماسك وفي التعبير العاطفي لدى الزوجين واشباع حاجاتهما الأساسية الجنسية والعاطفية بحيث تحقق لهما السعادة والرضا (صحاف،2015، ص.29).

ولاشك أن التوافق الزواجي الذي يبنى على أساسه توافق الزوجين يشمل مجالات وأبعاد أخرى فرعية مختلفة تتضمن كل نواحي الحياة من توافق اجتماعي وثقافي والمتمثل في انتماء كلا زوجين إلى ثقافة اجتماعية متماثلة بنفس العادات والسلوكات وتوافق شخصي ونفسي وذلك من ناحية البناء النفسي ودرجة النضج والتحكم الانفعالي والتوافق الجنسي ويقصد بهذا الأخير استمتاع كل من الزوجين بإشباع حاجاته إلى الجنس مع الزوج الآخر واتفاقهما على أهداف هذا الاشباع واجراءاته، وشعورهما بالمودة والحب والرضا في علاقاتهما الجنسية، فالإشباع الجنسي بين الزوجين ليس لذة جسدية قصيرة الأمد لكنه متعة نفسية طويلة الأمد تسعد الزوجين وتجعل كلا منهما يسكن للآخر فهو عامل أساسي في توحيد التفاعل الزواجي (مرسي،199، ص.128).

وهناك دراسات أثبتت أن للتوافق الجنسي تأثير على التوافق الزواجي باعتباره أحد أبعاده وأن هناك علاقة بينهما وذلك بتناوله كعامل منذ البداية أوالكشف عنه كعامل مؤثر من خلال النتائج المتوصل اليها، سواء كانت دراسات على الزوجين أو الزوجات فقط وكلها كانت دراسات ونتائج تمهد للتركيز على هذا البعد.

تأتي هذه الدراسة الحالية كتكملة للدراسات التي سبقتها وكاضافة لتبحث عن تأثير التوافق الجنسي على التوافق الزواجي عند الزوجات خاصة وأن هذا الموضوع يعد من الطابوهات في مجتمعنا مما دعا للاحتكاك به للتخفيف من إبهامات الزوجات.

مشكلة الدراسة:

تعد الحياة الزوجية باعتبارها عقدا رسميا بين شخصين راشدين أساسا لبناء عائلة والعائلة كباقي المؤسسات الاجتماعية تتعرض لمشكلات مهددة العلاقة بين الزوجين وعلى إثر هذا يتفاوت التوافق الزواجي باعتباره قدرة الزوجين على التكيف مع بعضهما البعض و مع متطلبات الزواج لدوامه ونجاحه ويختلف هذا من زوجين لآخرين وهذا راجع لمدى التوافق الذي يعيشانه في كل الجوانب سواء التوافق المادي وذلك من حيث الاكتفاء في تسيير ميزانية الاسرة والاتفاق حول ذلك وكذا الجانب الثقافي والاجتماعي أو من الناحية النفسية من حيث النضج الانفعالي والاتزان العاطفي والتوافق الجنسي، حيث كشفت دراسة شويخ (2012) عن المحددات الفيسيولوجية (مدى كفاءة الوظيفة الجنسية) والنفسية (التعاطف والحب) والديمغرافية (العم، مدة الزواج، الأبناء، التعلم والصحة) في تقدير الرضا الجنسي للزوجات لتخلص الى أن العامل النفسي وعلى رأسه متغير التعاطف والعامل الفيسيولوجي يرتبطان إيجابا بالرضا الجنسي، وبالرغم من تأثر العلاقة الجنسية بمحددات فيسيولوجية وشخصية وديمغرافية لها جانب آخر يحكمها وهو ما يعرف بالثقافة الجنسية والتي على إثرها يتحدد مفهوم وطريقة اشباعها من مجتمع لاخر ومن زوج لاخر وفقا لاعتقادات شخصية وثقافية، ومنه تتغير تصورات الأزواج للعلاقة الجنسية فنجد من يتخذها وسيلة للانجاب فقط ثم يهملها و من يربطها بمدة الزواج. فمجرد مرور السنوت تقل أهميتها والى هنا فتصبح أحد المشكلات الزوجية والزوجان لا يدركان ذلك وهذا ما نلاحظه في دراسة الحنطي (1999) حول مشكلات التوافق الزواجي للاسرة السعودية خلال خمس سنوات الأولى لتظهر أكثر المشكلات على الترتيب: المشاكل المالية، الاتصالية، الغيرة، الاهل، اختلاف المستوى الثقافي والاجتماعي والديني، أداء الدور الناقص وأخيرا المشكلات الجنسية وهذا ما يوضح أهمية العلاقة الجنسية وكيف انها تكون مشكلة لسوء التوافق الزواجي لكنها لا تحظى بقدر كبير من الاهتمام. بالإضافة الى دراسة تيم (2011) التي هدفت إلى الكشف عن الفروق في طبيعة الفرد والتواصل الجنسي والزواجي عند المتزوجين ليجد ان هناك علاقة ذات دلالة للتواصل الجنسي على التوافق الجنسي والزواجي وهنا يشير الى ان العلاقة الجنسية مثلما تكون سبب تعاسة الزوجين يمكنها ان تكون سبب اتفاقهما، وتظهر هذه الدراسة حقيقة العلاقة الجنسية انها اشمل بكثير من

انها لقاء جنسي عابر بين اثنين وإنما هي علاقة إنسانية وعاطفية لها ضوابطها وتفاصيلها مما استوجب التركيز عليها، وبناءا على ما سبق من نتائج الدراسات تأتي هذه الدراسة للبحث عن تاثير التوافق الجنسي على التوافق الزواجي للزوجات من خلال التساؤلات التالية:

- ✓هل يؤثر التوافق الجنسي عند الزوجة على التوافق الزواجي؟ وتتفرع عنه التساؤلات التالية:
- ✓ هل يؤثر سوء التوافق الجنسي عند الزوجة على التوافق الزواجي؟
- ✓ هل تؤثر الثقافة الجنسية للزوجة على التوافق الزواجي؟

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية للكشف عن معاناة بسبب مشاكل التوافق الجنسي وتوضيح مدى تاثيره على التوافق الزواجي وكذا توضيح مفهوم علمي صحيح للعلاقة الجنسية للزوجات ومدى أهميتها في تحقيق التوافق الزواجي.

أهمية الدراسة:

تاتي أهمية دراسة التوافق الزواجي من أهمية تماسك الاسرة فتوافق الزوجين يؤدي حتميا لتماسك الاسرة مما ينعكس على سلوك أطفالهما، وتوضيح أهمية التوافق الجنسي كأحد الدعائم الهامة للتوافق الزواجي مما دفعنا إلى البحث فيه.

مصطلحات الدراسة:

1. **التو افق الجنسي sexual compatibility:**

تعرفه يمينة (2013، ص.129) بأنه ذلك النشاط الجنسي المشبع لكل من الحاجات البيولوجية والسلوكية وكثيرا من الحاجات الشخصية والاجتماعية واحباطه مصدر للصراع والتوتر الشديدين وتختلف الطريقة التي تشبع بها الحاجات الجنسية ودرجة الاشباع تختلف باختلاف ظروف الحياة وخبرات تعلم الفرد. وكذلك بعد تطلعات الباحثة في سياق العلاقات الجنسية يتحدد التوافق الجنسي على انه الاستجابة الفاعلة الإيجابية للعلاقة بالجنسية لكلا الزوجين ومنه فان لتوافق الجنسي هو استمتاع الزوجين (الطرفين) في العلاقة الجنسية فيحققان الاشباع لبعضهما البعض ويشعران بالرضا عن أداءهما

ويقصد به في هذه الدراسة هو الزوجة التي لا تعاني من أية مشاكل جنسية في زواجها ويتم الكشف عنه من خلال مقياس التوافق الزواجي لسبينر المقنن على البيئة الجزائرية من طرف لباحث منصوري(2017). .

2. عدم التو افق الجنسي:

من خلال ما تم ذكره حول التوافق الجنسي والعلاقة الجنسية وتطلعات الباحثتين يصب عدم التوافق الجنسي في عدم استمتاع كلا الطرفين بالعلاقة الجنسية (او أحدهما) مع الاخر وشعورهما أو أحدهما بالإحباط والتوتر مما يفسد علاقتهما يويمكن الكشف عنه من خلال مقياس التوافق الزواجي لسبينر المقنن على البيئة الجزائرية من طرف لباحث منصوري(2017). .

الإطار النظري للدراسة:

1. اسباب عدم التو افق الجنسي: هناك عدة عوامل تؤدي لسوء التوافق الجنسي ومنها:

1.1. المشكلات الجنسية بين الزوجين ويندرج تحتها ما يلي:

أ. **الاضطر ابات الجنسية:** ونعني بها خلل في الوظيفة الجنسية سواء في الرغبة او الشهوة ومنها:

- **العجز الجنسي:** يعرفه اختصاصي الجنس كمال جراد (2015) بأنه عدم القدرة على القيام بعلاقة جنسية كاملة في اي مرحلة من مراحل السلوك الجنسي بسبب عدم وجود رغبة جنسية او عدم القدرة على الانتصاب.
- **البرود الجنسي:** تحدد عند المراة بصعوبة او استحالة الوصول الى اللذة الجنسية، يتميز بالبرودة الكلية او الجزئية (التي تتغير في هذه الحالة حسب ظروف العملية الجنسية او تحصل في بداية الجماع بعد مرحلة أولى من الاثارة) والبرودة الأولية والثانوية (المرتبطة في هذه الحالة بسبب عضوي او نفسي) (بارو ،492، ص. 2012)
- **القذف المبكر:** قذف مستديم ومعاود عند الإيلاج او بعده بفترة صغيرة وقبل ان يرغب الشخص بذلك.
- **عسر الجماع:** الم تناسلي معاود ومستديم يصاحب الجماع سواء عند الذكر او الانثى.
- **تشنج مهبلي:** تشنج غير ارادي معاود ومستديم لعضلات الثلث الخارجي للمهبل والذي يؤثر على الجماع (حسون، 2004، ص. 157).

ب. الثقافة الجنسية:

عرف سلامة (2007، ص. 143) الثقافة culture على انها مجمل طريقة حياة الجماعة أي انها تشمل طريقة حياة الجماعة بجوانبها المختلفة المادية والمعنوية.

فمن خلال تعريف الثقافة يتضح انها تشمل كل نواحي الحياة المعاشة بما فيها الجانب الجنسي، فتخلص الباحثة لتحديد الثقافة الجنسية في النمط المتعارف عليه المعاش عند الجماعة لممارسة الحياة الجنسية ومعلومات هذه الجماعة في هذا المجال.

وبعد تطلعات الباحثتين في هذا المجال توضح ان كل مشكلاتنا بسبب فهمنا المغلوط حول موضوع ما (معلومات خاطئة) او جهل حول الموضوع (معلومات قليلة او منعدمة) وهذا ما ينطبق على ثقافتنا الجنسية، وفي هذا الجانب ترتكز كل المشاكل الجنسية عند الزوجين على جهلهما بالعلاقة الجنسية ومنهجها السليم او سوء المعلومات التي يحملونها عنها، ومنه تبدا حقيقة هذا المصطلح في ابهام مما ينتج صراع وسوء التوافق الجنسي نتيجة الحشو الذي تلقاه كلاهما وتشبعا به من الثقافة التي لم تضع اطار و حدود لتلك المعلومات الذي ينبغي تعلمها، فتتكون اعتقادات مشوهة تتحدد وفقها سلوكيات مرضية، كأن يرى الزوج رجولته في ان يكون عنيفا في ممارسته العلاقة الجنسية مع زوجته لانه نشا على ذلك، او ان الزوج الرجل هو ذلك الذي لا يداعب زوجته ولا يعبر عن حبه لها ولا يرى فيها سوى الاتصال الجسدي ويمارس معها الجنس طبقا لمفهومه هو لا وفق المراحل الخاصة بالعملية الجنسية من مداعبات قبلية وبعدية، فكأن الزوجة تعيش حالة اغتصاب مع زوجها، او انه يرى ان الزوجة جسد ليشبع نشوته فقط فلا يراعيها . كما ترى الزوجة ان اخلاقها وعفتها في عدم البوح عن حبها لزوجها وان مبادرتها في الحب والجماع عار وستشوه صورتها، او انها بمجرد ان تنجب فلا داعي لها ان تمارس العلاقة الجنسية مع زوجها لعدم وعيها بمفهوم هذه العلاقة التي تسب كثيرا من صراعاتها.

كما ان هناك أفكارا خاطئة حول ضرورة التوافق الجنسي بين الزوجين فيرون الامر انه مخير وكل كما يحلو له، وأفكار متعلقة بالذات ومخاوف من ان الشريك سوف لا يرضى عن شريكه خلال الممارسة الجنسية فتراود أفكار سواء للرجل او المراة حول ما إذا كان سيعجب الشريك به في علاقته الجنسية او لا، فينشغل بهذه الأفكار ولا يعش اللحظة.

كما ان هناك بعض الطرق والأدوات (التكنولوجيا) التي تسبب خللا في مفهوم وطريقة العلاقة الجنسية، (سواء الزوج او الزوجة) فيتاثران بتلك المعلومات دون اختبار صحتها ويسعيان لتجسيدها بالخطا او تقليدها ظنا انها السوية.

2. نتائج سوء التو افق الجنسي بين الزوجين: ونحصرها فيما يلي:

1.2. الإحباط Frustration: يعرفه D. Anzien بالحرمان وهو نقص شيء يمكن ان يشبع حاجة معينة، والإحباط يأخذ معنى ذاتي يعاش حرمان من الاشباع كنتيجة لرفض يقوم به لاخر (بارو، 2012، ص. 493). فترى الباحثتان هنا ان الإحباط يحدث عندما يفشل الشخص عن تحقيق هدف لسبب ما، وفي هذه الحالة يعيش الزوجان الإحباط لفشلها في تحقيق لاشباع الجنسي بسبب معين.

2.2. الصراع الزواجي: يكون مختلف الشدة من المناوشات البسيطة الى الاعتداء الجسدي، هناك مرحلة الانسحاب التي تسبق غالبا هذه الازمات والتي تعقبها فترات من الهدوء الجنسي حيث تعود عملية الانسحاب النسبي للظهور مرة أخرى وتتضمن هذه الصراعات سلسلة من الهجوم ومن الهجوم المضاد تماما كما يحدث في لعبة التنس

3.2. الانسحاب العاطفي: عند زيادة القلق يستجيب الزوجان بالتقليل من الاتصال، سواء بالتجنب الحقيقي لبعضهما البعض او باستدخال الانسحاب كما يتجنبان مناقشة المواضيع الشائكة، او التغيب لاكبر وقت ممكن خارج المنزل في العمل او مع الأصدقاء، في اقصى الطرف الاخر قد يحدث طلاق عاطفي حقيقي فالزوجان يتباعدان مادام كل منهما يجهل كل شيء عن أفكار ومعاش وطريقة حياة الاخر، وترتبط طريقة الانسحاب بمستوى التميز الشخصي وشدة القلق التي يواجهانها.

بالإضافة الى الاختلال الوظيفي لاحد الزوجين واسقاط المشكل على احد الأطفال و الخيانة الزوجية و الطلاق كل هذه النتائج الناتجة عن سوء التوافق الجنسي لم تقتصر على الزوجين فقط بجعلهما يعيشان سوء توافق زواجي و الانفصال كاخر حل، و انما انتقل ذلك على الاسرة ككل و الأطفال و حتى المجتمع و ذلك حسب السبب المؤدي لهذا و كيف انه ترط دون علاج او ارشاد فقد كان ممكن التخلص منه في اوله قبل ان يتفاقم و يصل الى النهاية او نتيجة خطيرة.

3. التو افق الزواجي marital compatibility: يعرفه كارل روجرز (1972) بانه قدرة كل من الزوجين على دوام حل الصراعات العديدة التي اذا تركت حطمت الزواج و يعرفه سباينر (1976) بانه التوافق في الراي والتماسك الزواجي، والتعبير العاطفي و الاشباع الزواجي والتوافق الزواجي كمفهوم هو عملية متدرجة في النمو بالرغم من تعرض الزوجين للتوترات والصراعات اليومية ويتضمن الاشباع الزواجي والتماسك الزواجي والاتفاق على الأمور الهامة في الحياة الزوجية (زعتر ودسوق، 2002، ص.32) ومنه يمكن تعريف التوافق الزواجي على انه قدرة كل من الزوجين على التواؤم مع بعضهما و مع متطلبات الزواج الحاجات النفسية و الاجتماعية و البيولوجية و مواجهة و حل الخلافات الزوجية و تحمل المسؤولية لدوام العلاقة الزوجية .

اما في الدراسة الحاليو فهو الدرجات التي تحصل عليها الزوجة في مقياس التوافق الزواجي لسبينر المقنن على البيئة الجزائرية من طرف منصوري2017).

4. أثر التو افق الجنسي على التو افق الزواجي: ان للتوافق الجنسي تاثير بالغ الأهمية على التوافق الزواجي، فالتوافق الجنسي السبيل الأول لتحقيق سائر مظاهر التوافق الزواجي الأخرى، كما وتذكر ادبيات علم النفس بعض اساسيات العلاقة بين التوافقين الجنسي والزواجي.

ان الجنس امر مركزي وأساسي بالنسبة للعلاقة الزوجية الجيدة، ان التوافق الجنسي مرهون بقدر كبير بالتفاهم والحب والتعاون المشترك وصولا لتحقيق التوافق الزواجي، كما ان العلاقة بين التوافق الجنسي والزواجي هي علاقة سبب ونتيجة معا فقد يؤدي سوء او انعدام التوافق الجنسي الى سوء التوافق الزواجي والعكس صحيح ثم ان الاتصال الجنسي المشبع بينهم يساعد في حل المشكلات او الخلافات التي قد تنجم عن ضغوط الحياة الزوجية وان العلاقة الجنسية وبرودها قد تسبب كره أحد الزوجين للاخر (شريف،2012، ص.32) .

الإطار الميداني:

الطريقة والإجراءات:

أولا الدراسة الاستطلاعية:

قبل الخوض في الدراسة الأساسية كان لا بد من الاستعانة بالدراسة الاستطلاعية لتقصي حالات البحث واختيار العينة المراد التعامل معها اثناء الدراسة الأساسية وكان ذلك بمركز دار الشباب جليجل احمد حي كاستور ولاية مستغانم في الفترة لممتدة من 19مارس 2019لغاية 25جانفي 2020 وكان التعامل مع النساء (الزوجات) فقط لصعوبة التعامل مع الزوج بحكم الثقافة والتصورات التي تمنعه من البوح باسرار حياته الزوجية فكان الاحتكاك بالحالات والتعرف عليهن فكان البحث عن الحالات التي تعيش توافق زواجي صعبا جدا، لتحدد بعدها مجتمع الدراسة في عاملات بدار الشباب و اخريات حالات قاصدة المكان لأغراض المتابعة النفسية نتيجة تحفيز هؤلاء لهن.

1.منهج الدراسة المستخدم في الدراسة الاستطلاعية :

نظرا لطبيعة الموضوع تم اتباع المنهج العيادي الذي يرتكز أساسا على دراسة الحالة التي تم الاعتماد عليها في البحث مع اللحالات (الزوجات).

2. الأدوات المستخدمة في الدراسة الاستطلاعية:

1.2. الملاحظة العيادية: والهدف منها تسجيل كل ما يمكن أن يخدم مقابلاتنا ويتم جمعها منذ دخول الحالات إلى حين خروجها من المقابلة العيادية

2.2. المقابلة العيادية: أجريت عدة مقابلات طول الفترة المخصصة للدراسة الاستطلاعية وكان هدفها التعرف خلى الحالات وشرح الهدف من الدراسة وجمع بعض المعلومات الأولية وتطبيق مقياس التوافق الزواجي لسبينر.

3.2. مقياس التو افق الزواجي لسبينر (Dyadic Adjustment Scal (DAS :

أ. التعريف بالمقياس: وضع هذا المقياس سنة 1976، والهدف منه قياس جودة العلاقة الزوجية وحسب واضع المقياس فان التوافق الزواجي هو سيرورة ومحصلة تفاعل العوامل الأربعة من الدرجة المرتفعة من الاتفاق بين الزوجين والمنخفضة من الشجار والتفاعل السلبي والدرجة المرتفعة من الاعمال المشتركة وعدد قليل من المشكلات ذات علاقة بالجانب العاطفي والجنسي، وقام منصوري بتقنينه على البيئة الجزائرية (2017) لتكون صورته المطولة من 32 عبارة تتوزع على أربعة مقاييس فرعية:

- الاتفاق الزواجي 13 بند وهي :1-2-3-4-5-7-8-9-10-11-12-13-14-15
- الرضا الزواجي 10 بنود وهي: 16-17-18-19-20-21-22-23-31-32
- التماسك الزواجي 05 بنود وهي: 24-25-26-27-28
- التعبير العاطفي 04 بنود وهي: 4-6-24-30

ب. تصحيح وتفسير نتائج المقياس:

البنود: من 1الى 15و من 18-19و 32درجتها كالاتي: 0-1-2-3-4-5

والبنود 16-17و 20-21-22-25-26-27-28 درجتها كالاتي: 4-3-2-1-0

والبنود 23-24 درجتها كالاتي 4-3-2-1-0

والبنود 29-30درجتها كالاتي 0-1

والبند 31درجتها كالاتي 1-2-3-4-5-6

ج. الخصائص السيكوميتيرية للمقياس: تم حساب الخصائص السيكوميترية من صدق وثبات لمقياس التوافق الزواجي من خلال الدراسة التالية:

تمت هذه الدراسة سنة 2005 وهدفت الى اعداد صورة جزائرية للمقياس وحساب خصائصها السيكوميترية فاعتمدت على عينة متكونة من 132 مشارك من ازواج وزوجات بصفة قصدية وتم حساب الصدق

بطريقتين المطابقة بين المقياس الأصلي والصورة العربية وطريقة الصدق الاتفاقي اما بالنسبة للثبات فقد حسب بطريقة الفاكرونباخ وبطريقة التجزئة النصفية وذلك بتمرير المقياس على عينة من 67 مشارك (45 زوج و22 زوجة) (منصوري ، 2017، ص. 206)

وقد خلصت هذه الدراسة الى تمتع النسخة العربية بمؤشرات مقبولة لهذه الأداة في الوسط الجزائري.

فقمنا بتطبيق المقياس بعدما تبنينا صدق وثبات الاختبار بعد تقنينه على البيئة الجزائرية دون حسابها من جديد.

ثانيا. الدراسة الأساسية:

1. منهج الدراسة الأساسية: تم استخدام المنهج العيادي وتقنية دراسة الحالة في الدراسة الأساسية

2. الأدوات المستعملة: تم تطبيق نفس الأدوات المستخدمة في الدراسة الاستطلاعية من ملاحظة عيادية ومقابلة عيادية بنوعيها الموجهة وغير الموجهة، بالإضافة الى دليل المقابلة مكون من مجموعة أسئلة خاصة بكل مقابلة حسب محورها وذلك لغرض جمع المعلومات حول الحالات المدروسة في ظل إشكالية الدراسة المطروحة وكانت هذه المحاور كالاتي : المعلومات العامة -الحياة الزوجية - الحياة الجنسية - الثقافة الجنسية .موزعة على المقابلات .

3. حالات الدراسة: بتم تطبيق مقياس التوافق الزواجي المقنن على البيئة الجزائرية (زواوي، 2017) على 7 نساء متزوجات، حيث تم اختيار 3 حالات من بينهن بصفة قصدية نتيجة حصولهن على درجات منخفضةأمام المقياس وهي (77،48،75)

4. شروط اختيار الحلات: تم اختيار الحالات وفق الشروط التالية: أن يكنّ متزوجات، أن يتراوح سنهن بين 30 الى 35 سنة؛ الا تقل حياتهن الزوجية عن سنتين، أن يكون لديهن أطفال، أن يكنّ عاملات وأن يكنّ تحصلن على درجة منخفضة في مقياس التوافق الزواجي.

5. حدود الدراسة الأساسية:

الحدود المكانية: تم اجراء الدراسة الأساسية على مستوى دار الشباب جليجل احمد بجي كاستور التابع لديوان مؤسسات الشباب بمديرية الشباب والرياضة بمدينة مستغانم.

الحدود الزمانية: دامت مدة الدراسة حوالي 4أشهر من 2فيفري 2020الى 2جوان 2020

ثالثا. نتائج الدراسة وتفسيرها:

1. التذكير بفروض الدراسة:

1.1. الفرضية الرئيسية: يؤثر التوافق الجنسي عند الزوجة على توافقها الزواجي.

وتفرعت عن هذه الفرضية الأساسية فرضيتان جزئيتين:

2.1. يؤثر سوء التوافق الجنسي عند الزوجة على التوافق الزواجي .

3.1. تؤثر الثقافة الجنسية للزوجة على التوافق الزواجي .

رابعا. عرض الحالات:

الحالة الأولى :

تقديم الحالة (أ): تبلغ من العمر 34سنة تسكن ببلدية صيادة وام لثلاث أولاد، تزوجت في سن 27سنة من جزار يكبرها بخمس سنوات وهي متزوجة منذ خمس سنوات، تسكن مع اهل الزواج وهي على علاقة سيئة معهم لا تعاني من أي امراض عضوية.

ملخص المقابلات مع الحالة الاولى:

الحالة (أ) تعيش حياة زوجية مليئة بالمشاكل، متناقضة في تعبيراتها ومتحفظة وغير محددة لمفاهيمها ومعظم مشاكلها الزوجية متمركزة حول اهل الزوج والعلاقة الجنسية. الحالة (أ) تفقد التوافق الجنسي بسبب برودها الجنسي وهذا ما يؤثر على علاقتها الجنسية وجعلها تعاني لمدة خمس سنوات وتعيش الخوف والألم ورغم هذه المعاناة والخلافات الزوجية بسبب المشاكل الجنسية الا انها لم تحاول إيجاد حلول وذلك بسبب اعتقاداتها وتصوراتها الخاطئة والثقافة الجنسية التي تلقتها من مصادر مجهولة .

نتائج مقياس التو افق الزواجي لسبينر مع الحالة الأولى:

تحصلت الحالة (أ) على درجة 77 من 151 و التي تدل على توافق زواجي منخفض و في ضوء الدراسات الارشادية الدرجة 77 تدل على التعاسة الزوجية المقدرة بمؤشر من (92-107) تحصلت الحالة في :

-بعد الاتفاق الزواجي على 29درجة من 77درجة

-بعد الرضا الزواجي على 26درجة من 77 درجة

-بعد التماسك الزواجي على 12درجة من 77درجة

-بعد التعبير العاطفي على 7من 77درجة

نتائج المقياس كانت جد متوافقة مع مضمون المقابلات فقد دعم المقياس كل ما جاء في المقابلات.

الحالة الثانية:

تقديم الحالة (ب): تبلغ من العمر 32 سنة تسكن ببلدية مستغانم، خياطة وام لبنتين تزوجت زواج اختياري في سن 25سنة من حارس شركة يكبرها بعشر سنوات وهي متزوجة منذ 7سنوات تسكن بمسكن منفرد لا تعاني من أي امراض عضوية تذكر.

ملخص المقابلات مع الحالة الثانية:

الحالة "(ب) تزوجت زواج اختياري في سن 25 سنة تسكن في مسكن منفرد تبدو الحالة متقلبة المزاج معظم اجاباتها نسبية تعيش خلافات زوجية بسبب تربية الأطفال وبسب عملها حيث كان سبب في انفصالها عن زوجها لمدة 3 أشهر اجاباتها متناقضة تبدي رغبة في تحسين حياتها الزوجية وتسعى لتحقيق التوافق الزواجي والاسري. الحالة (ب) حياتها الجنسية مليئة بالمشاكل فهي تملك ثقافة جنسية جد محدودة ومغلوطة معظمها من اسقاط تجارب الاخرين على حياتها بحكم احتكاكها مع النساء وصداقاتها العديدة وهي تعيش حياة زوجية متارجحة بين الجيد والسيء وهذا وفقا لحسن او سوء العلاقة الجنسية بينها وبين زوجها مما يجعلها تعيش في حيز مغلق تكون فيه العلاقة الجنسية مرة سبب ومرة نتيجة في سوء توافقها الزواجي.

نتائج مقياس التو افق الزواجي لسبينر مع الحالة الثانية:

تحصلت الحالة (ب) على درجة 75 من 151 والتي تدل على توافق زواجي منخفض و في ضوء الدراسات الارشادية الدرجة 75 تدل على التعاسة الزوجية المقدرة بمؤشر من 72 الى 107 تحصلت الحالة في:

- بعد الاتفاق الزواجي على 47 درجة من 75 درجة
- بعد الرضا الزواجي على 18 درجة من 75 درجة
- بعد التماسك الزواجي على 8 درجات من 75 درجة
- بعد التعبير العاطفي على درجتين من 75 درجة

نتائج المقياس للحالة (ب) متوافقة جدا مع كل ماجاء في المقابلات ولهذا كان المقياس بمثابة دعم لنتائج المقابلات.

الحالة الثالثة:

تقديم الحالة (ج): الحالة (ج) تبلغ من العمر 35 سنة تسكن ببلدية مستغانم معلمة ابتدائي وام لتوام (ولدين) تزوجت زواج تقليدي عائلي في سن 29 سنة من صيديلي يكبرها بسنة وهي متزوجة لمدة 6 سنوات، تسكن بمنزل منفرد، ذات مستوى اقتصادي جيد.

ملخص المقابلات مع الحالة الثالثة:

الحالة (ج) تمحورت كل اجاباتها على جزاين، جزا يخص ادراكاتها للزواج وكل ما يحتويه وجزا عما تعيشه وعلى زمنين،

الماضي وكيف تعيش زواجها والان وكيف أصبح بعد مدة 6 سنوات خاصة في السنوات الثلاثة الأخيرة التي تميزت بعلاقة سيئة مع زوجها حيث وصلت الى ما يسمى بالطلاق العاطفي، بحيث تعرف الحالة قطيعة في العلاقة الجنسية منذ 3 سنوات وهذا بعد اضرابات جنسية متعددة في السنوات الأولى من الزواج مما عرضها للفشل الزواجي وهذا راجع لرفض الزوج كشخص فالزوجة لا تحمل أي مشاعر حب او استعطاف له بل بالعكس تنفره وترفضه تماما وهذا ما اثر على توافقهما الجنسي وأدى الى عدم التوافق الزواجي.

نتائج مقياس التوافق الزواجي لسبينر مع الحالة الثالثة:

تحصلت الحالة ج على درجة 48 من 151 و التي تدل على توافق زواجي منخفض و في ضوء الدراسات الارشادية الدرجة 48 تدل على التعاسة الزواجية المقدرة بمؤشر من (92 الى 107) تحصلت الحالة في :

- بعد الاتفاق الزواجي على 23 درجة من 48 درجة
- بعد الرضا الزواجي على 14 درجة من 48 درجة
- بعد التماسك الزواجي على 5 درجات من 48 درجة
- بعد التعبير العاطفي على درجتين من 48 درجة

نتائج المقياس دعمت نتائج المقابلات العيادية مع الحالة ج والتي اشارت كلها لزواج تعيس يسوده الاختراب بين الزوجين والانقطاع الجنسي وان الزواج يأخذ طابعا شكليا فقط وكلا الزوجان يعيشان هذا الوضع كانهما متفقان على هذه الوضعية بحكم (زواج أقارب) وعليه فكل من نتائج مقياس التوافق الزواجي والمقابلات يتفقان فكل ما كان في المقابلات من تناقض بين الانسجام والانقطاع الجنسي ظهر في ابعاد المقياس مثل بعد الاتفاق الزواجي وبعد الرضا الزواجي كما ظهر غياب التماسك في بعد التماسك الزواجي.

استنتاج عام:

نستنتج من جميع المقابلات مع الحالات محل الدراسة ان هناك تاثير للتوافق الجنسي على التوافق الزواجي الذي تعيشه كل الزوجات (الحالات الثلاثة) باختلاف ثقافتهن الجنسية فكل الزوجات تعشن توافقا زواجيا منخفضا وتوافقا جنسيا منخفضا، وما دعم هذا الانخفاض في كلا التوافقين مقياس التوافق الزواجي لسبينر وابعاده الابعة خاصة البعد الرابع (التعبير العاطفي) الذي يعبر عن التوافق الجنسي وهذا ما جعل متغير التوافق الجنسي يكون مرة سببا رئيسيا في سوء التوافق الزواجي ومرة نتيجة، بمعنى قد يكون

سبب سوء التوافق الزواجي هو سوء التوافق الجنسي و قد يكون سبب سوء التوافق الزواجي سبب اخر (عائلي او في مفهوم الزواج) الا ان التوافق الجنسي يتاثر بذلك و يظهر كعرض لزواج مضطرب فكما نجد عند الحالة الأولى والثالثة سبب التوافق الجنسي واضح في اختلال الزواج وقد ظهر ذلك أيضا في نتائج المقياس المطبق . الحالة الأولى تحصلت على درجة 77 من 151 والتي تدل على توافق زواجي منخفض وفي ضوء الدراسات الارشادية الدرجة 77 تدل على التعاسة الزوجية. اما الحالة الثالثة تحصلت على درجة 48 والتي تدل على توافق زواجي منخفض وكذا الدرجة 48 تدل على التعاسة الزوجية. اما بينما الحالة الثانية التي تستخدم العامل الجنسي وسيلة في تحقيق او منع التوافق الزواجي لديها أي انه عرضا لزواج مضطرب وفي ان واحد سبب للخلافات الزوجية أيضا مما يجعل التوافق الجنسي لهذه الحالات الثلاثة يشكل نقطة بداية و نهاية لسوء التوافق الزواجي في شكل حيز مغلق كما نستنتج ان كل الزوجات تعشن اهمالا للعلاقة الجنسية قد يكون هذا الإهمال بسب اضطراب جنسي معين و يظهر في تعبير رمزي في اهمال الممارسة الجنسية (كما عند الحالة الأولى و الثالثة) او ان الزوجة تقوم قصدا بذلك الإهمال كرد فعل (انتقاما) على انزعاجها من زوجها فتحرمه من العلاقة الجنسية(كما في الحالة الثانية) و هذا راجع للثقافة الجنسية لكل واحدة منهن و اعتقاداتهن حول العلاقة الجنسية فكلاهما ينتجان سوء توافق زواجي لنصل في الأخير الى ان هناك تاثير للتوافق الجنسي على التوافق الزواجي فكلما كان توافق جنسي حقق توافق زواجي و كلما غاب التوافق الجنسي خلف سوء توافق زواجي و هذا ما اظهرته نتائج المقابلات العيادية و نتائج المقياس .

خامسا. مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات:

الفرضية الأساسية والتي تنص على ما يلي: **يؤثر التو افق الجنسي عند الزوجة على التو افق الزواجي.**

من خلال ما تم تطبيقه من أدوات متمثلة في الملاحظة العيادية والمقابلة العيادية بنوعيها الموجهة ونصف الموجهة تحققت الفرضية الأساسية بصفة نسبية وما دعم هذا مقياس التوافق الزواجي لسبينر الذي يقيس كل ابعاد التوافق الزواجي الاربعة بما فيها البعد العاطفي الذي يشمل التوافق الجنسي،

فعند التعامل مع الحالات لاحظنا انه كلما كانت الزوجة تعيش سوء توافق جنسي كانت تعيش توافق زواجي منخفض وفي الحالات توافق زواجي مرتفع ولو بنسبة قليلة كان بسبب توافق جنسي جيد مما يوحي للتاثير بين هذين المتغيرين المتداخلين فيما بينهما في تحديد نوعية العلاقة الزوجية للزوجات وهذا ما بينته دراسة بلخير (2006) حول العوامل المؤثرة على التوافق الزواجي والتي خلصت الى ان التوافق الجنسي يساهم في توطيد العلاقة الزوجية كعامل أساسي.

كما ظهر عند كل الحالات المدروسة توافق زواجي منخفض وصل للتعاسة الزوجية بسبب غياب التوافق الجنسي (مشاكل جنسية مختلفة) ما يؤكد انه يظهر كعرض مثل في الحالة الثانية و يكون كسبب مثل ما اظهرته الحالة الأولى، فالعلاقة الجنسية بحسب نوعيتها و ان كان فيها مشكل او لا تحدد رضا الزوجات تجاه ازواجهم تتوافق ودراسة مزهاد (2011) الذي وجد علاقة ذات دلالة بين النشاط الجنسي والرضا الزواجي لكلا الجنسين ووجود تاثير سلبي في الرضا الزواجي عندما يكون الرضا الجنسي منخفض، وهو ما أظهرته حالاتنا حيث ان كل الزوجات تعشن مشكل الحياة الجنسية انعكس على غياب الرضا الجنسي والزواجي، ومن جهة أخرى يظهر ان هناك عوامل أخرى تؤثر على التوافق الزواجي عند الزوجة والتي وجدنا منها في دراستنا المشاكل مع اهل الزوج (الجالة الأولى)، رفض الزوجة للزوج منذ بداية الزواج فبالتلي رفض أي علاقة معه مهما كان نوعها وذلك بسبب اعتقاداتها حول ضرورة حب الزوج قبل الزواج منه (الحالة الثالثة) و أيضا تخلي الزوج عن القيام بدوره الاسري في تربية الأطفال خاصة (الحالة الثانية) فكلها كانت أسباب تؤثر على التوافق الجنسي والزواجي مما بين ان التوافق الجنسي اذا كان سببا في الخلافات الزوجية فانه يؤثر على التوافق الزواجي، واذا كان سبب الاختلاف في الزواج اخر فانه يصبح عرضا و يتاثر كذلك فهو كالحلقة قد يكون بداية او نهاية المشاكل الزوجية.

الفرضية الفرعية الأولى التي تنص: **يؤثر سوء التو افق الجنسي لدى الزوجة على التو افق الزواجي.**

لدراسة هذه الفرضية تم الاعتماد على المقابلة العيادية و ذلك بتخصيص محور كامل حول العلاقة الجنسية ونوعيتها وكل تفاصيلها للزوجات و تدعيم ذلك ببعد التعبير العاطفي من مقياس التوافق الزواجي والتي كانت اجاباته كلها في السلب او الانعدام ما توافق مع إجابات المقابلة عند كل الحالات فنجد عند الحالة الأولى التي تعيش سوء توافق جنسي (ماجاء في المقياس) و سيئ (ماجاء في المقابلة) خلف سوء توافق زواجي و الحالة الثانية التي كانت تعيش سوء توافق زواجي منخفض كلما كان توافقها الجنسي منخفض (أي ليس دائما الا في حالات ايقاظها لزوجها) وقد توافقت نتائجنا مع بينته دراسة شريف (2012) ان هناك علاقة سلبية بين سوء التوافق الجنسي والتوافق الزواجي خصوصا عند الحالة الثالثة التي تعيش توافقا زواجيا منخفضا لغياب التوافق الجنسي (انقطاع جنسي)، وظهر هذا عند الحالات كلها باختلاف الأسباب في دراستنا مما يجعل هذه الفرضية تتحقق في جزء منها و هو في حالة كان السبب في التوافق الزواجي المنخفض هو سوء التوافق الجنسي لان الحالات كانت لها مشاكل أخرى معرفية واسرية ساعدت في تدني مستوى التوافق الزواجي و الجنسي .

الفرضية الفرعية الثانية التي تنص على: **تؤثر الثقافة الجنسية للزوجة على التو افق الزواجي.**

تمت الإجابة عن هذه الفرضية بتخصيص مقابلة عيادية محورها الثقافة الجنسية للزوجة حتى نتمكن من الاطلاع على افكارها في هذا المجال قبل الزواج وبعده لنجد ان كل الزوجات لديهن ثقافة جنسية تتشابه في بعض منها وتختلف في بعض اخر ولكن يغلبها من جهة طابع التحفظ والخجل والمصادر غير علمية التي حصلن منهن على المعلومات الجنسية وتتوافق نتئج مقابلاتنا مع الخالات مع ما توصل إليه سرحان (2004) في دراسته حول الثقافة الجنسية والسلوك والممارسات الجنسية بين النساء الاردنيات المتزوجات ليصل الى ان مصادر معرفة النساء للامور الجنسية كانت 35% من الزوج و 27% من المواد المطبوعة و 22% من المناهج و 20% من الأصدقاء والصديقات و 7% من الأمهات و 3% يجمعن من كافة المصادر و من جهة أخرى السكوت عن المشاكل الجنسية او البوح بها لغير المختصين يؤدي الى تعسر إيجاد حلول لها كما في الحالة الأولى التي اختارت السكوت و الحالة الثانية التي تبني حياتها الجنسية على مفهوم خاطئ ولم تبحث عن تغييره والحالة الثالثة التي لم تلجا لمختص بل للاهل كما ورد في نفس الدراسة لسرحان ان 9% من السيدات عند وجود مشاكل جنسية تلجا للزوج في حين 22% تلجا للاصدقاء و 37% يلجان للأطباء و في حالة اللجوء الى الطبيب فان 66% يلجان لطبيب عام و 63% لطبيب نساء و 14% للنفساني و هنا نلاحظ انخفاض نسبة اللجوء الى الاخصائي النفسي و ذلك خوفا من اللجوء اليه و اكتساب وسمة العار و بعض الأفكار الخاطئة وليدة الثقافة الخاطئة لان معظم الزوجات نشان على ان هذه الأمور محظورة فلا يمكن البحث فيها او يكون البحث فيها غير صحيح كما ورد في نفس الدراسة ان 37% من النساء يشاهدن الأفلام الإباحية لتحسين ممارستهن و اكتساب معلومات في هذا المجال و كل هذا يؤثر على التوافق الجنسي عندهن و كذا الزواجي و من هنا فان هذه الفرضية الفرعية محققة

الاستنتاجات والتوصيات:

أخيرا و من خلال ما تم التطرق اليه في دراستنا التي حاولنا فيها التقرب من الزوجة و الاحتكاك بها والوصول الى حياتها الزوجية و بعض خصوصياتها و العوامل التي تؤثر على التوافق الزواجي عندها و من هذه العوامل(شخصية وعائلية) و على راسها التوافق الجنسي الذي يعتبر موضوع متحفظ خاصة في ثقافة مجتمعنا العربي الجزائري ، وعامل رئيس لتوطيد الزواج من منطلق مقومات الحياة الزوجية فكان هذا البحث مع شريحة الزوجات بمختلف اعمارهن(30-35 سنة) ومدة زواجهن تفوق سنتين وعبارة عن نساء عاملات فمن خلال دراسة تاثير توافقهن الجنسي على توافقهن الزواجي و ذلك بالكشف عن الحياة الزوجية

و الجنسية والثقافة الجنسية لهن لنصل الى ان التوافق الجنسي يؤثر على التوافق الزواجي كما للجانب المعرفي والعائلي تاثير على التوافق الزواجي أيضا و عليه تنتهي هذه الدراسة ببعض التوصيات و نذكر منها :

-الاهتمام بشكاوى الزوجات من ازواجهن لانه دليل على الرغبة في التحسن.

- المزيد من البحوث في مجتمعنا حول الحياة الجنسية والاضطرابات الجنسية التي تؤثر على الحياة الزوجية.

- ضرورة بناء علاقة بين الأمهات والبنات وتزويدهم بالمعلومات الجنسية قبل الزواج.

-ضرورة تعلم الزوجات المعلومات الجنسية من مصادر علمية.

- اللجوء الى اهل الاختصاص عند التعرض الى مشكلات وإضرابات جنسية.

قائمة المراجع:

1) بن زعيط، عبد الناصر. (2015). *عدم الاشباع الجنسي وعلاقته بالتوازن الاسري*. رسالة ماجستير. جامعة عبد الحميد ابن باديس مستغانم الجزائر

2) حسون، تيسير. (2004). *المرجع السريع الى الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية*، دمشق سوريا

3) رولان، دورون وبارو، فرانسواز. (2012). *موسوعة علم النفس*، ب ط، لبنان

4) زعتر، وفاء ودسوق. (2012). *التوافق بين الزوجين اساليبه معوقاته أثره على الأطفال*. دار العلم والايمان.

5) سلامة، عبد الحافظ. (2007). *علم النفس الاجتماعي*، دار البازوري، عمان الأردن

6) شريف، ليلى. (2012). سوء التوافق الجنسي وعلاقته بالتوافق الجنسي . *مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية*، ع 1 دمشق. سوريا ،*32-45*

7) شويخ، هناء. (2011) . دور بعض المحددات الفسيولوجية والنفسية والديموغرافية في تحقيق الرضا الجنسي لدى الزوجات. *دراسات نفسية*. ع 1يناير 2011مج.، جامعة جنوب الوادي الجزائر ،*08-10*

8) صحاف، خلود. (2015) .التوافق الزواجي وعلاقته بالاستقرار الاسري لدى عينة من المتزوجين *بمدينة مكة*. رسالة ماجستير تخصص ارشاد نفسي. .كلية التربية

9) غسبري، يمينة. (2012) .*سيكولوجيا الزواج والاسرة في المجتمع الجزائري*. الجزائر. دار الخلدونية.

10) كمال، جراد. (2015). *العجز الجنسي عند الرجال* .رابط المقال:

www.france24.com.Visitté le 14/12/2019 à 23:00h

11) مرسي، كمال. (1991). *العلاقة الزوجية والصحة النفسية في الإسلام وعلم النفس* . ط.1 الكويت. دار القيم.

12) منصوري، زواوي. (2017). مقياس التوافق الزواجي. *مجلة افاق فكرية*. ع 6، سيدي بلعباس الجزائر، *206-220*

13) منصوري، زواوي. (2010) . محددات التوافق الزواجي في ضوء علم النفس الاسري. *مجلة الاداب والعلوم الإنسانية* .ع 7 ، سيدي بلعباس الجزائر ،*96-104*

اشكالية ترجمة مصطلح الاضطرابات الجنسية

Problematic translation of the term sexual disorders

ط :د :وطاس فريدة / لمين دباغين /سطيف (2)الجزائر
PHD :Ouatas farida /lamin dbagin setif 2 Algeria
د : فتيحة يحي /جامعةابن خلدون / تيارت /الجزائر
D:FatihaYhia /Eben khldoun /Algeria

ملخص الدراسة:

ماهي اللحظة الأولى التي وعيتم فيها أنكم ذكور أو إناث ؟ يبدو التساؤل ساذجا لكنه يحمل الكثير من الدلالات ؛فالظاهر انه حديث عن الجنس ،لكن هذا المصطلح كغيره من المصطلحات يمتلك خصوصية حضارية ومفاهمية، فهو وعاء يوضع فيه مضمون له دلالة و يؤدي رسالة ؛فإذا ما اضطرب ضبط الوعاء اختل المفهوم . كما تتعمق الإشكالية حين اعتبار المفاهيم عالمية ومعيارية ثم تشابكها مع مصطلحات أخرى.

فالإشكالية تكمن في تقابل المصطلحات ؛ الجنس مقابل الجندر ،والهوية الجنسية مقابل الهوية الجندرية ، الاضطرابات الجنسية و اضطرابات الهوية الجنسية.وهذا ما يقودنا إلى التساؤل هل مايحدد الاضطرابات الجنسية الجنس أمالجندر أم الهوية أيا كانت؟

الكلمات المفتاحية: الجنس .الجندر. الهوية الجنسية .الاضطرابات الجنسية

Abstract:

What was the first moment when you became aware that you were male or female? The question seems naive, but it carries a lot of connotations. It seems that it is talking about sex, but this term, like other terms, has a cultural and conceptual specificity. The problem also deepens when the concepts are considered universal and normative and then intertwined with other terms.

The problem lies in the contrast of terms; Sex vs. Gender, Sexual Identity vs. Gender Identity, Sexual Disorders and Gender Identity Disorders. This leads us to ask whether sexual disorders determine sex, gender, or identity whatsoever? Young researchers suffer from many problems that hinder the scientific publishing process .

Keywords: sex. gender. gender identity . sexual disorders

مقدمة:

ان الفطرة الانسانية السليمة تقر وتعترف بوجود ذكر وانثى في كل المخلوقات التي يكون مسار التكاثر فيها بين طرفية أحدهما ذكر والاخر انثى ولا يستثنى من ذلك النوع البشري .ولذلك فقد شغل الجنس

البشرية منذ القدم اذ نجده في الكتابات الاولى للانسان،ثم تعاظم الاهتمام به في الفترة الاخيرة درجة ن وضع له مؤسسات قائمة بذاتها وجعله صناعة رائجة ولها رودها من حيث التنظير الى التصنيع ثم الاستهلاك لجعله سلعة تسويقية. وعليه لابد بداية من تعريف الجنس:فهو كما عرفته آن اوكلي على انه :"الخصائص الفسيولوجية والبيولوجية التي تميز الذكو ر male عن الاناث . female ".فهذا المفهوم يتحدث عن الطبيعة الخلقية للانسان والتي تنبني على على مفهوم ضمني فيها الا وهو الغريزة الجنسية وهاته الاخيرة اختلف في توظيفها وفق اطر متعددة فوفق علم النفس التحليلي فاليها تعود كل الازمات النفسية وعليه فان تمكن من اصلاح شانها فقد تمكن من قطع شوط طويل للشفاء. حتى اعتقد ان للجنس اثر كبير حتى لا نقول كل الاثر على تكوين الشخصية. ووفق الاطار البيولوجي فهي تهدف الى بقاء واستمرار النوع البشري مع بقاء التمايز بين الذكر والانثى هذا على الصعيد الفردي اما على الصعيد الاجتماعي وبناء العلاقات بين الذطر والانثى فقد ظهر مفهوم اخر وهو الجندر :اذ تعرفه منظمة الصحة العالمية على انه المصطلح الذي يفيد استعماله وصف الخصائص التي يحملها الرجل والمراة كصفات مركبة اجتماعية ، لاعلاقة لها بالاختلافات العضوية .بمعنى ان التكوين البيولوجي سواء للذكر او الانثى ليس له علاقة باختيار النشاط الجنسي الذي يمارس ووفقه يمكن ان يكون الرجل امراة ...وان تكون المراة زوجا تتزوج امراة من نفس جنسها وهكذا (مثنى وكاميليا ,2004ص37)ومن هنا نجد انحراف الغريزة الجنسية عن وظيفتها الاساسية للتكاثر الانساني . وهنا يطرح تساؤل هل نحن نمتلك هوية جنسية نولد بها وتستمر معنا ؟ام اننا نملك هوية جندرية ؟ في الواقع ان الهوية الجنسة ؛التي تعبر عن المفهوم الجنسي للفرد عن نفسه ,كما انها تشير الى شعورنا بما نحن عليه وكيف نرى انفسنا ,اما ذكر او انثى (تشير الى التطابق بين الشعور والجنس البيولوجي)

اما الهوية الجندرية فوفق الموسوعة البريطانية (Gender Identity): "هي شعور الانسان بنفسه كذكر أو أنثى ،وفي الاعم الاغلب فان الهوية الجندرية والخصائص العضوية تكون على اتفاق ،ولكن هناك حالات لايرتبط فيها شعور الانسان بخصائصه العضوية .... لذلك فان الهوية الجندرية ليست ثابتة بالولادة ، بل تؤثر فيها العوامل النفسية والاجتماعية ...بتشكيل نواة الهوية الجندرية وهي تتغير وتنمو وتتوسع بتاثير العوامل الاجتماعية كلما نما الطفل ...كما انه يمكن ان تكون هوية جندرية لاحقة أو ثانوية لتتطور وتطغى على الهوية الجندرية الاساسية.حيث يتم اكتساب انماط من السلوك الجنسي غير النمطية منه(ا بين الجنس الواحد ايضا لاحقا) "نفس المصدر ص38 اذن نخلص ان التوافق بين الخصائص العضوية وشعور الانسان بنفسه كذكر او انثى شيء والتنافر بينهما شيء اخر .فهذا التنافر هو ما نسميه اضطراب

ناتج عن الهوية الجندرية صراع بين حالة شعورية ووظيفة اجتماعية.وهذا مادفع الى مثل هذه الابحاث و الملتقيات .

اولا :مفهوم الجنس والجندر:ان الحديث عن المصطلحات يتطلب منا الوقوف على التعاريف لتحديد الحدود اللفظية والمفاهيمية .وعليه

1-**تعريف الجنس** :للجنس معنيان : احدهما عام والاخر خاص؛فبمعناه العام يقصد بالجنس الهيئة الجسمية التي تعين الدور الذي يؤديه الكائن الحي في عملية التناسل . أما المعنى الخاص : فهومجموعة الخصائص الجسمية والنفسية التي تميز الذكر عن الانثى وفي الجنس البشري :الرجل عن المراة ...والتمايز الاصلي هو التمايز العضوي (يوسف ,2020,ص 9/28).

كما تورد موسوعة علم النفس والتحليل النفسي العديد من المفاهيم التي يحملها مصطلح الجنس Sex

- يطلق لفظ الجنس على كل من الذكر والانثى للتميز
- الجنس في مفهومه العام الجنسين (الذكر والانثى) اللذين خلقهما الله لتعمير الارض بالتناسل عن طريق العلاقة الجنسية .
- يطلق ايضا على التزاوج بين الجنسين ،وممارسة الجنس لاشباع الدوافع البيولوجيةوالمكتسبة لتحقيق النشاط الجنسي والعاطفي لتكاثر الافراد واستمرار تعمير الارض بالتوارث .
- عبر فرويد رائد التحليل النفسي عن غريزة الحب مقابل غريزة الموت.(محمد, 2017, ص44)

2-1 **شكال الجنس بين السواء واللاسواء** :حسب الموسوعة الحديثة لعلم النفس الى ثلاثة انواع :

2 -1- الجنسية الغيرية :وتتلخص في اربعة انواع :

- انجذاب غير شبقي لاشخاصمن الجنس الاخر .
- شبقية غيرية وهي انجذاب ذو خاصية شبقية لكون دون سلوك جنسي سافر .
- جنسية غيرية وهي انجذاب مصحوب بسلوك جنسي سافر من قبل التودد والمداعبة ولكن دون اتصال بين الاعضاء التناسلية
- تناسلية غيرية وهي سلوك جنسي تستلزم الاتصال بين الاعضاء التناسليةلكلا الشريكين .

2-2 -جنسية ذاتية : وتعني ان يقوم الفرد باشباع جنسيته بذاته ويظهر من خلال الاستمناء (العادة السرية) وهنا نكون بازاء انحراف عن الهدف (الانسال) وبقدر ماهو انحراف عن الموضوع الذي يتم اختباره في حالة السواء.

3-2 –جنسية مثلية :وتتجسدفي تشكيلة تباينات تمثل انحراف عن الموضوع والهدف في الاساس وتكون العلاقة قاصرة على افراد من نفس النوع (ذكر ⟷ ذكر) وتسمى لواطا ، (انثى ⟷ انثى) وتسمى سحاقا(محمد،2007 ،ص45/44)

1-2– الجنس والجنسية (لانعني بها الانتماء لوطن) : وهي اعم من الجنس ،ويمكن تعريفها بانها مجموعة الظواهر البيولوجية والتشريحية والفسيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية المتعلقة بعمليات الممهدة لها وبما ينتج عنها من نتائج تتجاوز حدود الفرد الى النوع،مع مراعاة مايصاحب مختلف هذه الظواهر من حالات نفسية وماتتركه من اثار في نفسية الفرد وشخصيته.(يوسف،220،ص9)وعليه فهي تشمل الوظيفة التناسلية ومايسبقها ويصحبها ويتبعها من ظواهر من الوجهتين السيكولوجية والاجتماعية .

3-1 الجنس والغريزة: ان التعريف التقليدي للغريزة هو انها نموذج منظم ومركب للسلوك غير متعلم وغير مرن بدرجة أو اباخرى(طلعت،عادل،انور،فاروق ،2011، ص131)

ويرى فرويدانها قوى دينامكية تنبعث عن التركيب الفسيولوجي للكائن الحي .وهي التي يصدر عنها جميع الظواهر النفسية شعورية ولا شعورية سوية ومرضية.(كامل،1996،ص22)

كما عرفها يوسف مراد:بشكل مبسط على انها اشارة للسلوك الفطري الناشئة عن دافع داخلي مبهم او عن قوة حيوية تسير الفؤد بطريقة تبدو في معظم الاحيان قهرية ،..وقد تشمل معنى الميل والاستعداد والدافع وكذا اثاره .كما تظهر في السلوك الحركي وما يصاحبه من عمليات ادراكية ورغبات وبطانة موجدانية من لذة أوألم.(يوسف،2020، ص 9)

ونخلص في النهاية ان الجنس هو تلك الحالة التشريحية التي من خلالها نحدد ما اذا كان الانسان ذكرا ام انثى ,اما الوظيفة تناسلية الناتجة عن الاعضاء التشريحية فهي الجنسية . اما ربط الجنس بالغريزة فذلك لان الالية والوظيفية لابد لهما من محرك و هو هاته الدينامية الدافعة لتفعيلهما .

2 – تعريف الجندر: الجندر genderكلمة انكليزية تنحدر من اصل لاتنيني وتعني في الاطار الغوي Genus اي الجنس من حيث الذكورة والانوثة . واذا عدنا الى تعريف (أوكلي) استاذة الانتربولوجيا والتي ادخلت هذا المصطلح الى علم الاجتماع سنجدها توضح ان كلمة Sexالتي تترجم لدينا بانها الجنس اي هل هو ذكر ام انثى...اي التقسيم البيولوجي.....بينما تشير كلمة gender الى التقسيمات الموازية وغير المتكافئة اجتماعيا للذكورة والانوثة.(محمد،2017،ص 166)

كما عرف على انه النوع الاجتماعي فيستعمله البعض للاشارة الى الجنس البيولوجي او بعض جوانبه يستعمله البعض الاخر ليحل محل "امراة" في المشاريع التي تخصها لكن هذا لايستقيم لاهماله الرجل والمجتمع .

اما منظمة الصحة العالمية :المصطلح الذي يفيد استعماله الخصائص التي يحملها الرجل ةالمراة كصفات مركبة لاعلاقة لها بالاختلافات العضوية. (نهى، ص 251)

فهو بذلك نتاج الحضارة الغربية فنجده استخدم في ادبياتها في نهاية القرن العشرين سواء في نصوص علم الاجتماع او ماتعلق بالعلاقات الاجتماعية بين الرجل والمراة وقدتبنته الجمعيات النسوية بل لن نجانب الصواب ان قلنا انه نشا وتطور من خلالها ثم توسعت استخداماته في المؤتمرات العالمية حتى وصل الى الامم المتحدة سنة 1975 ووزعتها على القارات من مكسيكو في امريكا الجنوبية ،الى كوبنهاغن في اوروبا ، الى نيروبي في افريقيا ومن ثم بكين في اسيا.(نهى ،ص168)

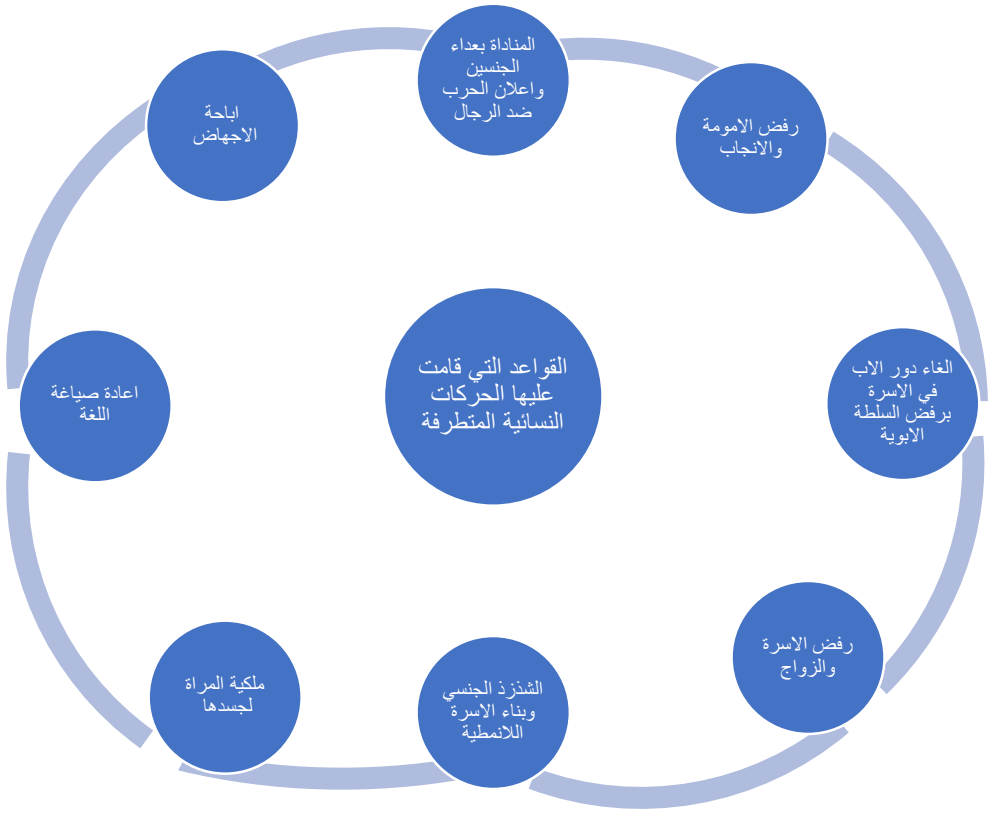
1-2 -التاصيل التارخي لمصطلح الجندر

- **الجندرعبرالجمعيات النسائية :**للالمام بمفهوم الجندر لابد من الالمام بتاريخ الحركات الانثوية منذ ظهورها الى المسرح السياسي والاجتماعي والثقافي وحتى وصولها الى شكلها الحالي .ولا بد التفريق بين تحرير المرا ة وانصافها وبين النزعة الانثوية المتطرفة Feminismالتي تبلورت في الغرب في ستينيات القرن العشرين .ذكر الباحثين ان الفرق بينهما هو الفرق بين العقل والجنون . وخلاصة ذلك ان دعوات تحرر المراة (Women's Liberation Movemens) هي دعوة الى الانصاف من الغبن الاجتماعي والتاريخي الذي لحق بها اكثر من الرجل مع الحفاظ على فطرة التميز بين الانوثة والذكورة وتمايز توزيع العمل وتكامله في لبلسرة والمجتمع ، لاجل الوصول الى تحقيق مساواة الشقين المتكاملين بين الرجال والنساء دون اعلان حرب على الدين او فطرة الله في خلق الذكور والاناث او اعلان الحرب على الرجال . (مثنى وكامينيا،2004،ص9)

في حين ان النزعة المتطرفة او الانثوية الراديكالية والتي تبلورت في ستينات القرن العشرين فتعرف بانها "حركة فكرية سياسية اجتماعية متعددة الافكار والتيارات ، ظهرت في اواخرالستينيات ، تسعى للتغير ا لاجتماعي والثقافي وتغيير بناء العلاقات بين الجنسين وصولا الى المساواة المطلقة كهدف استرتيجي وتختلف نظرياتها واهدافها وتحلياتها تبعا للمنطلقات المعرفية التي تتبناها وتتسم افكارها بالتطرف والشذوذ وتتبنى صراع الجنسين....."حتى بلغت في تاثيرها الى المؤسسات الدينية الغربية حتى

اصدرت 1994 طبعة جديدة من العهدين القديم والجديد سميت الطبعة المصححة تم فيها تغير المصطلحات والضمائر المذكرة وتحويلها الى ضمائر محايدة ..... (مثنى و كاميليا ،2004،ص10). بل حتى تأنيثها في بعض الاحيان. ولاجل أن يتم كل ذلك وضعت معايير واسس وهي الموضحة باختصارفي الشكل التالي:

الشكل (1) المعاييروالاسس التي بنيت عليها الحراكات النسوية



لكي نفهم هذه الحركة وقفنا على المعايير التي ذكرها مثنى-وكاميليا في كتاب (الجندر –المنشا-المدلول – الاثر) فكلها تصب في الخروج على الفطرة والمالوف و تصب في السلوك المتطرف المجانب للسواء ومخالفة لطبيعة المراة ككيان وجسد كما تهدف الى تحطيم الاسرة المبنية على ادوار واضحة المسار ,فقد ملكوا

المراة جسدها فانتشرت الاباحية الجنسية وماصحبها من مشكلات (امهات في سن المراهقة – اطفال غير شرعين).

كما انتشر الاجهاض بعد ان اصبحت موانع الحمل لاتفي بالغرض (الاباحية الجنسية) مماادى الى قتل 40الى60 مليون جنين .وهذا انعكاس للعداء الشديد للرجل حتى دعوا الى علم بلارجال . كما انهم سعو ا لالغاء دور الاب في الاسرة مماادى لسن قوانين لمنع الابوين من تاديب اولادهما وحرمانهم من حق التنشئة (فاعطى حرية للطفل في اختيار جنسه – الجندر). ثم محاربة الاسرة والزواج على ان وجودهما نتيجة احتياج اقتصادي فقط فمع الاستقلال المادي للمراة اصبح لاضرورة لهاته المؤسسة فكانت بداية الستينيات هي التاريخ الحقيقى لانهيار الاسرة.

ثم تمادت هذه الحركة الى رفض الامومة والانجاب كعلامة مميزة للانثى .تقول الكاتبة (Eisonstein , H) : "فقط بالغاء كل المسؤولية الفيزيقية والسيكولوجية للمراة في انجاب الاكفال يكون ممكننا انجاز تحرير المراة لرفض اي تميز بين الذكر والنثى وتعميم مفهو م(الجندر ة او Genderazation) في جميع مناحي الحياة وهو مايسمى بمأسسة الجندر (Gender Manistereaming).وهذا يقود الى اشاعة الشذوذ الجنسي وبناء الاسرة اللانمطية فبعدما كانت هاته الأفعال فردية وسريةأصبحت جماعية وعلنية فالذكور يعرفون ب(Gay) (اللواطين) والاناث يعرفن (Lesbian) (السحاقيات). ثم الاعتراف بان فعلهم أمر طبيعي واصدار قوانين تحمي هذالنوع من الاسر (وقد تم واصبحوا يعرفون بمجتمع المثلين).

وسعوا الى اعادة صياغة اللغة انطلاقا من مقولة ميشال فوكو :"من يملك السلطة يملك اللغة "على اعتبار ان الوجود اللغوي للمراة و المفاهيم الكبرى مرتبط بالرجل فالبشرية (Man- Kind) والانسان (Hu – Man) حتى المراة (Wo-man) وتحليل كلمة التاريخ (His-Story) فهي تعني تاريخ الرجل دون المراة فطالبوا باعادة صياغة تاريخ المراة (her-story) فالخطورة لا تكمن في تذكير او تانيث لكلمات بل في خلق قيم جديدة وتكريسها عبر وعاء لغوي وعلاقة الترابط بين الدال والمدلول وبذلك استبدال مفاهيم باخرى وتصديرها لكل العالم لتكتسي طابع العالمية، فتضع جندر بدل من رجل وامراة .كلمة شريك (Partner) او (Spouse) بدل زوج ,وتطلق (Biological-Father) للاب الشرعي وتوسع مفهوم الاسرة الى تقليدية وغير تقليدية ،او لانمطية خاصة بالشاذين اومجموعات اباحية تعيش مع بعضها وكلمة (Steryo Typed Roles) لوصف الادوار داخل الاسرة واصبح الاجهاض ليس قتلا للجنين بل حق المراة في الاختيار ؛ فالتغير ليس حروف

وكلمات بل مضامين ومعاني وفكر صبت في مواثيق دولية خاصة بالسكان والمراة والطفل وغير ذلك.(مثنى وكاميليا,2004،ص 32/30/29/28/26/24/23)

- ✓ **الجندر في وثائق الامم المتحدة الدولية** :يمثل مصطلح الجندر المصطلح المنظومة في الذي تدور حوله معظم مصطلحات الامم المتحدة .

- فقد ظهر اول مرة في وثيقة مؤتمر القاهرة للسكان 1994 في (51) موضعا فقد جاء مثلا في الفقرة 19 من المادة الرابعة من نص الاعلان الذي يدعو الى تحكيم كل التفرقة الجندرية . زلم بثير المصطلح احد لانه ترجم للغة العربية الى ذكر /انثى .ثم ذكر في وثيقة مؤتمر بكين (1995) وتكرر (233) مرة وهنا رفضت الدول الغربية ترجمته بالذكر والانثى لاجل فرض مفهوم حرية الحياة غير النمطية كسلوك اجتماعي فكانت النتيجة ان عرفته اللجنة بعدم تعريفه : (Thenon de finition of the term Gender).
- ثم جاءت وثائق مؤتمر روما انشاء المحكمة الجنائية الدولية المنعقدة في روما 1998 عن محاولة لتجريم القوانين التي تعاقب على الشذوذ الجنسي ,حيث اوردت الدول الغربية : ان كل تفرقة او عقاب على اساس الجندر يشمل جريمة ضد الانسانية " وكان ادراج الجندر في تعريف الجرائم بالانجليزية امرا غريبا في حد ذاته بينما النص العربي والفرنسي استعملا الجنس وليس الجندر (جدير بالذكر ان هذا المصطلح دخل الى الفرنسية متاخرا عن الانجليزية ذلك لانه يعبر عن صراع بين الثقافات)(ليلى ،2020،ص11) لكن تم التوقيع على اساس ان الجندر يعني: " الذكر والانثى في نطاق المجتمع) وكلمة نطاق للاسف لاتخرج عن التعريف السابقة على اعتبار ان دور النوع لكليهما مكتسب من المجتمع .
- وفي الاخير جاء اعلان لاهاي للشباب 1999 الى اعلان جهاز خاص خاص في كل مدرسة لتحطيم الصورة التقليدية والسلبية للهوية الجندرية ،للعمل على تعليم الطلبة حقوقهم الجنسية والانجابية بهدف خلق هوية انجابية للفتيان والفتيات .....كما يدعو االى اعادة النظر وتقديم قوانين جديدة تتناسب مع حقوق المراهقين والشباب للاستمتاع " بالصحة الجنسية والانجابية بدون تفرقة على اساس الجندر.(مثنى وكميليا،2004 ، ص 37,40,41)

ومن كل هذا نخلص الى ان هناك هويتين :(هوية جنسية واخرى جندرية) وهو ماسنطرق له في العنصر الموالي.

ثانيا بين الهوية والاضطرابات الجنسية الجندرية:

1-مفهوم الهوية الجنسية والجندرية

تعريف الهوية الجنسية: التي تعبر عن المفهوم الجنسي للفرد عن نفسه ,كما انها تشير الى شعورنا بما نحن عليه وكيف نرى انفسنا ,اما ذكر او انثى (تشير الى التطابق بين الشعور والجنس البيولوجي)(محمد،2007، ص 32)

كما تشير الى الجنس الذي ينجذب اليه شخص جنسيا (ان وجد) (9)

تعريف الهوية الجندرية : عرفتها الموسوعة البريطانية بشعور الانسان بنفسه كذكر أو انثى ،والهوية الجندرية لاتثبت بالولادة ،بل تؤثر العوامل النفسية والاجتماعية بتشكيل نواتها ،وهي تتغير وتتوسع بتاثير العوامل الاجتماعية كلما نما الكفل، كما انه من الممكن ان تتطور الهوية الجندرية الاساسية ،حيث يتم اكتساب السلوك الجنسي النمطي وغير النمطي (بين الجنس الواحد) ويتطور لاحقا تبعا لما يواجهه الانسان في كلما تقدم فيها . (يوسف ،2020ص251)

2- -مفهوم الاضطرابات الجنسية والجندرية

تعريف الاضطرابات : في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي : تعني لغويا الفساد او الخلل ,وهو لفظ يستخدم في المجالات (علم النفس بصفة علمة في مجال علم النفس الاكلينيكي ،في علم الطب النفسي) يطلق على الاضطرابات التي تصيب الشخصية من الناحية التفكير او الانفعال او السلوك ويعني سوء التوافق مع ذاته ومع الواقع الاجتماعي الذي يحيا فيه ولذا تتعدد انواع الاضطرابات السلوكية .(يوسف ،2020ص 98/94)

اما الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للاظطرابات النفسية والعقلية الصادر عن رابطة الاطباء النفسيين الامريكية (APA) : انه نمط متكرر او مستمر من السلوك ،او تمط مفاجيء من العدوان تجاه الاخرية ،وبمكن تصنيف ذلك في فئات او محكات هي :

- تصرفات عادية من خلال التهديد باحداث اضرار جسمية لاشخاص آخرين .
- تصرفات ينتج عنها تخريب وتدمير لممتلكات الاخرين من خلال اللجوء الى التحايل (النصب) او السرقة او انتهاك القوانين والاعراف .

والخلاصة :ان الاضطراب يعني خروج الفرد عن المالوف ،ونقصدبه هنا تحديدا في هذا المقام : ان الفرد ينحرف برغبته الجنسية ويسلك ازاء اشباع هذه الغريزة صنوفا من الانحرافات (غير المقبولة ثقافيا ودينيا واخلاقيا) في المجتمع الي يعيش فيه .(محمد،2007،ص43)

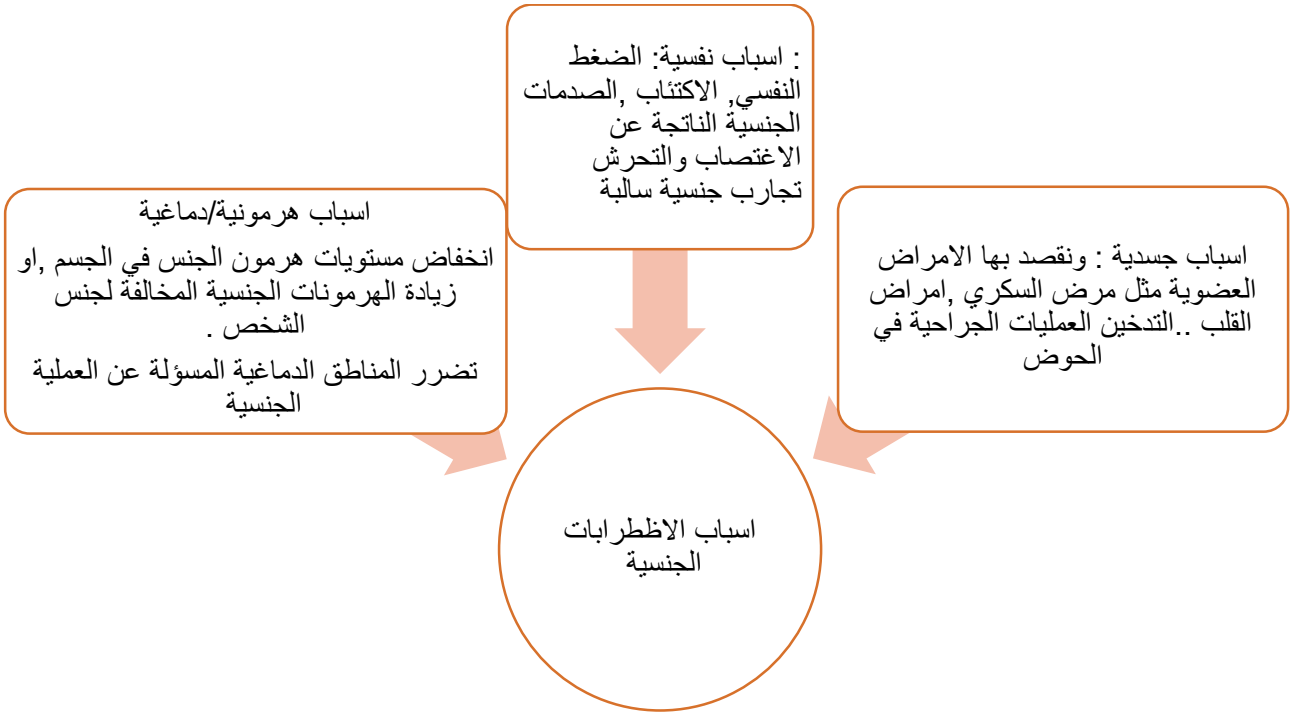
الاضطرابات بين الهويةالجنسية والهوية الجندرية:

1- **الاضطرابات الجنسية** : تعرف الاضطرابات الجنسية بانها" انزعاج دائم وشديد بشان الجنس الفعلي ،مع رعبة أو اصرار على الانتماء الى الجنس الاخر ". كما تعرف : "بوجود اختلاف بين التكوين الجسدي التشريحي والفسيولوجي عن التعرف النفسي للشخص على نفسه ". و ايضا : انها توتر شديد ينتاب الانسان حول جنسه واصراره على انه من الجنس الاخر، او الرغبة الملحة في ان يصبح في جنس غير جنسه اما صراحة او من خلال رفضه التام للتركيب التشريحي لاعضائه التناسلية وانشغاله بانشطة الجنس الاخر ,او هي مجموعة من الاضطرابات التي تتميز بالتناقض بين جنس الشخص المحدد بيولوجيا وهويته الجنسية .(سيد، 2018،ص32/31)

ولابد من التفريق بين الاظطرابات الجنسية واظطرابات الهوية الجنسية والجندرية .

وللوقوف على حقيقة الاضطرابات الجنسية لابدمن الوقوف على اسبابها وهي مالخصناها في هذا الشكل (2)

الشكل (2) أسباب الاظطرابات الجنسية



2-**أسباب الاظطرابات الهوية الجنسية والجندرية** : هناك اسباب خاصة واسباب عامة

2-1-**الاسباب الخاصة** :

- تشجيع الوالدين او صمتهم عن السلوكيات الجنسية للطفل ،مما يؤدي الى الفهم الخاطئء للسلوك الجنسي الحقيقي للطفل ويؤدي الى الى نمو مشاعر في الانتماء للجنس الاخر.
- التساهل في تربية الطفل على المثل الجيد لمعاني الرجولة او الانوثة او غياب النموذج المغاير لجنس الطفل (الطفل الذكرفي بيئة انثوية محضة او العكس)
- الأذى الجسدي او الجنسي الذي يقع على الطفل في سن مبكر مما يجعله يرغب في التحول الى الجنس الاخر لاخفاء الالم او الانتقام.
- وجود الملامح الانثوية لدى الذكر او الذكورية لدى الانثى ممايؤدي الى انحراف هويتهما .(سيد،2018ص 32)
- وجود ادوار جديدة وفق المراحل العمرية المبكرة (المراهقة) فيميل المراهق الى بعضها بشكل قوي ،اما نتيجة تاثير التنشئة الاولى(الاسرة التي تحترم فيها الادوار الاجتماعية وفق جنس الوالد والوالدة على عكس اسرة الادوار فيها متداخلة او معكوسة) او بتاثير جماعة الرفاق خاصة مما يتعلمه منهم عن الجنس.(فضيلة ،2017 ،ص225)

2-2 **الاسباب العامة** : وهنا سنحاول الوقوف على الاسباب التي تؤدي الى اضطراب الهوية الجنسية وكذلك تتعداها الى صناعة هوية جندرية للافراد بصورة ناعمة ان صح التعبير على هيئة القوى الناعمة المسيطرة في العالم .

- وسائل الاعلام الهابطة و وسائل التواصل الحديثة وماتنشره من افلام مشجعة على الانحراف بالطبيعة الانسانية السوية .
- محاولات فرض المجموعات الشاذة في العالم بكل الطرق من خلال الرسوم المتحركة للاطفال والالوان وفي الاعلانات بل فرض شعاراتهم في المحافل الدولية (كالرياضية –كاس العالم 2022) وكذا السياسية: كمحاولة نتنياهو في المانيا استمالة الحكومة الالمانية بطرح مساندة المجتمع المثلي في الكيان الصهيوني)وفي الحياة العامة للمجتمعات .
- اثارت الحديث عن الامور الجنسية للناشئة بصورة لا تتناسب مع المراحل العمرية مما يؤدي الى اثارة اسئلة تكون الاجابة عنها لاتتناسب مع مدركاتهم مما يدفعهم للبحث عنها يطرق غير امنة.
- استغلال مفهوم التربية الجنسية بصورة سلبية مما يؤدي الى تشويش في عقل الناشئة ويحدث الاضطرابات خاصة في مرحلة المراهقة.ثم محاولة فرضه في المناهج التعليمية للتعليم الابتدائي (دروس التربية العلمية للسنة الثانية ابتدائي-الجزائر).(درس التكاثر عند الحيوانات الذي يهدف الى التعرف على بعض السلوكات الجنسية لبعض الحيوانات)(بلعباس 2016ص67) مما يساهم حسب المختصين في علم النفس الى النضج الجنسي المبكر .
- التوسيع من دائرة المساواة بين الرجل والمراة واثارة الحديث عنها في وسائل الاعلام ,مع اعطاء الاولوية للحركات الانثوية المغالية في دعواتها الى تحرر المراة وامتلاكها لجسدها مما جعل منها سلعة في سوق الاغراء والاباحية والجنس.
- اخراج منظمة الصحة العالمية التحول الجنسي من دائرة الاضطرابات (العقلية او السلوكية)حيث ذكرت الدكتورة ليلى ساري ,خبيرة الصحة الانجابية في منظمة الصحة العالمية :"لقد شطبنا ذلك من فصل الصحة العقلية ,لاننا بتنا اكثر ادراكا ان ذلك لايتعلق بالصحة العقلية. بل ان هناك دعوات من المثلين لدعوة الحكومات اصلاح الخدمات الصحية والقوانين الوطنية التي تتضمن هذا التشخيص الذي بات من الماضي رسميا (13)
- القوانين التي تدعمها الامم المتحدة لحماية هاته المجتمعات بل وتجريم كل قانون نهايك عن الاشخاص الذين يعارضون سلوكاتهم المخالفة لطبيعة الجنس البشري السوي .

- كذلك القوانين التي تمنع الاباء التدخل في اختيار الاطفال لجنسهم بل وتحاكمهم وتذهب بعيدا باخذ الطفل من الوالدين ووضعهم في دور تابعة للدولة وهذا حسب ما ينشر في مواقع التواصل الاجتماعي عن قضايا من هذا النوع خاصة في الولايات المتحدة الامريكية.
- وضع الجنس في العصر الحالي ومايوفر له من خدمات وتسهيلات للظهور من غرف النوم الى الساحات العامة على انه حرية خاصة لاعلاقة للشان العام بها بل على هذاالاخير احترامها .

كل هذا يساهم في النضج الجنسي المبكر للاطفال كما يدفع بالافراد خاصة في سن المراهقة وهم يبحثون عن بناء هوية اجتماعية الى الانجذاب لمثل هذه المغريات والمسهلات التي تجعلهم على عتبة الاختيار بين الهوية الجنسية المتفقة مع جنسهم او الانجذاب الى هوية جندرية تدعو اليها وسائل الاعلام والرؤى الفلسفية وكذا القوانين التي تؤطرها بل وتحميها .

الخاتمة

ونخلص في الاخير الى ان اللغة وألفاظها هي أوعية لعمليات سوسيوثقافية تساهم في تشكيل وبناء الفروق في الادوار .والسلوكيات العقلية والعاطفية للنساء والرجال من قبل المجتمع ، حتى باتت الانسانية في القرن الواحد والعشرين تقف في مفترق الطرق بين مفهومين خطيرين لتأثيرهما الواضح على الانسان وهما الجنس والجندر، وهما طرحين أحدهما يمثل الجانب الفطري الفسيولوجي والاخر يمثل النوع وفق الدور المرغوب فيه او المروج له أكثر وما ينبني عليهما من سلوكات تؤثر في الفرد كما في المجتمع .ولذلك لابد من التنبيه الي:

- ضرورة نشر الوعي حول المعنى الحقيقي للجنس والجندر والفرق بينهما في الواقع الانساني .
- الحرص على التربية الجنسية الصحيحة وعلى يد المختصين مع مراعاة المراحل العمرية والوضعيات التعليمية المناسبة .
- الحرص على توخي الحذر في التوقيع على الاتفاقيات الدولية خاصة المتعلقة منها بالطفل للوقوف على - مايتناسب مع الفطرة السليمة وما يتناسب مع الدين الاسلامي .
- التحذير من الخطاب النسائي المتطرف والحرية المطلقة غير المسؤلة ودور الضحية لاجل تمرير ونشر هذه المفاهيم التي تؤدي الى فناء البشرية في النهاية فالاسر اللنمطية عامل هدم للجنس البشري.
- نشر الفهم للفلسفة التي تنبني عليها هذه المفاهيم وغيرها لاجل العمل على وقف او التقليل من اثارها على مجتمع الشباب خاصة حتى لانبقى في اطار البحث عن علاج العارض بدل القضاء على السبب.

قائمة المراجع:

1- بلعباس مصطفى ،2016 كتابي في الرياضيات والتربية العلمية والتكنولوجية مطابق لمنهاج 2016 منشورات وزارة التربية الوطنية.

2- سيدعلي محمد السيد ،2018 ،دور القرائن الطبية في اثبات الاضطرابات الجنسية ،مجلة الادب والعلوم الانسانية ،المجلد 86 العدد (3).

3- طلعت منصور،عادل عزالدين ،انور الشرقاوي ،فاروق ابو عوف ،اسس علم النفس العام ،2011،مكتبة الانجلو المصرية.

4- فضيلة لحمر، 2017 ،أزمة الهوية الجنسية لدى الشباب الجزائري وانعكاساتها على التقمص السوي للادوار الابوية ،مجلة التغير الاجتماعي ،العدد (2).

5- كامل محمد محمد عويضة ،1996،سيكولوجية الطفل الجزء 8 سلسلة علم النفس ،دار الكتاب العلمية ،بيروت.

6- ليلى قيدري ،2020 ،مفهوم الجندر واشكالية الترجمة ،مجلة التمكين الاجتماعي ، المجلد 2 العدد(4)

7- مثنى امين الكردستاني ،كامليا حلمي محمد ،2004،الجندر المنشأ،المدلول،الاثر، جمعية العفاف الخيرية عمان داءرة المطبوعات والنشر .

8- محمدحسن غانم ،2007، الاضطرابات الجنسية ،مكتبة الانجلو المصرية .

9- محمد محي الدين احمد ،2017، الاخلاق التطبيقية بين الفلسفة والدين ،مؤسسة يسطرون للطباعة والنشر.

10- نهى عدنان القاطرجي 2006 ،المراة في منظومة الامم المتحدة رؤية اسلامية ،مجد المؤسسات الجامعية للدراسات .

11- يوسف مراد ،2020 الكتاب السنوي في علم النفس ،دارالقلم للطابعة والنشر والتوزيع بيروت.

المواقع الالكترونية :

1 - الهوية الجنسية دليل MSDالارشاد المستخدم MSD Manul . https://www.msdamauls.com .

2 – منظمة الصحة العالمية : التحول الجنسي لاعلاقة له بالاضطرابالعقلي والجنسي.http; //www.bbc,co

اضطراب اشتهاء الأطفال التشخيص والأسباب والعلاج

Pedophilia: Diagnosis, causes, and treatment

د. عتيقة سعيدي / جامعة الحاج لخضرباتنة 1 / الجزائر

Dr.Atika saidi/University of batna 1/Algeria

.

ملخص الدراسة:

رغم أهمية الجنس في حياة الإنسان لان وظيفته تتلخص في الحفاظ على النوع و استمرار الحياة إلا أن هذا السلوك قد يأخذ العديد من صور الانحراف أو الاضطراب و الذي يقصد به أن ينحرف الإنسان برغبته الجنسية و يسلك إزاء إشباع رغباته أنواعا من الانحرافات غير مقبولة ثقافيا و دينيا و أخلاقيا في المجتمع الذي يعيش فيه.

فالاضطرابات الجنسية مشكلات تتعلق بالجنس تجعل ممارسة الشخص للجنس غير طبيعية، ناقصة، مؤذية لنفسه أو غيره، أو تؤدي به للانزعاج من جنسه الذي ولد فيه، ويتزايد انتشار الاضطراب الجنسي عامًا بعد عام لأسباب متعددة إما لعوامل مرضية أو لمعاناة من تغيرات في الأسرة، لقلة التثقيف الجنسي، أو لعوامل أخرى كتوقع الفشل أو الشعور بالذنب تجاه العلاقات الجنسية أو فقدان الانجذاب.

ومن بين هذه الاضطرابات الجنسية نجد اضطّراب الرغبة الجنسيَّة تجاه الأطفال، أو البيدوفيليا Pedophilia، يُطلق عليه أيضًا اسم اضطّراب عشق الأطفال.حيثُ يميل الشخص البالغ جنسيًا نحو الأطفال، وتعتمد شهوته الجنسية على تخيل ممارسة سلوكيّات جنسيّة مع الأطفال.ل ذلك جاءت هذه الورقة البحثية للكشف عن هذا الاضطراب من حيث التشخيص والأسباب وسبل الوقاية والعلاج.

الكلمات المفتاحية: البيدوفيليا، الاضطرابات الجنسية، فقدان الانجذاب،الشعور بالذنب، الطفل.

Abstract:

Despite the importance of sex in human life because its function is to preserve the species and the continuation of life, this behavior may take many forms of deviation or disorder, which is intended for a person to deviate from his sexual satisfy his desires desire and behave towards satisfying his desires with types of deviations that are not acceptable culturally and religiously. And morally in the society in which he lives.

Sexual disorders are problems related to sex that make a person's practice of sex abnormal, incomplete, harmful to himself or others, Or lead him to disturb the gender in which he was born. Sexual, ,The prevalence of sexual disorder is increasing year after year for various reasons, either due to pathological factors or to suffering from changes in the

family feelings of guilt about sexual relations, Lack of sex education, or other factors such as expectation of failure or feelings of guilt about relationships sexual or loss of attraction.

Among these sexual disorders, we find the disorder of sexual desire towards children, or pedophilia, . Where the adult is sexually inclined towards children, and his sexual desire depends on imagining the practice of sexual behaviors with children. Therefore, this research paper came to reveal This disorder in terms of diagnosis, causes, methods of prevention and treatment.

Keywords: Pedophilia, sexual disorders, loss of attraction, guilt, child

1.مقدمة:

تعد الاضطرابات الجنسية أحد الحالات المرضية التي تتداخل مع النشاط الجنسي الطبيعي، ويمكن أن يصاب الرجال والنساء بهذه الاضطرابات.

فالاضطرابات الجنسية مشكلات تتعلق بالجنس تجعل ممارسة الشخص للجنس غير طبيعية، ناقصة، مؤذية لنفسه أو غيره، أو تؤدي به للانزعاج من جنسه الذي ولد فيه، ويتزايد انتشار الاضطراب الجنسي عامًا بعد عام لأسباب متعددة إما لعوامل مرضية أو لمعاناة من تغيرات في الأسرة، لقلة التثقيف الجنسي، للمرو بتجربة جنسية مؤلمة، أو لعوامل أخرى كتوقع الفشل أو الشعور بالذنب تجاه العلاقات الجنسية أو فقدان الانجذاب وخطورة الاضطراب الجنسي تكمن في أنها قد تؤدي بصاحبها إلى حالة من القلق والاكتئاب والحزن الشديد.

تظهر الاضطرابات الجنسية في بداية حياة الشخص، أو قد تظهر بعد فترة من ممارسة حياة جنسية ممتعة ومُرضية. قد تتطور المشكلة تدريجيًا بمرور الوقت أو قد تحدث فجأة، وهي فقدان القدرة كُليًا أو جزئيًا على تحقيق مرحلة أو أكثر من مراحل العملية الجنسية. قد تكون أسباب الاضطرابات الجنسية: عضوية أو نفسية أو كليهما.

شير الإحصائيات أن بين 10 و20% من الأطفال قد يكونون قد تعرضوا للتحرش -بكافة صوره- عند بلوغهم سن 18 سنة! و يصيب 3-5% فقط من الرجال.

https://nasainarabic.net/main/articles/view/explaining-pedophilia

ومن أبرز هذه الاضطرابات الجنسية التي بدأت تتسع دائرتها في اوساط المجتمعات عامة هي ظاهرة اشتهاء الاطفال حيث تعددت تسمياتها بين «عشق الأطفال» و«الغلمانية» و«الولع بالأطفال» لما يعرف عند العامة ب«البيدوفيليا»، التي باتت تزدرد أطفالنا من حوالينا وأحلامهم الصغيرة مع سبق الإصرار والترصد. أرقام صادمة والتي تنتج منها اثار نفسية مرهقة بالنسبة للضحايا وربما المصابون بهذا المرض أنفسهم.

فالبيدوفيليا اضطراب جنسي يميل فيه الشخص البالغ جنسيًا نحو الأطفال دون سن البلوغ، التي تكون عادة 13 عامًا أو أصغر، وغالبًا من سن سبع إلى 13 سنة، وتعتمد شهوته الجنسية على تخيل ممارسة سلوكيات جنسية مع الأطفال، وقد تصل إلى التحرش أو الاعتداء الجنسي بحالات نادرة، وقد يكون الانجذاب إلى أحد الجنسين أو كليهما.

فآلاف الأطفال والمراهقين يعيشون "الانكسار" نتيجة التحرش والاعتداء والاستغلال الجنسي داخل الأسر، ومن أقرب الناس إليهم، ويتحولون مع الوقت إلى مرضى بيدوفيليين إذا لم يتم التكفل بهم نفسيا على مدار عشر سنوات على الأقل تكفلا طبيا مستمرا.

فجرم «البيدوفيليا»الآثم، الذي لم يعد حالة أو استثناء بل أضحى خطرا كاسحا ومتناميا، حيث بعدما كنا نسمع عن حالة اغتصاب كل سنة أو أقل بتنا نسمع عنها الآن بشكل يومي. والأنكى أنها أصبحت توثق بالصوت والصورة في مواقع التواصل الاجتماعي، حيث تعرض مشاهد لاعتداءات جنسية من لدن بالغين في حق أطفال أبرياء ذنبهم الوحيد «ثقتهم العمياء» في ذئاب ليس للرحمة مكان في قاموسها، تفرغ كبتها وتمارس شذوذها الخارج عن إطار الشرع والأخلاق في حق الطفولة.

تأسيسا لما سبق جاءت هذه المداخلة للتعرف على هذا الاضطراب من حيث المفهوم و التشخيص و الاسباب والعلاج.

2.الإشكالية :

تتحدد إشكالية هذه الدراسة للتعرف على اضطرابPedophilia و إبراز أهم اسبابه و معايير تشخيضه وسبل علاجه من خلال الإجابة على الاسئلة التالية:

1. ما هو اضطراب Pedophilia ؟
2. ما معايير تشخيصه حسب DSM5 ؟
3. ماهي أسبابه؟
4. ماهي اهم الطرق العلاجية لاضطراب Pedophilia؟

1.2.أهداف الدراسة : تهدف الدراسة الحالية للتعرف على:

- مفهو م اضطراب اشتهاء الأطفال Pedophilia
- التعرف على معايير تشخيص اضطراب Pedophilia.
- الكشف عن اسباب اضطراب Pedophilia.
- التعرف على اهم طرق علاج Pedophilia.

2.2.اهمية الدراسة :

- ✓ تستمد الدراسة الحالية أهميتها من أهمية الموضوع الذي نتعامل معه و هو اضطراب البيدوفيليا واثاره النفسية على الشخص نفسه وعلى الطفل وحتى المجتمع
- ✓ تفيد هذه الدراسة المتخصصين في مجال علم النفس الإكلينيكي يوضع خطط علاجية ومناسبة للأطفال ضحايا Pedophilia.
- ✓ تفيد الأخصائيين النفسانيين في وضع برامج إرشادية فعالة لمساعدة هؤلاء الفئة.
- ✓ كشف الجوانب الشخصية و التعرف على الحياة النفسية للشخص البيدوفيلي.

3.تعريف بيدوفيليا Pedophilia

كلمة بيدوفيليا Pedophilia مشتقة من الكلمة اليونانية "بيدو" التي تعني طفل وكلمة "فيليا" التي تعني حب، البيدوفيليا أو اضطراب عشق الأطفال Pedophilic Disorder كما تُسمى ضمن الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5) هي: انحراف جنسي أو خطل جنسي (بارافيليا) تنطوي على دوافع جنسية شديدة متكررة وخيالات جنسية مرتبطة بالأطفال دون سن البلوغ، كما يشترط أن يتصرف الشخص بناءً على هذه الدوافع أو أن تجعله يُعاني من ضيق أو صعوبة في التعامل مع الآخرين.

السمة الأساسية لاضطراب عشق الأطفال البيدوفيليا هي شعور الفرد بالإثارة الجنسية عندما يكون مع الأطفال بشكلٍ مساوٍ أو أكبر من شعوره بها عندما يكون مع أفرادٍ بالغين، بكلماتٍ أخرى، أن يختبر الشخص البالغ إثارةً جنسية بشكل رئيسي أو حصري عند كونه مع أطفالٍ دون سن البلوغ (وسطياً دون الـ13 سنة). كمعيار يجب أن يكون سن الشخص 16 عاماً على الأقل وأكبر من الطفل بـ5 سنوات على الأقل كي يُع تبر شخصاً بيدوفيليا. (بن بادة، 2019)

في إلاصدار الخامس من الدليل إلاحصائي، والتشخيصي للامراض النفسية تم إجراء بعض التعديلات على انحرافات الميول السلوك الجنسية" paraphilias " حيث نم التأكيد على ضرورة الفصل بين الميول الجنسية غيرالنمطية و الاضطراب الجنسي و ليتحول الميول الى اضطراب يجب ان يتوفر فيه الشعور بالضيق الشديد و الانزعاج من هذه الميول، او السلوك من قبل الشخص، وان يكون مصدر انزعاجه ليس فقط بسبب عدم القبول المجتمعي

ان يتسبب ميوله الجنسي –سلوكه الجنسي في تضيق نفسي لشخص اخر، اذى او وفاة او ارغام شخص، او اشخاص غير قادرين على اعطاء موافقة قانونية

تم تغيير البيدوفيليا في الاصدار الخامس الى الاضطراب البدوفيلي ، و الذي يعرف بانه حالة من الرغبة الجنسية المتكررة و الملحة لفعل الجنس مع الطفل غير البالغ، وقد يتصرف السخص بناءا على رغبته ويتعدى على طفل او يشعر بالضيق الشديد من جراء هذه الرغبات و الميول. و يشترط الاصدار

الخامس فترة 6 اشهر من استمرارية الرغبات المتكررة، يكون المعتدي 16 عاما او اكثر ، واكبر من الضحية ب5 سنوات على الاقل (سيدر و شطيبي، 2021، ص 18)

4.معايير تشخيص البيدوفيليا:

وفقا لما ورد في الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس للاضطرابات النفسية DSM5 فإنّ معايير التشخيص بالبيدوفيليا تستند إلى الأعراض الآتية:

–خيالات جنسية مثيرة كثيفة ومتكررة على مدار 6 أشهر على الأقل، زيادة عن رغبات جنسية أو سلوكات تتضمن النشاط الجنسي مع طفل غير بالغ أو الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 13 سنة فما أقل.

–يتصرّف الفرد وفقا لهذه الرغبات الجنسية، وتسبّب الرغبات الجنسية أو الخيالات ضيقا ملحوظا أو صعوبة في العلاقات الشخصية.

–يبلغ الفرد على الأقل 16 عاما ويكون أكبر بخمس سنوات على الأقل من الطفل أو الأطفال الذين تم وصفهم في المعيار الأول.

وتجدر الإشارة إلى أن البيدوفيليا لا تشمل الطفل في أواخر مرحلة المراهقة الذي ينخرط في علاقة جنسية مع طفل في سن 12 أو 13 سنة. ويمكن تحديد أنواعها فيما يلي:

–هناك من ينجذب للأطفال فقط ويدعى هذا بالنوع الحصري.

–هناك من لا ينجذب للأطفال فحسب، بل حتى الكبار وعلى سبيل المثال قد يتضمن ذلك حسب بعض الحالات الميل للأطفال والرجال من الجنس نفسه. وهذا ما يدعى بالنوع غير الحصري.

–هناك من ينجذب للذكور فقط.

–هناك من ينجذب للإناث فقط.

–هناك من يجذب للذكور والإناث معا.

–هناك من يميل للمحارم. (الحمادي، (دت)، ص 256)

5.من هو البيدوفيلي Le pédophile

حسب تعريف البيدوفيليا بأنها انجذاب جنسي من طرف راشد نحو طفل(الاطفال) ، فإن البيدوفيلي Le pédophile هو الشخص الذي يقوم بهذا النوع من السلوك . «رغم أن لبيدوفيلي Le pédophile هو شخص شاذ جنسيا، إلا انه لا يمكن التعرف عليه من أول وهلة، أو من خلال سلوكات بادية للعيان مباشرة لأنه يتمتع بالقدرة على اخفاء شذوذه أمام العوام .الا أنه رغم ذلك يمكن ذكر أهم ما يميز البيدوفيل في مايلي:

- المعتدي يكبر الطفل بخمس سنوات فأكثر، وهو شخص شاذ جنسيا سواء كان شذوذه
- يمكن أن يكون البيدوفيل رجلا كما يمكن أن يكون امرأة، وقد يكون مراهقا ومن مختلف الاعمار.

- يكون البيدوفيل غالبا من معارف الطفل(أقارب، أصدقاء، جيران)...، كما يمكن أن يكون من مختلف المناصب المهنية سواء السامية او مناصب مهنية أدنى، وقد يكون شخص يظهر عليه التدين.
- هؤلاء الاشخاص كثيرا ما يميلون الى المهن التي تقربهم باستمرارمن الاطفال :كالتعليم، التدريب الر ياضي، المخيمات الصيفية، اطباء، قضاة ...الخ.
- أغلب المعتدين جنسيا على الاطفال هم أشخاص لم يتزوجوا بعد.
- البيدوفيل هو شخص يتمتع بمهارات : الاستماع، الاقناع، التعاطف، التواصل، لأنهم يجدون ان هذه المهارات هي الاسلوب الوحيد الذي يمكنهم من استمالة الطفل أو الاحتفاظ بالعلاقة (عباسي، (دت)، ص 100)

6.المقاربة النفسية المفسرة لاضطراب البيدوفيليا

1.6.المقاربة النفسية التحليلية:

يمكن تصنيف الشذوذ إلى ثلاثة أصناف حسب مدرسة التحليل النفسي : شذوذ الموضوع الذي يصل إلى اللذة فقط من خلال مواضيع جنسية أخرى، ونجد في هذا المجال البيدوفيليا والجنسية المثلية وغيرها، شذوذ الهدف يصل فيه الشاذ إلى اللذة من خلال مناطق غير جنسية مثال الجماع في الدبر، وأخيرا شذوذ يرتبط باللذة خارج الشروط الخارجية العادية كالفيتيشية والسادومازوشية والنظر الجنسي والاستعراض الجنسي وغيرها.

هذا التصنيف المعتمد سابقا في المدرسة التحليلية الكلاسيكية والذي تتبناه حاليا المدرسة الحديثة يطرح إشكالا إكلينيكيا يتمثل في أنه حاليا في الدول الغربية ال تدرج الجنسية المثلية ضمن قائمة الشذوذ . ونفس هذه الدول تعتبر الشذوذ مجرد انحراف جنسي .(**بن مجاهد، دس، ص106**) .

المعروف أن النظرية الفرويدية قامت على مفهومين أساسين هما اللاشعور والجنسية الطفولية من خلال مراحل مرتبطة بمناطق شبقية (مناطق جسدية تحقق اللذة)هي المرحلة الفمية والشرجية والقضيبية و لفهم الشذوذ قد نعود إلى مفاهيم النكوص والتثبيت، بحيث يبقى جزء من الطاقة النفسية مرتبط أو مستمر أو مثبت على مرحلة من مراحل النمو النفسى الجنسي، وتمثل ظواهر التثبيت نقاط حساسية أثناء النكوص .النمو السليم يفترض المرور من مرحلة إلى مرحلة موالية بحل صراع المرحلة السابقة، و عدم حلها يحدث نكوصا فيما بعد، لذا نتحدث عن النضج في المفهوم الإكلينيكي.للوصول إلى المرحلة الجنسية يمر الطفل بالمرحلة الفمية المبكرة و الفمية السادية والشرجية ليتم تجميع الغرائز الجزئية إلى أولوية المناطق الجنسية، التي تشمل المرحلة القضيبية ومرحلة الرشد اللتان تفصلهما مرحلة الكمون.

إن فعل الاعتداء الجنسي هو دفاع لمواجهة الضعف النرجسي والضعف في الهوية؛ بحيث يقوم تصور الهوية على أنا مثالي للقدرة المطلقة القضيبية، ويكون الفعل ألاعتدائي كفعل دفاعي شاذ يسيطر على مقدمة المشهد النفسي في سجلي الذهان والحالات البينية، كما يمكن أن يتواجد في بعض الوحدات النفسية المرضية كالسيكوباتية و البرانويا مما يؤكد صعوبة إعطاء تشخيص بنيوي واحد لكل الحالات . (جعدوني، 2011 ،ص 105).

2.6.النظرية السلوكية:

حسب كل من BOND ET EVANS فالسلوكات الجنسية المنحرفة تنتج من عامل واحد هو الاستثارة الجنسية المنحرفة .بعد نموذجا تفسيريا أخر يقوم ذلك بعشر سنوات اقترح BARLOW ET ABEL على فرضية أن السلوكيات الجنسية المنحرفة لا تأتي فقط من زيادة الاستثارة الجنسية المنحرفة، لكن من العجز في الاستثارة الجنسية غير المنحرفة والمهارة الاجتماعية الضرورية للوصول إلى شريك راشد ملائم اقترح كل من (DARKE, MARSHALL, EARLS, SEGAL) عام 1983 نموذجا ثالثا يقوم على النموذجين السابقين ويربط زيادة الاستثارة بالعجز في المهارة الاجتماعية، التي تشكل حواجز أمام توظيف نفسي مشبع على المستوى الداخلي؛ مما يحدث قلقا يكون سببا في تحريض السلوك الجنسي المنحرف فكرة هذه النماذج السلوكية تقوم على تعلم السلوكيات الجنسية السوية و المنحرفة، وتم التأكد من هذه الفرضية من طرف العديد من السلوكيين من خلال تجربة تعريض المعتدي الجنسي لمثيرات خارجية جنسية، كل حسب نوع ضحيته وتسجيل الاستجابات .وتوصلت النتائج إلى أنه أثناء تقديم مثيرات جنسية تكون استجابة الاستثارة،

في حين عند تقديم مشاهد مثيرات عنف فالاستجابة تكون بالكف. وفي نفس التجربة تم دراسة المهارة الاجتماعية مع المرأة فتأكد وجود نقص في هذه المهارة لدى المعتدين جنسيا، خاصة لدى البيدوفليين بمقابل مغتصبي النساء .وحتى فيما يخص السيرورات المعرفية(. الغامدي، 2015 ، ص 53)

7.مميزات الشخص البيدوفيلي:

الانسان البيدوفيلي او المحب للاطفال، هو شخص لو عرضنا عليه اقامة علاقة جنسية مع النساء لرفضها وفضل الاطفال. لكن ان نقول عن أي شخص سوي قام بارتكاب اعتداء جنسي ضد طفل انه "بيدوفيلي " فهذا خطأ، فما ينطبق على هذا الشخص يمكن ان يكون مجاعة جنسية مثلا، و المختص في الصحة العقلية هو الوحيد الذي يمكنه ان يؤكد ان الشخص " بيدوفيلي " ام لا ، و ذلك بعد اجراء العديد من الفحوصات عليه وغالبية الابحاث توصلت الى ان فارق السن بين الانسان "البيدوفيلي " وضحيته غالبا ما تكون 05 سنوات.

البيدوفلين عموما هم اشخاص غالبا يتمتعون بقدرات عقلية وسط معتدلة. لذلك فهم يعيشون في المجتمع بصفة عادية جدا و ينقضون على فريستهم من الاطفال بكل عناية وذكاء شديدين. (عزري، 2021، ص 141)

8.الأسباب و عوامل خطر البيدوفيليا:

يقول بلنشارد وهو أستاذ مساعد في جامعة تورنتو ، إن المتحرشين بالأطفال يتم تحديدهم من خلال أفعالهم ، ويتم تحديد المتحمسين للأطفال حسب رغباتهم ، كما أن الجمعية الأمريكية للطب النفسي أضافته إلى دليلها سنة 1968 ليتم اعتماده كمرض جديد يتم تشخيصه بصفة متتالية، لعدم وضوح سبب معين 18 لهاذا المرض النفسي، وبالتالي

صعوبة التفرقة بين الانسان العادي والانسان البيدوفيلي ، حيث إن هناك توجه يقول بأن الطفل المعتدى عليه جنسيا في صغره قد يصبح بيدوفيليا في المستقبل ، عمل بنظرية الضحية والجلد أو Stockholm syndrome 19، وهناك من العلماء من يقتصر المسببات الرئيسية للبيدوفيلية أو الغلمانية في:

- الزيادة في هرمون التستوستيرون وهو الذي يرفع السلوك الجنسي ؛
- تأثير العوامل الوراثية ؛
- اضطرابات الشخص البيدوفيلي عاطفيا ؛
- نشاط دماغي غير طبيعي ومختلف شيئا ما عن الانسان العادي السوي فكريا.
- كما أن مخ الإنسان و بالتحديد في مناطق معينة قد ينتابها نقص أو تغيير " كالفص الأمامي أو الجبهي Frontale Lobe " والذي يعتبر مركز الوظائف العقلية ، كالانتباه والحكم والتقدير والتفكير وحل المشكلت، وهو المسؤول كذلك على السلوك بشكل عام وكما يعتبر هو المسؤول عن بعض العواطف (لبيض، 2020، ص 7).

1.8.الطفولة والتجارب المبكرة:

تعلمنا نظرية التعلم أن تعود الطفل أو كثرة تعرضه مجتمعيا لمثل هذا المثيرات تحفز عنده هذه الخيالات، ومن ثم الممارسات عن طريق الارتباط الشرطي أو محاكاة) نمذجة (ما شاهده سابقًا.

2.8.أول تجربة جنسية:

عادةً ما تكون التجربة الجنسية الأولى مشحونةً عاطفيا فتُخزن بقوة في الذاكرة نتيجةً لذلك- إيجابيةً أو سلبيةً –وهي ما تكون الخبرة اللازمة في هذا الصدد (الاستحسانات الجنسية) وبسبب ذلك قبول الشخص لاحقًا لاستمرار الإساءة له كشخصٍ بالغ أو على العكس من ذلك، ليصبح مسيئا لغيره.

3.8. تعزيز الأفكا رReinforcement:

عادةً ما تبدأ الاهتمامات الجنسية عندنا في سن مبكرة، ما يتيح لها مجالا زمنيا واسعا للتعزيز عن طريق التكرار.

ولأن التخيلات والأفكار الجنسية ذات طبيعة شخصية ليس من المقبول أن نشاركها مع الآخرين) الذين يمكنهم منعها أو تثبيطها(، فإذا ما كانت مثل هذه الأفكار« منحرفةً » فإنها مع مرور الزمن تتعزز في الذاكرة باستمرار، حتي تأتي المثيرات البيولوجية والخارجية لتحفيزها، عندها فقط يبدأ الشخص في إدراك أن مثل هذه الاهتمامات والدوافع المنحرفة تتعارض مع المعايير المجتمعية. ولكن بحلول ذلك الوقت، أصبح الاستخدام المتكرر لمثل هذه التخيلات متأصلا، وأصبحت الأفكار والسلوكيات الجنسية المرتبطة بها هي المثير الوحيد.

فإن الخيال الخاص بمكوناته الواعية وغير الواعية هو العنصر الممرض ل« اشتهاء الأطفال» ، مع وجود الإثارة الجنسية والنشوة كظواهر مرتبطة تعزز الخيال أو الدافع فقط، وغالبا ما يمتد تأثير هذه التخيلات ومظاهرها السلوكية إلي ما وراء المجال الجنسي لتعم الحياة. **(ناسا بالعربي، (دت) ، ص 3)**

بالإضافة إلى العديد من الدراسات والبحوث التي أجريت في كثير من المجتمعات لتبيان الأسباب الحقيقية للبيدوفيلية أو الغلمانية حيث تختلف هذه الأبحاث باختلف نوع المجتمع والظروف المعيشية لساكنتها سواء مادية اخلقية أو دينية

- ❖ سكن الأسرة الفقيرة في غرفة واحدة والتي تنذر بإمكانية حدوث مثل هذا النوع من الاعتداء ؛
- ❖ العيش في مجتمع ذكوري أو إناثي صرف، قد يولد الكبت الجنسي لدى الكبار
- ❖ وبالتالي اتجاه تفكيرهم لتفريغ كبتهم الجنسي في الأطفال ؛
- ❖ درجة النضج قد تلعب دورا كبيرا في مدى قابلية الشخص القدوم على الاعتداء الجنسي على الأطفال ؛

- بيئة ملئمة لتكاثر البيدوفيليا(عدم اهتمام ومراقبة الأسرة متعددة الأفراد بأبنائهم (لبيض، 2020، ص8)

9.البيدوفيليا والاعتداء الجنسي:

على الرغم من ارتباطهما الوثيق، لا يمكننا استخدام هذه المصطلحات للإشارة إلى نفس الظاهرة، ولكن يجب أن نأخذ في الاعتبار سلسلة من الاختلافات .من أجل الوضوح، سنستخدم تصنيف نيكولاس جروث لمرتكبي الجرائم الجنسية

يميز هذا المؤلف بين المجرمين الثابتين والمجرمين الرجعيين .مرتكبو الجرائم الجنسية الثابتة هم الأشخاص الذين يتم تعريفهم أيضًا على أنهم بيدوفيليون . لديهم توجه أساس ي وحصري تجاه الأطفال ويعترفون بهذا الانجذاب كحالة دائمة؛ يميل هذا الانجذاب إلى الاستجابة لكل من التأثيرات الداخلية

والنفسية وغالبًا ما يكون شديد الثبات والوسواس في طبيعته؛ يبدأ الاهتمام بالأطفال بهذا النوع من المعتدين في سن المراهقة ويستمر طوال حياتهم؛ على الرغم من القدرة على إقامة علاقات مع البالغين ، إلا أن الأطفال يظلون مرجعهم الجنسي؛ في بعض الأحيان يتزوجون لإخفاء تفضيلهم أو حتى

للوصول بشكل أكبر إلى القصر(أطفالهم أو أطفال ازواجهم)؛ إنهم يميلون إلى تكييف سلوكهم واهتماماتهم مع سلوك الطفل بحيث يقبلهم الطفل على قدم المساواة وبالتالي يصبح أقرب إليهم، وفي بعض الأحيان يمكنهم تبني دور الوالد الزائف مع ضحيتهم؛ ليس لديهم عادة شعور بالذنب أو الخجل أو الندم؛ غالبًا ما تكون انتهاكاتهم مع سبق الإصرار ومخطط لها حتى لا يتم اكتشافها؛ عادة ما يتجنبون العلاقات الجنسية مع البالغين بسبب الخوف من الرفض وبسبب مشاعر الخجل أو الدونية أو عدم الانجذاب الجنسي تجاههم.

يميل المعتدون الجنسيون الرجعيون إلى التفضيل الجنسي تجاه الأشخاص الذين هم في سنهم ولكن في حالة الصراع أو التوتر قد يشعرون بالانجذاب تجاه الطفل كوسيلة للتخلص من التوتر؛ يظهر الاهتمام بالأطفال عادة في مرحلة البلوغ وعادة ما يستجيب بشكل طبيعي لضغوط الرواسب؛ يمكن أن يكون هذا الانجذاب عرضيًا ولا يبقى مع الوقت؛ هم أشخاص يعانون من ضعف التحكم في الانفعالات، خاصة في المجال الجنس ي، مع انخفاض التسامح مع الإحباط وضعف مفهوم الذات .عادة ما يهتمون فقط باحتياجاتهم الخاصة ويبدون القليل من الاهتمام باحتياجات الآخرين؛ لا يشعرون عادة بالضيق بسبب انجذابهم للأطفال وقد لا يشعرون بالخجل أو الذنب؛ إنهم يميلون إلى القلق بشأن عواقب اكتشافهم؛

عندما يكتشفونهم، فإنهم عادة ما ينكرون الحقائق أو يبررونها عادة عن طريق إلقاء اللوم على القاصر أو تبرير سلوكهم بطريقة ما .هذا التفريق بين نوعين من المعتدين مهم عند تقييم عوامل الخطر ونوع العلاج والتشخيص أو إمكانية إعادة التأهيل (Arias, 2020, p 13)

10.العلاج النفسي للبيدوفيليا:

اعتاد معظم المعالجين على استخدام تقنيات العلاج السلوكي المعرفي في معالجة البيدوفيليين، بحيث يُركّز على تمكين الفرد من تحديد رغباته الجنسية والتغلب على التبريرات حول سلوكياته، كما قد يخضع لعلاج قائم على التعاطف وتقنيات للتحكم في الاندفاع الجنسي.

بالنسبة للمعتدين على الأطفال فيعتمد علاجهم الأكثر شيوعاً على منهج يُسمى علاج الوقاية من الانتكاس وهو من علاجات الإدمان، يهدف هذا المنهج إلى مساعدة المريض على توقع المواقف التي تزيد من خطر الاعتداء الجنسي وتجنبها أو الاستجابة لها بشكل أفضل.

العلاج بالنفور هو أحد العلاجات المستخدمة أيضاً مع المصابين بالاضطراب البيدوفيلي، يهدف هذا النوع من العلاج إلى ربط الخيالات الجنسية أو الرغبات في الممارسة الجنسية مع الأطفال مع الإحساسات غير السارة مثل الغثيان أو الصدمات الكهربائية أو الروائح الكريهة.

بينت الدراسات أنّ هذه الطرق مفيدة للتحكم في الرغبات ويزيد من قدرة البيدوفيلي على التحكم في الانجذاب الجنسي للأطفال على المدى القصير، أما على المدى الطويل فلا يوجد دراسات تُثبت فعاليته.

العلاج الدوائي للبيدوفيليا :تستخدم الأدوية عادةً بالتزامن مع العلاج النفسي ويتضمن العلاج استخدام الأدوية المثبطة لإنتاج هرمون التستوستيرون بهدف تقليل وتيرة أو شدة الرغبات الجنسية، بالطبع لن يكون التأثير فورياً إذ تستغرق الأدوية المثبطة لهرمون التستوستيرون من 3 إلى 10 أشهر عادةً من أجل قمع الرغبات الجنسية.

قد تستخدم مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية (SSRI) أيضاً في الخطة العلاجية والتي يمكن أن تُساعد أيضاً في العلاج، ولكنّها هي الأخرى لا تقضي على مشاعر الانجذاب الجنسي للأطفال بل تساعد في التحكم في الانفعالات فقط. (https://www.hellooha.com/articles)

11.خاتمة :

تعد جرائم الاعتداء الجنسي على الاطفال من اكثر المشكلات الخطيرة التي عانت منها كل المجتمعات وخاصة المجتمع الجزائري، رغم حالات الاستنكار التي عبر عنها المحتمع الجزائري الا ان هذه الظاهرة زادت بالاستفحال ، فاضطراب البيدوفيليا يعتبر جريمة تتطلب اقصى العقوبات عليهم من اجل ردع اجتماعي لذلك لابد من تكاتف جميع الجهود من اجل القضاء على مثل هذه الجريمة في حق الطفولة، كما يتطلب الامر ايجاد مؤسسات وهيئات تتناول هذه المشكلة باكثر فعالية وذلك حفاظا على صحة الطفل و الاسرة و المجتمع ككل . وخرجت هذه المداخلة بمجموعة من **التوصيات:**

- ضرورة تعميم وتدريس الثقافة الجنسية في المدارس الابتدائية.
- اجراء ندوات تثقيفية لامهات الاطفال حول الاضطرابات الجنسية .
- ضرورة التكفل بالاطفال ضحايا الشخص البيدوفيليلي.

12.قائمة المراجع:

- بن بادة، حياة. (2019). اضطراب اشتهاء الأطفال.. مريض يعاني وطفل في خطر مقال تم استرجاعه من الموقع التالي بتاريخ 2023/04/15:

https://www.aljazeera.net/blogs/2019/2/13/%D8%A7%D8%B6%D8%B7%D8%B1%D8%A7%D8%A8%D8%A7%D8%B4%D8%AA%D9%87%D8%A7%D8%A1%D8%A7%D9%84%D8%A3%D8%B7%D9%81%D8%A7%D9%84-%D9%85%D8%B1%D9%8A%D8%B6-%D9%8A%D8%B9%D8%A7%D9%86%D9%8A-%D9%88%D8%B7%D9%81%D9%84

- بن مجاهد، فاطمة الزهراء. (دت). مساهمة في دراسة بعض سمات شخصية الطفل المعتدي عليه جسديا بالتكرار من طرف أقرانه، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة منتوري قسنطينة.
- البيدوفيليا في علم النفس ودوافع التحرش الجنسي بالأطفال (2021) تم استرجاعه من الموقع التالي بتاريخ 2023/04/17:

https://www.hellooha.com/articles/3414%D8%A7%D9%84%D8%A8%D9%8A%D8%AF%D9%88%D9%81%D9%8A%D9%84%D9%8A%D8%A7-%D9%81%D9%8A-%D8%B9%D9%84%D9%85-%D8%A7%D9%84%D9%86%D9%81%D8%B3%D9%88%D8%AF%D9%88%D8%A7%D9%81%D8%B9%D8%A7%D9%84%D8%AA%D8%AD%D8%B1%D8%B4%D8%A7%D9%84%D8%AC%D9%86%D8%B3%D9%8A-%D8%A8%D8%A7%D9%84%D8%A3%D8%B7%D9%81%D8%A7%D9%84

- الحمادي، انور.(دت). معايير DSMS
- جعدوني، زهراء .(2010). الاعتداء الجنسي دراسة سيكوباتولوجية للتوظيف النفسي للمعتدي الجنسي، اطروحة دكتورة في علم النفس العيادي والمرضي، جامعة وهران
- سيدر، كميلة وشطيبي، زينب.(09و10-11 -2021). التحرش الجنسي بالاطفال، اسبابه، اثاره وسبل الوقاية منه. بحث مقدم في المؤتمر الدولي : الاساءة الجنسية للاطفال الواقع و سيل المعالجة. اصدارات المركز الديمقراطي العربي للدراسات الاستراتجية و السياسية و الاقتصادية/ برلين –المانيا
- عباسي، سعاد.(دت).الاعتداء الجنسي على الاطفال- اشكاله و تتبعاته حسب الذكور و الاناث. المجلة الجزائرية للطفولة و الاسرة. ص ص 97-111
- عزري، نزيهة.(2021). البيدوفيليا pedophilia وعلاقتها بجرائم الاختطاف و الاعتداء الجنسي على الاطفال في الجزائر –مقاربة نفسية-قانونية. المجلة العلمية للعلوم التربوية و الصحة النفسية. 3(3). ص ص 137-154

- عصام لبيض. (2020). شبح البيدوفيليا بين القانون و المجتمع. تم استرجاعه من الموقع التالي بتاريخ2023/04/16::

file:///C:/Users/Starter/Downloads/%D8%B4%D8%A8%D8%AD%20%D8%A7%D9%84%D8%A8%D9%8A%D8%AF%D9%88%D9%81%D9%8A%D9%84%D9%8A%D8%A7%20%D8%A8%D9%8A%D9%86%20%D8%A7%D9%84%D9%82%D8%A7%D9%86%D9%88%D9%86%20%D9%88%D8%A7%D9%84%D9%85%D8%AC%D8%AA%D9%85%D8%B9.pdf

- الغامدي، رحمة بنت على.(2015). كيف نحمي أطفالنا من التحرش الجنسي. (ط 11). الرياض.
- ناسا بالعربي.(دت) . البيدوفيليا :اضطراب اشتهاء الاطفال. تم استرجاعه من الموقع التالي بتاريخ2023/04/16:

file:///C:/Users/Starter/Downloads/%D9%86%D8%A7%D8%B3%D8%A7%20%D8%A8%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%B1%D8%A8%D9%8A%D8%A7%D9%84%D8%A8%D9%8A%D8%AF%D9%88%D9%81%D9%8A%D9%84%D9%8A%D8%A7_%20%D8%A7%D8%B6%D8%B7%D8%B1%D8%A7%D8%A8%20%D8%A7%D8%B4%D8%AA%D9%87%D8%A7%D8%A1%20%D8%A7%D9%84%D8%A7%D8%B7%D9%81%D8%A7%D9%84%20(2).pdf

- A.Victoria T. (2020). البيدوفيليا: مشكلة صحية وقانونية و اجتماعية. (جابر لبوع مترجم), مركز تفاعل للدراسات و الابحاث في العلوم الاجتماعية. (09). ص ص 2-21.

الأساليب التربوية المستخدمة في التثقيف الجنسي مع المراهقات المتمدرسات من وجه نظر الأمهات

The Educational methods used in sexual culture with adolescent schoolgirls from the point of view of mothers.

ط.د ايمان شبي/ جامعة باتنة 1/ الجزائر

ملخص الدراسة :

هدفت هذه الدراسة الى التعرف على الأساليب التربوية المستخدمة في التثقيف الجنسي مع المراهقات المتمدرسات من وجهة نظر الأمهات، ولتحقيق أهداف الدراسة اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي التحليلي، وتكونت عينة الدراسة من (45) أما تم اختيارهن بطريقة عشوائية ، أما أدوات الدراسة فقد تم إستخدام مقياس الأساليب التربوية المستخدمة في الثقافة الجنسية، وبعد التأكد من الخصائص السيكومترية للأداة، وتحليل النتائج باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة توصلت الدراسة الى النتائج التالية الى أن الأسلوب التربوي المستخدم في التثقيف الجنسي مع المراهقات المتمدرسات من وجهة نظر الأمهات هو أسلوب القصة. كما توصلت الى أن مستوى استخدام الأمهات للأساليب التربوية في الثقافة الجنسية مع المراهقات المتمدرسات متوسط، إضافة الى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأمهات في استخدام الأساليب التربوية في الثقافة الجنسية مع بناتهن تعزى لمتغير المستوى التعليمي .

الكلمات المفتاحية : الأساليب التربية ، الثقافة الجنسية ، المراهقات ، التمدرس، الأمهات.

Abstract:

This study aimed to know The Educational methods used in sexual culture with adolescent schoolgirls from the point of view of mothers. To achieve the objectives of study, the researcher used the descriptive approach. The sample of the study consisted of (45) mother' s who were randomly selected. As for the study tools, the measure of the educational methods used in sexual culture were used. After verifying the psychometric characteristics of the tools and analyzing the results using appropriate statistical methods, the study reached the following results: The Educational methods used in sexual culture with adolescent schoolgirls from the point of view of mothers is the story style . level of use of mothers' educational methods used in sexual culture with adolescent schoolgirls is average. there are no statistically significant differences between mothers in the use of educational methods used in sexual culture with their daughters attributable to the variable level of education

key words: The Educational methods, sexual culture, adolescent ,schooling, the mothers.

مقدمة :

إن موضوع التربية من أبرز المواضيع التي حظيت بالإهتمام الكبير من قبل الباحثين والدارسين لأنه يعد المبدأ الرئيسي في تنشئة الأفراد ورعايتهم ، والتي تتكفل بهذه المهمة الأسرة باعتبارها أول وأبرز المؤسسات التربوية وهي اللبنة الرئيسية لبناء المجتمع وإشباع حاجات أفراده المادية والمعنوية ، وخاصة الوالدين الذين يتبعون جملة من القواعد والمبادئ والأساليب التي تشكل كلا متكاملا في تربية الأبناء(حمادو،2019، ص.1).لذلك فالأسرة هي الوحدة الأساسية وهي أهم مؤسسة تقوم بعملية التنشئة الإجتماعية وخاصة الأمهات والتي يعول عليهن العبء الأكبر في توعية المراهقات بالثقافة الجنسية خاصة وأن مرحلة المراهقة تعد أشد المراحل في حياة الشباب، والتي تتطلب تنشئة إجتماعية وتربية جنسية ، كما أنهن في أمس الحاجة لتوجيه لفهم ومواجهة المشكلات العاطفية أو الجنسية المحتملة في ظل ما يعيشونه من بلبلة وتناقض بين ما يسمعن ويرون بخصوص الجنس(الرشيدي، 2022، ص.589). ورغم أن موضوع الجنس أو الثقافة الجنسية من الطابوهات في المجتمعات العربية وخاصة المجتمع الجزائري، لأن الجنس في مجتمعنا أحيط بصيغة انفعالية عير مرضية ، حيث أصبح أي موضوع متعلق به محرما سماعه ومناقشته مع الآباء لأنه يعد من الطابوهات التي لا يجب الحديث عنه (سعو،2020، ص.1)، إلا أنه من أبرز مكونات التنشئة الإجتماعية التي عن طريقها تتعلم المراهقات القيم الجنسية والسلوك الإجتماعي المسموح به في إطار ثقافتهن لإشباع الدافع الجنسي (الرشيدي، 2022،ص. 589). وهناك العديد من الأساليب التربوية التي تستخدم في مجال التثقيف الجنسي كالقصة ، جماعة الرفاق، أسلوب القدوة، أسلوب الوعظ والنصح، أسلوب الحوار...، والتي يعول عليها الأمهات في تنوير وتهذيب النشء وفق القيم والمعتقدات التي يؤمنون بها.

وانطلاقا من ذلك أصبحت قضية استخدام الأساليب والفنيات التربوية في التثقيف الجنسي للمراهقات قضية ضرورية ، خاصة في ظل ما طرأ على المجتمع الجزائري من تغيرات إجتماعية مخيفة من حيث مجال الاتصالات.

مشكلة البحث :

تعد الأسرة الأساس الذي يبنى عليها المجتمع ، حيث يتلقى فيها الطفل خبرات الحياة المختلفة ، ونماذج من السلوك الإجتماعي من الصغر الى أن يكبر، فوظيفة الأسرة وخاصة الأم ليست مقتصرة على

الإنجاب فقط وإنما يتعدى الى إعداد الأجيال إعداد متكاملا ، وإذا أردنا أن نبحث في ثنايا التربية فإنه لازاما علينا أن نتناول زاوية من زواياها حتى يتضح المراد البحث فيه، فعندما نقول الأساليب التربوية فنقصد بها تلك الفنيات والمهارات المستعملة من طرف الأولياء للوصول الى تربية الأبناء، فهم بحاجة ماسة الى تربية شاملة نفسية وجسمية وعقلية وجنسية هذه الأخيرة التي تعد من الحاجات الفيزيولوجية الأساسية للحفاظ على النوع البشري والتي يجب تهذيبها وتوجيهها ، والإحساس الجنسي يظهر بوضوح في مرحلة المراهقة التي تتميز بتغيرات متتابعة في النشاط العقلي، الإنفعالي، الجسمي والإجتماعي...، عند كلا الجنسين ويتبادر الى أذهانهم أسئلة يسعون الى إيجاد إجابات لها من جماعة الرفاق أو مصادر أخرى غير آمنة ومغلوطة ، وأكد الباحثون على ضرورة أخذها من الوالدين والتي تعد ثقافة جنسية صحيحة ، وفي إحصاءات جرت في فرنسا تبين أن (91%)من الطلاب أعلنوا أنهم قد حصلوا على أول تأثير جنسي من مصدر غير سليم (79%) منهم أكدوا أن أثر ذلك كان سيئا بينما الفئة التي تلقت التربية الجنسية في الوقت المناسب على أيدي آبائهم كانت نسبة ضئيلة لا تتعدى(2.1%). وهنا يظهر دورهم في أهمية توجيه سلوك أبنائهم من خلال التوعية المستمرة التي تتناسب وخصائص ومراحل النمو، ونذكر بالأخص الدور الإيجابي الذي تلعبه الأم في تعزيز الثقافة الجنسية كونها قريبة منها. هذا المفروض أن يكون لكن الواقع يعكس لنا شيء آخر تماما ، فعدما نتحدث مع الأمهات حول هذا الموضوع نجد عزوف أو غضب أو تظاهر بعدم المعرفة أو النظرة الدونية لكل ماهو مرتبط بالجنس ، ومن هنا نلتمس مدى الحاجة لمثل هذه المواضيع التي توصي بأهمية الثقافة الجنسية خاصة في مرحلة المراهقة ، وهذا يستلزم أساليب تربوية من شأنها تنظيم المعلومات ووضعها على شكل قواعد ترتكز عليها الثقافة الجنسية السوية والصحيحة ومن هنا نطرح التساؤلات التالية :

- ✓ ماهو الأسلوب التربوي المستخدم في التثقيف الجنسي مع المراهقات المتمدرسات من وجهة نظر الأمهات ؟
- ✓ ما مستوى استخدام الأمهات للأساليب التربوية في الثقافة الجنسية مع المراهقات المتمدرسات؟
- ✓ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأمهات في استخدام الأساليب التربوية في الثقافة الجنسية مع بناتهن تعزى لمتغير المستوى التعليمي؟

أهداف الدراسة :

- ✓ التعرف على الأسلوب التربوي المستخدم في التثقيف الجنسي مع المراهقات المتمدرسات من وجهة نظر الأمهات.

- ✓ الكشف عن مستوى استخدام الأمهات للأساليب التربوية في الثقافة الجنسية مع المراهقات المتمدرسات.
- ✓ التعرف على مدى وجود فروق بين الأمهات في استخدام الأساليب التربوية في الثقافة الجنسية مع بناتهن تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

أهمية البحث :

تكمن أهمية الدراسة في أهمية النتائج المتوصل اليها، فهي تفيد المجتمع بصفة عامة والأمهات بصفة خاصة في كيفية مع التعامل مع المسائل الجنسية في فترة المراهقة ، كما تعد هذه الدراسة دافعا للكشف عن الأساليب التربوية وانعكاسها على سلوك المراهقات وكيفية التعامل مع المسائل الجنسية في حياتهم الحالية والمستقبلية ، لأنها إن لم تعلم بطريقة صحيحة ومنظمة سوف تؤثر على سلوك الأبناء وأخلاقهم وتصبح البنت من ضحايا سوء الثقافة الجنسية وهذا ما نراه اليوم فالاستعمال المتزايد من طرف المراهقات لوسائل الإتصال بكل أنواعها أدى الى فرض ثقافة غير ثقافتنا وأصبح المراهق مثقف من مصادر متعددة.

مصطلحات الدراسة:

1. **الأساليب التربوية The Educational methods:**

هي مجموعة الإجراءات أو الطرق أو الممارسات التي يتبعها الآباء والأمهات في تنشئة أبنائهم (ليماني، 2021،ص. 378).

وتعرفها الباحثة إجرائيا بأنها الدرجة التي تتحصل عليها الأمهات في المقياس المستخدم في الدراسة .

2. **التثقيف الجنسي sexual culture :**

هي نوع من التربية التي تمد الفرد بالمعلومات العلمية والخبرات والإتجاهات الصحيحة إزاء المسائل الجنسية ، حسب ما يسمح به نموه الجسمي ،العقلي ،الإنفعالي والإجتماعي مما يؤهله لحسن التعامل مع المواقف الجنسية قصد تحقيق الصحة النفسية والجسمية خلال مراحل حياته المختلفة (بن عاشور، بلال، 2021،ص. 41).

وتعرفها الباحثة إجرائيا في دراستنا الحالية على أنها تقييم لإجابات أفراد العينة (الأمهات) على مقياس الأساليب التربوية المستخدم في التثقيف الجنسي.

3. **الأمهات the mothers :**

هن أمهات المراهقات المتمدرسات اللواتي تم توزيع مقياس الدراسة عليهن.

الدراسات السابقة :

- **دراسة أنتوني وتاجليديس (1998) (Antony ,Tglides): بعنوان "إتجاهات الأولياء والمعلمين نحو تدريس التربية الجنسية"**، والتي تهدف الى التعرف اتجاهات الأولياء والمعلمين نحو تدريس التربية الجنسية بواسطة التلفزيون التعليمي، ونحو الوسائل الصوتية والمرئية في التثقيف الجنسي وتمثلت العينة في (175) من الأولياء و (116) معلما وقد اعتمد الباحثان على أداة تقيس تلك الإتجاهات وفق المنهج الوصفي وقد توصلت الدراسة الى ما يلي :

_ يفضل الأولياء والمعلمون استخدام الوسائل السمعية والمرئية في التربية الجنسية(حمادي ، 2017،ص ص 132-133).

- **دراسة الشماس (2003) بعنوان: " التربية الجنسية في الأسرة المفهوم والممارسة "** ، والتي هدفت الى رصد واقع التربية الجنسية في الأسرة في مدينة دمشق ، والتعرف على تقبل الوالدين لأسئلة أبنائهم الخاصة بالمسائل الجنسية، وتمثلت عينتها في (168) ذكور و (132) إناث واستخدم استبانة مكونة من (300) مفردة حول التربية الجنسية ، وفق المنهج الوصفي وكان أبرز نتائجها كما يلي :

_ نسبة عالية من الأولياء لا يتحدثون عن الأمور الجنسية مع أبنائهم .

_ لا توجد فروق في إتجاهات الأولياء في استخدام التربية الجنسية تعزى للمستوى التعليمي(أومدور، غلوم ،2022،ص. 16).

- **دراسة أسماء عبد الرحمان ورغدة الشريم(2009) بعنوان: " إتجاه الآباء والأمهات نحو التربية الجنسية وممارستهم التربوية ذات العلاقة في منطقة عمان الكبرى"**، والتي تهدف الى التعرف على إتجاهات الآباء والأمهات نحو التربية الجنسية ، كما هدفت الى معرفة أثر متغيرات الجنس والمستوى التعليمي والعمر على هذه الإتجاهات ، وتمثلت العينة في (645) فرد، وقد استخدمت الباحثتان مقياس اتجاهات الأولياء نحو التربية الجنسية ، وفق المنهج الوصفي وتوصلت الدراسة الى ما يلي:

_ وجود إتجاهات إيجابية نحو التربية الجنسية للآباء و الأمهات.

_ وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث ولمتغير المستوى التعليمي لصالح المستوى الأعلى.

_ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير العمر(أومدور، غلوم،2022)).

- **دراسة سيدي موسى ليلى (2016) بعنوان " إشكالية التربية الجنسية في الأسرة الجزائرية"** ، والتي هدفت الى تسليط الضوء على الواقع الجزائري فيما يتعلق بالتربية الجنسية سلوكيا وتربويا وأخلاقيا من خلال التطرق الى قضايا التنشئة الإجتماعية والعمليات التربوية في الأسرة الجزائرية ويتفرع عنها مسائل مرتبطة بإشكالية الجنس والتربية الجنسية ، وتمثلت العينة في (132) تلميذ وتلميذة ، وقد اعتمدت الباحثة على الملاحظة واستمارة لجمع البيانات ، وفق المنهج الوصفي التحليلي ، وقد توصلت الدراسة الى ما يلي :

_ يفضل التلاميذ الحديث مع بعضهم البعض في المسائل الجنسية للحصول على المعلومات .

_ المستوى المعيشي المرتفع والمستوى التعليمي المرتفع لا يؤثر في التزود بالمعرفة في المسائل الجنسية(بن عاشور، بلال، 2021، ص.42) .

- **دراسة نوف بنت شديد بن محمد القحطاني (2022) بعنوان :" مستوى تطبيق الأمهات للتربية الجنسية لحماية أطفالهن من اضطراب الهوية الجنسية"** ، والتي هدفت الى التعرف على مستوى تطبيق الأمهات للتربية الجنسية لحماية أطفالهن من اضطراب الهوية الجنسية ، والكشف عن العلاقة بين مستوى تطبيق الأمهات للتربية الجنسية وأعراض اضطراب الهوية الجنسية عند الأطفال ، وتمثلت عينتها (340) مفردة بحثية من أمهات الأطفال ، واستخدمت استبانة شملت بعدين (مستوى تطبيق الأمهات للتربية الجنسية، ومستوى ظهور أعراض اضطراب الهوية الجنسية) وذلك وفق المنهج الوصفي التحليلي والمنهج الإرتباطي، وكان أبرز نتائجها ما يلي :

_ مستوى تطبيق الأمهات للتربية الجنسية لحماية أطفالهن من اضطراب الهوية الجنسية مرتفع .

_أعراض اضطراب الهوية الجنسية عند الأطفال بمستوى منخفض.

_ وجود علاقة ارتباطية سالبة بين مستوى تطبيق الأمهات للتربية الجنسية وظهور أعراض اضطراب الهوية الجنسية(القحطاني، 2022،ص. 587).

فروض الدراسة :

- ✓ الأسلوب التربوي المستخدم في التثقيف الجنسي مع المراهقات المتمدرسات من وجهة نظر الأمهات هو أسلوب القصة.
- ✓ مستوى استخدام الأمهات للأساليب التربوية في الثقافة الجنسية مع المراهقات المتمدرسات متوسط .
- ✓ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأمهات في استخدام الأساليب التربوية في الثقافة الجنسية مع بناتهن تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

الطريقة والإجراءات :

أولا : منهج الدراسة :

تم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي كونه يلائم طبيعة الموضوع ويعرف بأنه طريقة لوصف ظاهرة معينة باتباع منهجية علمية والتعبير عنها كميا من خلال جمع البيانات وتصنيفها وتحليلها (قوارف ، حواس ،2020،ص. 262).

ثانياً: عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة الإستطلاعية من (30) أما تم إختيارهن بطريقة عشوائية.

ثالثًا: أداة الدراسة :

- **مقياس الأساليب التربوية المستخدمة في التثقيف الجنسي:**

صمم هذا المقياس من طرف أسماء حمادو، ويتكون من (22) بندا موزعة على 5 أبعاد وهي موضحة كما يلي:

بعد القصة، بعد القدوة، بعد الوعظ والنصح، بعد الحوار، بعد تعليم الآداب ، يقوم المفحوصين بالإجابة على هذا الاستبيان عن طريق اختيار 1 من 3بدائل وهي (لا ، أحيانا ،دائما) ، حيث تعطى لكل بديل قيمة وهي متدرجة وفق الترتيب السابق (1، 2، 3) ، بحيث تكون أعلى درجة على المقياس هي 66 وأدنى درجة هي 22.

جدول (1) يوضح : أبعاد مقياس الأساليب التربوية المستخدمة في التثقيف الجنسي

الأبعاد	رقم البنود
بعد القصة	**1، 2، 3، 4**
بعد القدوة	**5، 6، 7، 8**
بعد الوعظ والنصح	**9، 10، 11، 12، 13**
بعد الحوار	**14، 15، 16، 17، 18**
بعد تعليم الآداب	**19، 20، 21، 22**

الخصائص السيكومترية للمقياس :

أولا :صدق المقياس :

تم حساب الصدق عن طريق الصدق التمييزي .

الصدق التمييزي :

تم حساب الصدق لهذا المقياس بطريقة الصدق التمييزي وذلك بأخذ درجات التلاميذ على الأداة وترتيب درجاتهم من أقل درجة الى أعلاها وأخذ نسبة 27 % من حدود الطرفين الدنيا والعليا وحساب متوسطاتها وقيمة انحرافها المعياري ومعرفة دلالة الفروق من خلال اختبار "ت" .

الجدول (2) يوضح : نتائج اختبار "ت" بين متوسطي المجموعتين الطرفيتين على مقياس الأساليب التربوية المستخدمة في التثقيف الجنسي.

الفئة	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	"ت" المحسوبة	مستوى الدلالة	درجة الحرية
الفئة العليا 27 %	8	55.88	2.748	-12.312	0.00	14
الفئة الدنيا 27%	8	40.38	2.264			

يتضح من خلال الجدول رقم (2) أن قيمة "ت" =12.312- وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01 إذن فإن المقياس يتمتع بصدق تمييزي جيد.

ثانيا : ثبات المقياس :

تم حساب الثبات بطريقة ألفا كرونباخ.

ألفا كرونباخ :

يعد من أهم مقاييس الاتساق الداخلي :

الجدول (3) يوضح : نتائج ألفا كرونباخ

العينة	ألفا كرونباخ
30	0.773

يتضح من خلال الجدول رقم (3) أن ألفا كرونباخ = 0.773 وهي قيمة دالة ، وهذا ما يؤكد أن المقياس ثابت .

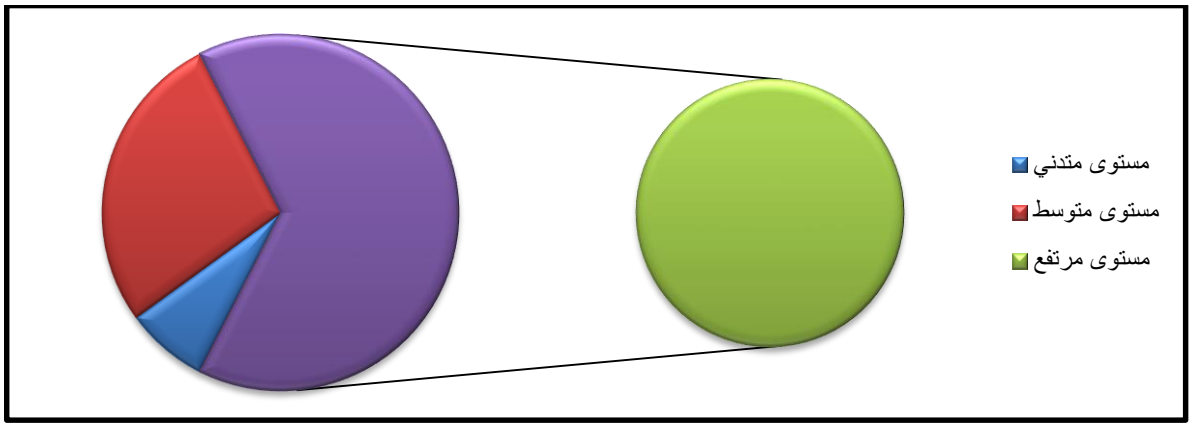
الدراسة الأساسية :

أولا : عينة الدراسة : شملت عينة الدراسة على (40) أما من ولاية باتنة تم اختيارهن بطريقة عشوائية.

خصائص العينة الأساسية :

الجدول (4) يوضح : خصائص العينة الأساسية من حيث المستوى التعليمي

المتغير	الفئات	التكرار	المجموع	النسب المئوية
المستوى التعليمي	متدني	3	40	% 7.5
	متوسط	11		% 27.5
	مرتفع	26		% 65



شكل (1) يوضح : خصائص العينة الأساسية من حيث المستوى التعليمي

نتائج الدراسة وتفسيرها:

1. **نتائج الفرض الأول:**

ينص الفرض الأول على أنه" **الأسلوب التربوي المستخدم في التثقيف الجنسي مع المراهقات المتمدرسات من وجهة نظر الأمهات هو أسلوب القصة".**

من أجل التعرف على الأسلوب التربوي المستخدم في التثقيف الجنسي مع المراهقات المتمدرسات من وجهة نظر الأمهات سوف نقوم بحساب المتوسطات الحسابية و الإنحرافات المعيارية لمعرفة الأسلوب الأكثر استخداما .

الجدول (5) يوضح : المتوسطات الحسابية والإنحر افات المعيارية لإستجابات أفراد العينة حول الأساليب التربوية المستخدمة في التثقيف الجنسي مع المراهقات المتمدرسات

البعد	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	الترتيب
بعد القصة	13.63	1.079	1
بعد الحوار	10.10	2.725	2
بعد تعليم الآداب	8.25	2.426	3
بعد القدوة	7.75	2.239	4
بعد الوعظ والنصح	7.68	1.979	5

يتضح من الجدول (5) أن المتوسط الحسابي لبعد القصة هو (13.63) وانحراف معياري قدر ب(1.079) وبالتالي فهو يكون في الترتيب الأول ، أما المتوسط الحسابي لبعد الحوار فكان (10.10) بانحراف معياري قدر ب(2.725) وكان ترتيبه الثاني ، والمتوسط الحسابي لبعد تعليم الآداب (8.25) بانحراف معياري قدر ب(2.426) وترتيبه الثالث ، في حين بلغ المتوسط الحسابي لبعد القدوة (7.75) بانحراف معياري قدر ب(2.239) وترتيبه الرابع و المتوسط الحسابي لبعد الوعظ والنصح (7.68) بانحراف معياري قدر ب(1.979) وترتيبه الخامس ، ومنه فإن الفرضية محققة.

يتضح من خلال نتائج الجدول (5) أن الأسلوب التربوي المستخدم في التثقيف الجنسي من طرف الأمهات مع المراهقات المتمدرسات هو أسلوب القصة ، وعند مقارنة هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة في الموضوع نفسه يتبين أنها تختلف مع دراسة أنتوني وتاجليديس (1998) (Antony ,Tglides) ، و دراسة سيدي موسى ليلى (2016).

بما أن الأمهات هن أول الأفراد اللواتي تزود المراهقات بمعلومات عن الثقافة الجنسية باعتبارهن المصدر الأكثر أمنا وثقة، لذا فهن يفضلن استخدام أسلوب القصة للتثقيف الجنسي، ويفسر ذلك لاعتقادها بأنه الأسلوب الأنسب والأسهل للتزود بالمعلومات السليمة في الثقافة الجنسية في مختلف مراحل نمو بناتهن لعدم ثقتهن بالوسائل التكنولوجية الحديثة ، وفي جماعة الرفاق ... كمساهمين في التربية الجنسية، كما أن الأمهات لا يملكن الأسلوب أو الطريقة التي تؤهلهن لإيصال المعلومات الجنسية بما يناسب ووعي المراهقات ، أي أنهن لا يملكن الطريقة التي تحفظ المراهقات ولا تثير لديهن الفضول الجنسي خاصة وأنهن يعشن في مرحلة التحول العضوي والجسدي لهذا فهن يفضلن أسلوب القصة من أجل تحقيق نضج إجتماعي وجنسي سليم.

2. **نتائج الفرض الثاني:**

ينص الفرض الثاني على أنه " **مستوى استخدام الأمهات للأساليب التربوية في الثقافة الجنسية مع المراهقات المتمدرسات متوسط**".

وللتحقق من هذا الفرض قمنا بحساب المتوسط الحسابي والإنحراف المعياري والتكرارات وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول(7) :

جدول (6) يوضح: مجالات مستويات الأساليب المستخدمة في التثقيف الجنسي

المجال	من 22 الى 36	من 37_ الى 51	من 52_ الى 66
المستوى	**منخفض**	**متوسط**	**مرتفع**

جدول (7) يوضح : التوزيع التكراري لدرجات الأمهات على مقياس الأساليب التربوية المستخدمة في التثقيف الجنسي

مجالات الأساليب المستخدمة في التثقيف الجنسي	التكرارات	النسبة المئوية
مستوى منخفض	**00**	**% 00**
مستوى متوسط	**25**	**% 62.5**
مستوى مرتفع	**15**	**% 37.5**
المجموع	**40**	**% 100**

يتضح من الجدول (7) أن تكرار المستوى المنخفض هو (00) أي بنسبة (0%) ، أما تكرار المستوى المتوسط (25) أي بنسبة (62.5%) ، أما تكرار المستوى المرتفع هو (15) أي بنسبة (37.5%) ، وبالتالي نستنتج أن عينة الدراسة (الأمهات) يستخدمن الأساليب التربوية في التثقيف الجنسي مع المراهقات المتمدرسات بمستوى متوسط ، وبالتالي فإن الفرضية محققة.

يتضح من خلال نتائج الجدول(7) أن مستوى استخدام الأمهات للأساليب التربوية في التثقيف الجنسي كان بمستوى متوسط ، وعند مقارنة هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة في الموضوع نفسه يتبين أنها تختلف مع دراسة نوف بنت شديد بن محمد القحطاني (2022)، و دراسة الشماس (2003)، وتتفق مع دراسة أسماء عبد الرحمان ورغدة الشريم(2009).

ويفسر الإستخدام المتوسط للأساليب التربوية في التثقيف الجنسي من طرف الأمهات الى الإحراج والخجل في كيفية توصيل المبادئ المتعلقة بالثقافة الجنسية كون هذا الموضوع يعد من الطابوهات في المجتمعات العربية عامة وفي الأسر الجزائرية خاصة ، بل ويتكلم عنه بكثير من التستر والخوف باعتباره

"العيب الأكبر" أو " الممنوع" ضنا منهن أن كل عبارة ترد فيها هذه الكلمة فهي عبارة لا أخلاقية، والحقيقة أن لهذا الإعتقاد رغم خطئه ما يسنده في الواقع، إذ أن تلك الكلمة لا تستخدم في وسائل الإعلام إلا بمعناه السلبي، وقلما نعثر على برامج تستخدمها بالمعنى العلمي الفقهي.

كما أن الأمهات يستخدمن الأساليب التربوية في التثقيف الجنسي بمستوى متوسط خوفا منهن أن تؤدي الى زيادة الجرأة لدى المراهقات للقيام ببعض التجارب الجنسية في سن مبكرة وهو ما لا يتناسب مع القيم الأخلاقية في المجتمع.

3. نتائج الفرض الثالث:

ينص الفرض الثالث على أنه **"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأمهات في استخدام الأساليب التربوية في الثقافة الجنسية مع بناتهن تعزى لمتغير المستوى التعليمي".**

وللتحقق من هذه الفرضية تم تطبيق إختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) ، وذلك لبيان الفروق الإحصائية بين المتوسطات الحسابية لإجابة الأمهات على مقياس الأساليب التربوية المستخدمة في التثقيف الجنسي وفق متغير المستوى التعليمي (منخفض ، متوسط ، مرتفع)، والجدول (8) يوضح ذلك :

جدول (8) يوضح: نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لفحص الفروق بين المتوسطات الحسابية لإجابة عينة الدراسة على مقياس الأساليب التربوية المستخدمة في التثقيف الجنسي باختلاف المستوى التعليمي

المتغير	مصدر الفروق	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	الدلالة الإحصائية
الأساليب التربوية المستخدمة في التثقيف الجنسي	بين المجموعات	21.310	2	10.655	0.245	0.487 غير دالة
	داخل المجموعات	1610.290	37	43.521		
	الكلي	1631.600	39			

قائمة المراجع :

1) أومدور ، لينة. غلوم، آية. (2022). إتجاهات الأولياء نحو التربية الجنسية الاسرية، مذكرة ماستر، جامعة 8 ماي 1945. قالمة .

2) بن عاشور، عائشة. بلال، لينة.(2021). دور التربية الجنسية في اختيار استراتيجيات مواجهة الضغوط عند المراهق-دراسة لتسع حالات بثانوية فلوح الجيلالي مستغانم-.(مجلة العلوم الإجتماعية) ،1(7)، 37-52.

3) حمادي، منوبية.(2017). سوسيولوجيا الإتجاهات الوالدية نحو التربية الجنسية للأبناء .(مجلة السراج في التربية وقضايا المجتمع) ،جامعة الواد ، (2)، 127-142.

4) الرشيدي، فاطمة عبد الله.(2022). دور الأسرة في تنمية الوعي بالثقافة الجنسية لدى الفتيات .(مجلة كلية التمريض)، جامعة المنصورة ،589-606.

5) القحطاني ، نوف بنت شديد بن محمد (2022). مستوى تطبيق الأمهات للتربية الجنسية لحماية أطفالهن من اضطراب الهوية الجنسية. (المجلة العربية للنشر العلمي)، جامعة الملك سعود، 586-620.

6) قوارف، رانيا. حواس، خضرة.(2020). الفروق في عادات العقل بين تلاميذ التعليم الثانوي _ دراسة ميدانية فارقيه_، (مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية) ، (1) . 249-286.

7) لعور، أشرف. سعو، منى.(2020). التصورات الإجتماعية للتربية الجنسية لدى الأولياء في الأسرة الجزائرية ،مذكرة ماستر .جامعة العربي بن مهيدي .أم البواقي.

8) ليماني ، شهرزاد. منصوري، عبد الحق.(2021). الأساليب التربوية التي تعتمدها الأسرة الجزائرية في تأهيل أبنائها لمهنة المستقبل كما بدركها الأبناء.(مجلة آفاق فكرية)، جامعة جيلالي ليابس، 9(3)، 374-394.

الأفكار الجنسية اللاعقلانية، والرضا الجنسي، وحب العشرة في علاقتهم بشدة اضطراب الألم الحوضي – التناسلي/ الإيلاج

and Companionate love its Sexual Irrational Thoughts, Sexual Satisfaction relation with Genito-pelvic pain /penetration disorder

أ.د/ هناء أحمد محمد شويخ
أستاذ علم النفس الاكلينيكي. قسم علم النفس. كلية الآداب. جامعة الفيوم
Hanaa A. M. Shuwaikh, Ph.D.
Professor – Clinical Psychology
Department of Psychology – Fayoum University

ملخص الدراسة: تهدف الدراسة الراهنة إلى توضيح مدى تباين شدة اضطراب الألم الحوضي. التناسلي / الإيلاج لدى النساء في ضوء كل من: الأفكار الجنسية اللاعقلانية، والرضا الجنسي، وحب العشرة. وكذلك تهدف إلى استكشاف الفرق بين السيدات الأصحاء والأخريات ذوات اضطراب الألم الحوضي. التناسلي / الإيلاج في هذه المتغيرات. وقد تكونت عينة الدراسة من مجموعتين: (أ) المجموعة الأولي: تحتوي على (30) سيدة لا تعاني من أي اضطرابات جنسية، بمتوسط عمر مقداره 28.15 سنة، وانحراف معياري يقدر بـ ± 4.25 سنة. (ب) المجموعة الثانية: تتكون من (12) سيدات من ذوي اضطراب الألم الحوضي – التناسلي/ الإيلاج، بمتوسط عمر مقداره 29.23 سنة، وانحراف معياري يقدر بـ ± 6.22 سنة. وقد طبقت على العينة بطارية من الأدوات النفسية اشتملت على: مقياس اضطراب الألم الحوضي. التناسلي / الإيلاج، ومقياس الأفكار الجنسية اللاعقلانية، ومقياس الرضا الجنسي، ومقياس حب العشرة، واستمارة البيانات الديموجرافية، كما روعي التحقق من الكفاءة السيكومترية للأدوات. ومن نتائج البحث: (1) توجد فروق دالة إحصائيًا بين السيدات الأصحاء والسيدات ذوات اضطراب الألم الحوضي. التناسلي / الإيلاج في درجة كلا من الأفكار الجنسية اللاعقلانية والرضا الجنسي. (2) تتباين شدة اضطراب الألم الحوضي. التناسلي / الإيلاج بتباين كل من الأفكار الجنسية اللاعقلانية، والرضا الجنسي، وحب العشرة، ونوع اضطراب الإيلاج.

الكلمات المفتاحية: اضطراب الألم الحوضي. التناسلي / الإيلاج، الأفكار الجنسية اللاعقلانية، والرضا الجنسي، وحب العشرة

Abstract: This study aimed to discover the variance between the Genito-pelvic pain/penetration disorder according to sexual irrational thoughts, sexual satisfaction and companionate love. Also clarified the differences between healthy women and others with GP/PD in some psychological variables. The study sample consisted of two groups: Group A: contains (30) healthy females (mean age 28.15 years ± 4.25). Group B: consists of (15) Women with GP/PD (mean age 29.23 years ± 6.22). The battery of questionnaires

including: GP/PD questionnaire, sexual irrational thoughts scale, sexual satisfaction scale, companionate love scale and demographic questionnaire had been used to collect the data after fulfilling the psychometric requirements of the battery. Results revealed that: (1) There were significant differences between healthy women and others with GP/PD in sexual irrational thoughts and sexual satisfaction. (2) There was variance between the severity of the GP/PD according to sexual irrational thoughts, sexual satisfaction, companionate love and the kind of disorder.

Keywords: Genito-pelvic pain/penetration disorder, sexual irrational thoughts, sexual satisfaction, companionate love

المقدمة:

تهدف الدراسة الراهنة توضيح مدى تباين شدة اضطراب الألم الحوضي ـ التناسلي / الإيلاج(1) لدى النساء في ضوء كل من: الأفكار الجنسية اللاعقلانية(2)، والرضا الجنسي(3)، وحب العشرة(4). كذلك تهدف إلى استكشاف الفرق بين السيدات الأصحاء والأخريات ذوات اضطراب الألم الحوضي ــ التناسلي / الإيلاج في هذه المتغيرات.

تُمثل الدراسة العلمية للحياة الجنسية أحد المجالات المهمة لتكامل الشخصية الإنسانية منذ عقدين سابقين حتى الآن(Coleman, 2002)، ومن الموضوعات الشائع دراستها في هذا المجال؛ الرضا الجنسي، والعادات الجنسية، والفعالية الجنسية، بالإضافة إلى الاضطرابات الجنسية(5) لدى الجنسين(Haavio-Mannila, Kontula & Kuusi, 2002). ومن المؤكد أن للعوامل الثقافية، والبيولوجية، والاجتماعية، والنفسية دوراً مهماً في نشأة الاضطرابات الجنسية، أو تحقيق الصحة الجنسية(Leiblum,2002). مما زاد الاهتمام بالاختلالات الجنسية خلال السنوات الماضية، هو توصية الأبحاث ضرورة التعامل معها في ضوء النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي(6) وليس المنظور الطبي الدوائي(7)(Bitzer, Platano, Tschudin & Alder,2008). وتنقسم الاضطرابات الجنسية إلى قسمين رئيسين، هما: اضطرابات الاختلالات الوظيفية الجنسية(8)، واضطرابات الانحرافات الجنسية(9). وتعُرف

(1)Genito-pelvic pain /penetration disorder
(2)Sexual Irrational Thoughts
(3)Sexual Satisfaction
(4)Companionate love
(5)Sexual disorders
(6)Biopsychosocial Model
(7)Med-pharmacology
(8)Sexual dysfunctions
(9)Paraphilias

الاختلالات الوظيفية الجنسية بأنها الخلل المستمر في القدرة على الشعور بالإثارة الجنسية(10)، أو الرغبة(11)، أو الأورجازم (نشوة أو رعشة الجماع)(12)، أو الألم الجنسي(13). أما اضطرابات الانحرافات الجنسية فتشير إلى الانجذاب المستمر والمزعج لأنشطة أو لموضوعات جنسية غير معتادة (Rowland & Burek, 2007). وينبغي أن تكون هذه الاختلالات الوظيفية الجنسية ثابتة وتحدث بشكل متكرر، وتسبب كرب جوهري إكلينيكي أو مشكلات في الوظيفة، ولن يتم تشخيص على أنه اختلال الوظيفية الجنسية إذا تم اعتبار المشكلة برمتها تدخل في إطار المرض الطبي (مثل داء السكري) أو تنتج عن مرض نفسي (كما في مرض الاكتئاب الرئيسي)(Kring, Johnson, Davison, & Neale, 2014).

وطبقًا للدليل الخامس يُعرف اضطراب الألم الحوضي . التناسلي/ الإيلاج بأنه "الشعور بالألم المتكرر والمستمر خلال عملية الجماع، سواء أثناء بدء الإيلاج أو بعده (Meana, Binik, Khalife & Cohen, 1997). وتمثل الخطوة الأولى للتشخيص هو التأكد من أن الألم لدى النساء ليس راجعًا لمشكلة طبية كالعدوى، أو لنقص الإفرازات المهبلية بسبب انخفاض الرغبة، أو لحدوث تغييرات بعد سن انقطاع الدورة الشهرية(McCormick, 1999)، وهي من الشكاوي الشائعة التي تفصح بها النساء لأطباء النساء والولادة(Leiblum, 1997).

وتحتوي اضطرابات الألم طبقًا للدليل الرابع المعدل DSM-IV-R على شقين، هما: عسر الجماع(14)، ويُعرف بأنه الشعور الدائم أو المتكرر بالألم أثناء الجماع، والتشنج المهبلي(15) ويشير إلى التشنجات العضلية اللاإرادية للمثلث الخارجي من المهبل، لدرجة تجعل من المستحيل حدوث الجماع. ولكن في الدليل الخامس للاضطرابات النفسية DSM-5 تم دمج هذين الاضطرابيين معًا، لأنه أصبح من الواضح اشتراك حدوثهما معًا. وهذا ما أكدته إحدى الدراسات عند قياس التوتر العضلي للمهبل، حيث وجدت أن النساء المصابات بعسر الجماع والأخريات المصابات بالتشنج العضلي أظهرن مستويات متقاربة من التوتر العضلي (Binik, 2010).

(10)Sexual arousal
(11)Desire
(12)Orgasm
(13)Sexual pain
(1)Dyspareunia
(2)Vaginismus

وبالرغم من التقدم الجوهري لعلاج المشكلات الجنسية، فمازال هناك نقص ملحوظ في المعلومات الخاصة بالمشكلات الجنسية لدى المرآة عند مقارنتها بالذكور. وطبقًا للمسح القومي للصحة والحياة لاجتماعية National Heath and Social Life Survey (NHSLS) يصل معدل الاختلالات الجنسية لدى المرآة إلى 43٪ في الولايات المتحدة، وتتركز في نقص الرغبة الجنسية، والعجز عن الوصول إلى النشوة الجنسية، وحدوث ألم أثناء الجماع (Nik-Azin, Nainian, Zamani, Bavojdan, Bavojdan & Motlagh, 2013). أما عن نسبة انتشار اضطراب الألم أثناء الجماع، فتتراوح النسبة ما بين 8٪ إلى 15٪ لدى النساء (Bancroft, Loftus & Long, 2003; Shifren, Monze, Russo, Segreti & Johannes, 2008; Laumann, Paik, & Rosen, 1999). وأوضحت بعض الإحصائيات أن ما بين 1 إلى 5 سيدات تعاني من التشنج المهبلي والألم الجنسي(Laumann et al., 2005).

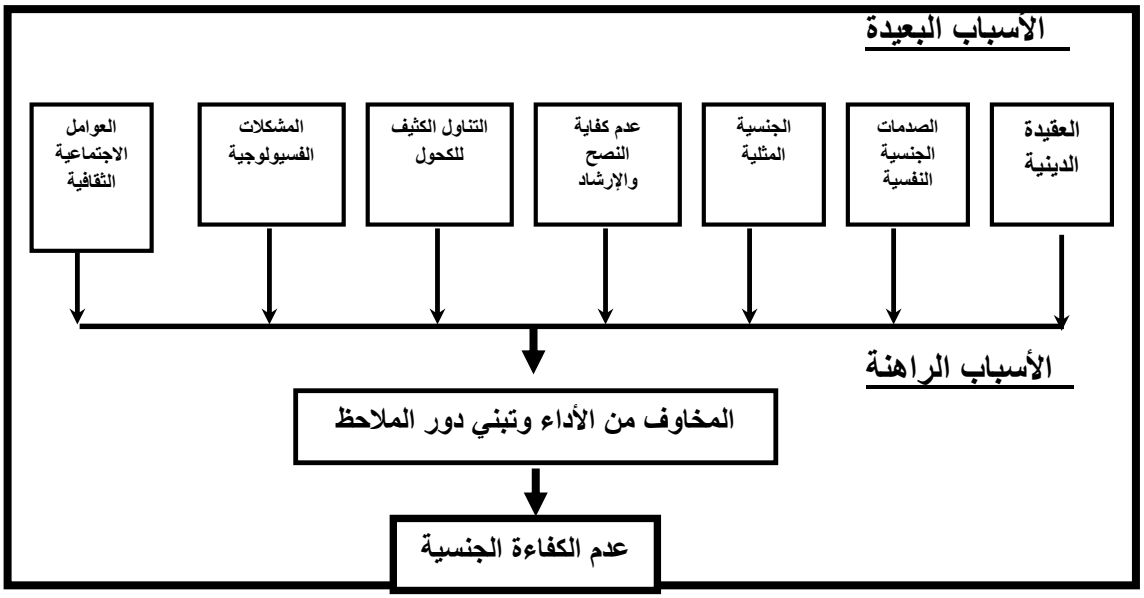
وقد تم تسجيل اضطراب الألم باعتباره السبب الرئيسي المؤدي إلى الفشل الزواجي(16)، وتظهر هذه المشكلة بشكل جوهري في مجتمعات الشرق الأوسط والمجتمعات النامية، حيث يمنع الزواج إلا في ضوء القواعد الدينية والأعراف الاجتماعية، واختفاءه في البلدان الغربية التي تمنح الحرية الجنسية للأفراد قبل الزواج، ويؤدي حدوث هذا الاضطراب إلى نقص الثقة بالنفس، وعادة يحدث في الليالي الأولي للزواج ويسمى بـ"عجز شهر العسل"(17) أو "عجز ليله الزفاف"(18)، ويُعد التشنج المهبلي السبب الرئيسي لزيارة أطباء النساء، ومن أسبابه الرئيسية الرهاب الجنسي، راجعًا ذلك إلى التربية الصارمة (American Psychiatric Association, 2000; Michetti, Silvaggi, Fabrizi, Tartaglia, Rossi & Simonelli, 2013).

ويُعد التشنج المهبلي أكثر تكرارًا ضمن اضطرابات الوظيفة الجنسية لدى النساء (Crowley, Richardson & Goldmeier, 2006). بالرغم من أن معدلات الانتشار غير معروفة بين الجمهور الطبيعي(Spector & Carey, 1990). إلا أنها تصل بين عيادات العجز الجنسي إلى ما بين 5٪ إلى 17٪ (Hirst, Baggaley & Watson, 1996). ويُعد التشنج المهبلي أكثر انتشارًا وشيوعًا في تركيا، ويمثل نسبته ما بين 43٪ إلى 73٪ داخل اضطرابات العجز الجنسي(Tuğrul & Kabakçı, 1997). وينتشر التشنج المهبلي ما بين 1-6٪ بين عموم السكان، و5-17٪ بين المترددين على عيادات الاختلالات الجنسية (Jones, Lehr &

(3)Unconsummated Marriage
(4)Wedding Night Impotence
(5)Honeymoon Impotence

Hewell, 1997; Spector & Carey, 1990، وقد تم الإبلاغ عن أن التشنج المهبلي قد يكون السبب الأكثر انتشارًا بين المترددين على عيادات العجز الجنسي بنسبة 43-75.9٪ (Dogan, 2009; Tuğrul & Kabakçı, 1997). كما وجد انتشار عدم الرضا الجنسي بنسبة 10.3٪ لدى الزوجات و26.2٪ لدى الأزواج، وبوجه عام المشكلات الجنسية أقل إدراكًا لدى الذكور مقارنة بالإناث، كما وجدت عدم ارتباط الاختلالات الجنسية بعدم الرضا الجنسي(Gungor, Keskin, Gülsün, Erdem, Ceyhan & Ergün, 2015).

وقد حصر "ماسترز" Masters و"جونسون" Johnson أسباب متعددة للاختلالات الوظيفية الجنسية منها البعيد والراهن، يلخصها الشكل (1) التالي:



شكل (1) الأسباب البعيدة والراهنة لعدم الكفاءة الجنسية طبقًا لـ "ماسترز" و"جونسون"

حيث قام كل من "ماسترز" و"جونسون" في عام (1970) بنشر كتابهما الرائع بعنوان "عدم الكفاءة الجنسية البشرية" Human Sexual Inadequacy، والذي ضم نظرية تفسر أسباب ظهور الاختلالات الوظيفية الجنسية، وهي تعتمد على دراسة الحالات الفردية، وحصر الأسباب الراهنة لعدم الكفاءة الجنسية، ويمكن تقسيم الأسباب الراهنة إلى شقين: المخاوف بشأن الأداء(19)، وتبني دور المشاهد(20). ويشير "المخاوف بشأن الأداء" إلى القلق المفرط بشأن كيفية أداء الفرد أثناء العملية الجنسية. أما "تبني

(1)Fears about performance
(2)The adoption of a spectator role

دور الملاحظ" فيشير إلى أن الفرد يكون ملاحظًا ومراقبًا للتجربة الجنسية أكثر من كونه مشاركًا فيها. وهذان السببان يؤديان إلى الاختلالات الجنسية التي يفترض أن يكون لها واحد أو أكثر من السوابق التاريخية؛ قد تكون اجتماعية ثقافية، أو بيولوجية، أو نفسية؛ مثل اضطرابات الاكتئاب أو القلق، والتركيز على الأداء، والروتين الشديد، وانخفاض تقدير الذات، والبيئة غير المريحة لممارسة الجنس، والتصلب، والاتجاه السلبي تجاه الجنس(Wincze & Barlow, 1997). فالقلق والاكتئاب عادة يصاحب الألم الجنسي (Meana, Binik, Khalife & Cohen, 1998). وأكد "نوبرا" و"بينتو. جوفيا"(Nobra & Pinto-Gouveia, 2009) أن الاختلالات الجنسية تزداد لدى السيدات (ن=47) بزيادة المخططات السلبية عند التعرض لمواقف جنسية غير ناجحة(Hiller & Jekster, 2007). وبوجه عام ترتبط الاختلالات الجنسية بعدم الرضا الجنسي لدى السيدات(Gungor, Keskin, Gülsün, Erdem, Ceyhan & Ergün, 2015).

ومن ثم تعتمد معظم العلاجات الناجحة لعلاج الاختلالات الجنسية على تفاعل التغيرات النفسية مع الفسيولوجية، حيث تركز العلاجات الوظيفية الجنسية على الميكانيزمات النفسية على العكس من التدخلات الفسيولوجية التي تعتمد على التدخل الطبي، وقد أكدت الدراسات فعالية العلاجات النفسية مع الفئات التشخيصية مثل الرغبة، والإثارة، والنشوة، واضطراب الألم، وخاصة العلاج المعرفي السلوكي(Heiman, 2002).

وتأتي أهمية الدراسة الراهنة بأنها تمثل خطوة أولية للتركيز على دور بعض المتغيرات النفسية (الأفكار الجنسية اللاعقلانية، والرضا الجنسي، وحب العشرة) في الكشف عن الفرق بين السيدات الأصحاء والأخريات ذوات اضطراب الألم الحوضي. التناسلي / الإيلاج، وذلك لتكوّن بنية أساسية لاكتشاف السيدات المستهدفات لهذا الخلل النفسي، ومن ثم تقديم برامج مبكرة لهن. وخاصة أن فئة الدراسة (السيدات ذات اضطراب الألم الحوضي. التناسلي / الإيلاج) ومتغيراتها، كما لوحظ من استعراض التراث البحثي لم تلق أي اهتمام بها سواء على المستوى العربي بوجه عام والمصري بوجه خاص، والاكتفاء بالنظر إلي حالة الحمل الزائف كحدث طبي يعالج فقط من قبل الأطباء دون أي تدخل نفسي، وهو ما جاء ضد منظور الدراسات البحثية السابقة.

في سياق إدراكنا لمعالم تلك الأهمية تتبلور مشكلة الدراسة الراهنة في الأسئلة التالية:

هل توجد فروق دالة إحصائيًا بين السيدات الأصحاء والسيدات ذوات اضطراب الألم الحوضي . التناسلي / الإيلاج في درجة بعض المتغيرات النفسية: الأفكار الجنسية اللاعقلانية، والرضا الجنسي، وحب العشرة؟

هل يوجد ارتباط دال بين شدة اضطراب الألم الحوضي. التناسلي / الإيلاج من ناحية وكل من الأفكار الجنسية اللاعقلانية، والرضا الجنسي، وحب العشرة من ناحية أخرى؟

إلى أي مدى تتباين شدة اضطراب الألم الحوضي. التناسلي / الإيلاج بتباين كل من الأفكار الجنسية اللاعقلانية، والرضا الجنسي، وحب العشرة، ونوع اضطراب الإيلاج؟

الدراسات السابقة:

قد تعددت الدراسات السابقة التي تحاول حصر الأسباب التي تقف خلف اضطراب الألم الحوضي . التناسلي/ الإيلاج (عسر الجماع والتشنج المهبلي)؛ منها دراسة "مولاينزهاد" وآخرين (Molaeinezhad, Khoei, Salehi, Yousfy & Roudsari, 2014)، التي كشفت عن دور استجابة الزوج في خبرة الألم لدى السيدات أثناء محاولات الإيلاج، حيث فحصت الدراسة المؤشرات السيكومترية لاستخبار متعدد الأبعاد لاضطراب الإيلاج المهبلي(21)، وقد تم الاعتماد على (214) ذكر ممن لديهم زوجات تعاني من التشنج المهبلي طوال حياتهن معًا، وقد احتوى الاستخبار على (40) بندًا مقسمة إلى سبعة أبعاد هي: اليأس، والمعلومات الجنسية، وشراسة الإيلاج، والحذر ومراعاة مشاعر الآخرين، والمعارف التضخمية، والتوافق الزواجي والجنسي، والتفاؤل، وتوصلت الدراسة إلى دور الزوج في حدوث التشنج المهبلي والألم لزوجتهم. كما وجدت دراسة "أوزديل" وآخرون(Özdel, Özpolat, Çeri & Kumbasar, 2012) . من خلال تقييم مستوى أعراض الاكتئاب، والقلق، والوسواس القهري، والعُصابية المثالية لدى (20) سيدة تعاني من التشنج المهبلي ممن يترددون على عيادات كلية الطب بجامعة أنقره. أن التشنج المهبلي له مكونات نفسية متعددة منها القلق، والعُصابية المثالية، وله مترتبات أيضًا نفسية منها الاكتئاب، وانخفاض الرضا الجنسي عند الزوجة. وبالمقارنة بين ثلاث مجموعات من السيدات. أحدهما تعاني من التشنج المهبلي، والأخريات تعاني من عسر الجماع، والثالثة تخلو من الاضطرابات الجنسية . في الوظيفة الجنسية، والقلق، والمعرفة

(1)The multidimensional vaginal penetration disorder (PV. MVPDQ)

المرتبطة بالإيلاج، وجد أن السيدات ذات التشنج المهبلي قد سجلت أكثر رغبة جنسية، وأقل صعوبة في الإفرازات المهبلية، وأكثر معارف غير توافقية، وأقل سلوكًا جنسيًا مقارنة بمريضات عسر الجماع، ومجموعة الأصحاء(Cherner & Reissing, 2013). كما هدفت دراسة "كونكان" وآخرون (Konkan, Bayrak, Gonullu, Senormanci & Sungur, 2012) إلى المقارنة بين السيدات ذات التشنج المهبلي (50) وأخريات (ن=50) من الأصحاء، وجاءت النتائج لتؤكد وجود فروقًا دالة إحصائيا بينهما في التجنب، والرضا، والتردد، وعدم النشوة. وحصرت بعض الدراسات ارتباط التشنج المهبلي بعدة عوامل منها سمات الشخصية، والاعتداد الجنسي والجسدي، واتجاهات سلبية نحو الجنس، ونقص المعرفة الجنسية والعلاقة الحميمة، والأفكار السلبية نحو الحياة الجنسية، والمحافظة الدينية، والمشكلات الزوجية، وسوء الفهم بين الزوجين، ومشاعر الذنب عن الحياة الجنسية، وانخفاض تقدير الذات، ومشاعر عدم الكفاءة نحو الذات، والقلق الشديد (Biswas & Ratnam, 1995; Ward & Ogden, 1994; Kennedy, Doherty & Barnes, 1995). وأجريت دراسة أخرى على عينة من المتزوجين تتراوح أعمارهم ما بين 19: 66 سنة، بمتوسط عمري قدره 34.8 سنة ومتوسط عمر الزواج قدره 7.8 سنة، وكشفت عن شيوع العجز الجنسي والقذف السريع بنسبة 65.4٪ لدى الذكور، والتشنج المهبلي وعسر الجماع بنسبة 74.9٪ لدى النساء، وأضافت ارتباط عدم الرضا عن الجماع الجنسي لدى الذكور إيجابيًا بعسر الجماع لدى الإناث(Amidu, Owiredu, Gyasi-Sarpong & Quaye, 2011). وبشكل عام تؤثر هذه الاختلالات الجنسية في انخفاض تقدير الذات للزوجين، ونوعية حياتهم العامة(Owiredu et al., 2015). ووجدت دراسة "كيوسكا" وآخرون (Cioccal et al., 2013). من خلال المقارنة بين (41) سيدة تعاني التشنج المهبلي و(100) سيدة لا تعاني أي اختلالات جنسية . أن هناك فروقًا دالة بينهما في التحكم الانفعالي ونقص الكلمات الانفعالية(22). وأضافت دراسة "ريسنج"(Reissing, 2002) ارتباط التشنج المهبلي بكل من خبرة الاعتداء الجنسي في الطفولة، وانخفاض المخططات المعرفية الإيجابية حول الأداء الجنسية، والمشقة النفسية لدى عينة (87) من السيدات ذات التشنج المهبلي. وللتأكد من أن الخوف متغير تمييزي بين مريضات التشنج المهبلي وعسر الجماع، فقد تم المقارنة بين ثلاث مجموعات: أحدهما عينة (50) سيدة تعاني التشنج المهبلي، والأخرى (50) سيدة تعاني عسر الجماع، والأخيرة عينة (43) سيدة من الأصحاء، وذلك

(2)Alexithyma

باستخدام المقابلة المقننة، ومقياس الحساسية للألم(23)، وجاءت النتائج لتشير إلى أن الخوف والتوتر في العضلات المهبلية كانت أكبر لدى مجموعة التشنج المهبلي مقارنة بمجموعتي عسر الجماع والأصحاء(Lahaie, Amsel, Khalifé, Boyer & Faaborg-andersen, 2015). ومن تلخيص المقالات المنشورة خلال 2013 حول الاختلالات النفسية، وجد أن خلال سن 40 سنة، كشف حوالي 8.7٪ من النساء عن ألم في الفرج، وأضاف أن ارتفاع مستويات الكفاءة الذاتية المدركة لشرك(24)، وانخفاض مستويات التضخيم للشريك(25)، وشدة الألم لدى السيدات أثناء الجماع، وقد أكدت الدراسات أن الخوف وقلة التعبير الانفعالي من العوامل المسببة للتشنج المهبلي (Simonelli, Eleuteri, Petruccelli & Rossi, 2014). وسجلت دراسة "فارنام" وآخرون (Farnam, Janghorbani, Merghati-khoei & Raisi, 2015) من خلال (22) مريضة بالتشنج المهبلي و(22) من الأصحاء في جامعة طهران للعلوم الطبية، أن 73٪ من السيدات ذات التشنج العضلي تعاني به منذ الزواج، وأنهن مرتفعات في المخاوف تشمل الخوف من ألم التناسلي، والإيلاج، ونزيف أثناء الجماع، والنفور من لمس الأعضاء التناسلية، والاشمئزاز من السائل المنوي، وأخيرًا وجد أنهن أكثر ارتفاعًا في المشقة الجنسية، ومشكلات التبول أو التغوط، والقلق العام، وارتفاع مستويات التعليم، وانخفاض تقدير الذات، والخلاصة أن هناك علاقة دالة بين التشنج المهبلي والخوف. وهدفت دراسة "واتس" و"نيتلي"(Watts & Nettle, 2010) إلى تحديد درجة القلق العام بين السيدات تعاني التشنج المهبلي (ن=244) مقارنة (101) بالأصحاء، حيث تم قياس القلق كسمة وكحالة، والعوامل الخمسة للشخصية، واضطرابات القلق، وإدراكاتهم للأعراض وللتاريخ، وجاءت النتائج أن سيدات التشنج المهبلي أكثر ارتفاعًا في القلق، والعصابية، وانخفاضًا في الانبساط مقارنة بالأصحاء، كما وجد أن هناك اتجاه نحو انتشار أكبر للتشخيص اضطرابات القلق لدى مجموعة التشنج المهبلي، وخاصة عندما لا يكون مساندين من خلال شركائهم أو هناك ضغوط، الخلاصة أن التعرض للقلق قد يكون عاملا مهيئًا لحدوث التشنج المهبلي.

وينتشر الاختلال الجنسي ما بين 30-50٪ بين كلا من الجنسين، وهذا يؤدي إلى الآثار السلبية على الحياة الزوجية، والهدف هو تقييم مدى انتشار ملامح القلق بين مريضات التشنج المهبلي بتطبيق قائمة

(1)Pain Sensitivity Testing
(2)Partner – perceived self-efficacy
(3)Levels of partner Catastrophizing

من 90 بند على 27 سيدة لتقييم القلق العام، والمخاوف، والوسواس القهري، وجد أن 48.1٪ منهن تعاني من القلق، و37٪ من الرهاب، و70.4٪ من أعراض الوسواس، مما يدفع ذلك إلى ضرورة العلاج النفسي مع الدوائي(Esmaeli, Azar & Iranpour, 2003). وعند التقييم الكارثي لخبرة الألم ربما تعزز في حدوث الألم الشديد، في حين أن سمة الشخصية لتجنب الضرر، العينة مجموعة التشنج المهبلي (ن=35، متوسط العمر 28.4)، ومجموعة عسر الجماع (ن=33، متوسط العمر 26.7)، النساء من دون شكوى (ن=54، متوسط العمر 26.5)، وجد أن السيدات ذات التشنج المهبلي ذات سمة شخصية تجنب الألم والتفكير الكارثي مقارنة بالأصحاء ومجموعة عسر الجماع(Borg, Peters, Schultz, Weijmar & de Jong, 2015).

وللتعرف على فعالية المعالج النفسي في مساعدة حالات التشنج المهبلي مدى الحياة، تم المقارنة بين 70 سيدة وزواجهم، وذلك بتوزيعهم عشوائيًا على مجموعة تجريبية والأخرى في قائمة الانتظار لمدة ثلاث شهور، وتعريض المجموعة التجريبية لمدة أقصاها ثلاث جلسات لمدة ساعتين خلال أسبوع في مستشفى الجامعة، وجاءت النتائج لتكشف عن نجاح 31 من 35 في الجماع بدون الم مقارنة 4(من 35) فشلوا في السيطرة، وبالتالي جاءت نسبة النجاح 90٪ في الأداء الجنسي لدى النساء أو شركائهم، ومن ثم فعالية العلاج النفسي(Moniek, Reinhilde, Ellen, Charlotte & Jacques, 2013). فالعلاج النفسي بجانب العلاج الطبي لهما دور واضح وملحوظ في التعامل مع اضطراب الألم الحوضي – التناسلي/ الإيلاج (Karin, 2014).

تعقيب على ضوء الدراسات السابقة:

على ضوء ما سبق يمكننا أن نخلص إلى بضعة ملاحظات مهمة تسلمنا إلى مشكلة الدراسة الراهنة، وهذه الملاحظات هي:

1. توصلت مجمل الدراسات السابقة إلى أن تحقيق كفاءة الوظيفة الجنسية لدى الزوجات ما هو إلا محصلة لشبكة معقدة من المحددات أمكن معرفة بعضها، ولكن هناك محددات أخرى مثل الرضا عن صورة الجسم، ومعامل كتلة الجسم، والجاذبية الجنسية....، يجب التركيز على اكتشافها.
2. أن إسهام عدم كفاءة الوظيفة الجنسية لدى الزوجات في ارتفاع معدلات الطلاق بشكل ملحوظ، هو أمر يعكس واحدة من المشكلات الجسمية النفسية الاجتماعية المهمة.

3. لوحظ اختلاف محددات كفاءة الوظيفة الجنسية باختلاف النوع، وهو ما دفع الدراسة الراهنة إلى التركيز على الزوجات فقط، الأمر الذي يوسع من نطاق ما تحاول الدراسة الراهنة استكشافه، بالإضافة إلى كونه خطوة أخرى لدراسات مستقبلية هدفها حصر محددات كفاءة الوظيفة الجنسية لدى الأزواج.

4. أن تحديد تلك المحددات له أولويته التي تسبق اتخاذ أية إجراءات للتدخل، وذلك في سبيل الاكتشاف المبكر لها قبل تفاقمها، والتحسب لظهورها فيما يعرف بالوقاية من الدرجة الأولى.

5. من الملاحظ أن أغلب الدراسات المعنية بالمشكلة موضع الاهتمام كانت تتم على عينات تنتمي إلى أطر ثقافية متباينة، وأغلب الظن أن اختلاف البيئة والإطار الثقافي يمكن أن يسهم . على نحو ما . في اختلاف النتائج المتعلقة بفهم محددات المشكلة وتوابعها.

فروض الدراسة:

من خلال استعراض وفحص ما أمكن الوصول إليه من التراث البحثي والفكري في الموضوع، يمكن صياغة فروض الدراسة الراهنة على النحو الآتي:

1. توجد فروق دالة إحصائيًا بين السيدات الأصحاء والسيدات ذوات اضطراب الألم الحوضي . التناسلي / الإيلاج في درجة بعض المتغيرات النفسية: الأفكار الجنسية اللاعقلانية، والرضا الجنسي، وحب العشرة.

2. يوجد ارتباط دال بين شدة اضطراب الألم الحوضي . التناسلي / الإيلاج وكل من الأفكار الجنسية اللاعقلانية، والرضا الجنسي، وحب العشرة.

3. تتباين شدة اضطراب الألم الحوضي . التناسلي / الإيلاج بتباين كل من الأفكار الجنسية اللاعقلانية، والرضا الجنسي، وحب العشرة، ونوع اضطراب الإيلاج.

مفاهيم الدراسة:

(1) اضطراب الألم الحوضي – التناسلي/ الإيلاج:

منذ القرن 20، تمثل الاختلالات الجنسية الأنثوية مثل الاضطرابات التحولية والجسدية جزء من الاضطرابات الجسدية والتحولية، هدف الدراسة هو قياس الاضطرابات الجسدية بين مريضات اضطرابات النشوة الجنسية، عسر الجماع، التشنج المهبلي لوحظ علاقة قوية لدى عينة (200).

والاضطرابات الجنسية والخلل الجنسي الأنثوي، هذا ينقلنا إلى اعتبار اضطرابات الخلل الجنسي هو جزء من اضطرابات الجسدية الانشقاقية(26)(Farnam, Janghorbani, Merghati-khoei & Raisi, 2011). وقد أوضحت الإحصاءات أن أكثر من 40٪ من السيدات لديها خبرة بمشكلات جنسية، وأن 12٪ منهن تعاني من المشقة منها، وقد قدم "ماستر وجونسون" النموذج الخطي التقليدي للاستجابة الجنسية الأنثوية، ويعتمد على الأساس الفسيولوجي في الآونة الأخيرة، ثم قدم "باسسون" Basson نموذج غير خطي يؤكد أهمية العلاقة الحميمة العاطفية، والرضا كعناصر لا تتجزأ من دوره الاستجابة الجنسية للمرأة (Kingsberg & Althof, 2009). ويوضح الفرق بين الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع والخامس (Payne et al., 2006). أيضًا مثل السابق بالإضافة إلى تأكيد النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي (Seeberger, 2011).

ومن المعايير التشخيصية لاضطراب الألم الحوضي – التناسلي/ الإيلاج طبقًا للدليل الخامس DSM-5: الصعوبات المتكررة أو المستمرة على الأقل ستة أشهر لواحد على الأقل من الأعراض التالية: (1) العجز عن الإيلاج المهبلي أثناء الجماع، (2) ملاحظة ألم في الفرجية المهبلية أو التناسلية أثناء الإيلاج المهبلي أو محاولات الجماع، (3) الخوف أو القلق الملحوظ من الألم أو الإيلاج، (4) ملاحظة توتر في العضلات التناسلية أثناء محاولة الإيلاج المهبلي(Kring et al., 2014).

ويُعرف التشنج المهبلي بأنه "تشنج متكرر أو مستمر لعضلات الثلث الخارجي للمهبل أثناء الجماع"(Özdel et al., 2012). كما يشير إليه بأنه "صعوبة مستمرة في دخول المهبل، بالرغم من رغبة المرأة، وذلك بسبب توتر العضلات، وتجنب الألم"(Cherner, 2012). والتشنج المهبلي هو اضطراب نفسي يتميز بتشنجات لاإرادية في عضلات المهبل، مما يجعل اختراق المهبل صعب أو مستحيل، وقد يؤدي التشنج المهبلي إلى العجز الجنسي الثانوي، وحدوث تغيرات نفسية كالاكتئاب، والقلق، والمشقة في العلاقة الحميمة(Chinks, 2011). يشير إليه البعض بأنه "صعوبة مستمرة في السماح بدخول القضيب للمهبل أو أشياء أخرى مثل سدادات قطنية أو الأصابع أو منظار"(Moniek et al., 2013)

(1) Somatoform Dissociative Disorder

وقد طرح نموذج تجنب الخوف للتشنج المهبلي(27) تفسيرًا لهذا الاضطراب بأن هناك إدراكات وتوقعات سلبية حول الإيلاج المهبلي، بمعني آخر يفترض هذا النموذج أن السيدات ذات التشنج المهبلي غير قادرات على التوافق مع الأفكار الكارثية حول نتيجة الإيلاج، تسبب في ارتفاع الخوف، الذي يؤدي بدوره إلى تجنب الجماع أو التشنج المهبلي(Reissing, 2012; ter Kuile, Both & van Lankveld, 2010).

(2) الأفكار الجنسية اللاعقلانية:

وصف "إليس"(Ellis, 1979, p.18) الأفكار اللاعقلانية بأنها "الأفكار السلبية الخاطئة، وغير المنطقية، وغير الواقعية، والتي تتسم بالذاتية وعدم الموضوعية، وتتأثر بالأهواء الشخصية، والمبنية على توقعات وتعميمات خاطئة، وعلى مزيج من الظن والاحتمالية والتهويل والمبالغة والتي لا تتفق مع إمكانيات الفرد الواقعية". وعرفها "بارلو" Balrow بأنها "الأفكار التي تعترض الأحداث الخارجية، واستجابة الفرد الانفعالية نحو هذه الأحداث، وغالبًا ما تمضي دون أن تلاحظ، لأنها جزء من النمط الإدراكي للتفكير، ولأنها تحدث دائما وبسرعة شديدة، ونادرا ما تتوقف لتقييم مصداقيتها لأنها شديدة القابلية للتصديق ومألوفة ومعتادة"(فرج، 2002، ص 583: مترجم). ويشير إليها (إبراهيم, 1994، ص273) بأنها "معتقدات فكرية خاطئة يبنيها الفرد عن نفسه وعن العالم المحيط به، تودي بالتالي إلى نشوء الاضطرابات الوجدانية والسلوكية للفرد"، ويُعرف كل من (عبد الرحمن ، عبد الله، 1994) التفكير اللاعقلاني بأنه "مجموعة من الأفكار الخاطئة غير الموضوعية، والتي تتميز بطلب الكمال، والاستحسان وتعظيم الأمور المرتبطة بالذات والآخرون، والشعور بالعجز والاعتمادية". ويرى (سعفان، 1995) الأفكار اللامنطقية واللاواقعية بأنها تلك التي تتناقض مع منطق العقل, والفرد الذي لدية الأفكار اللاعقلانية, هو فرد رفض التفكير المنطقي من حيث هو وسيلة للوصول إلى الحقيقة والموضوعية، وأحل محله الأهواء الشخصية، والظن، والاحتمالية، والمبالغة، والتهويل، ومن ثم جاءت توقعات لاعقلانية وتعميمات غير موضوعية". ويشير (مزنوق، 1996) إلى الأفكار اللاعقلانية بأنها "مجموعة الصيغ العرفية المتجسدة في الثقافة واللغة التي تنتظم في نسق لا يخضع لقوانين المنطق أو قواعده الدقيقة, ويعتنقها بعض الأشخاص، ويعتبرونها قواعد أساسية يسلكون وفقا لها". ويتسق (غنيم، 2002) في رؤيته للأفكار اللاعقلانية مع ما سبق من الباحثين، حيث يرى أنها "الأفكار الغير منطقية وغير الواقعية التي تتميز بعدم موضوعيتها وتكون على درجة عالية من المبالغة في

(1)The fear-avoidance model of vaginismus (FAM-V)

تقدير الفرد لكفاءته والنظرة السلبية للذات والآخرين، والقلق الزائد على الذات وعلى مشكلات الآخرين مع الاهتمام بتعظيم وتضخيم الأمور نتيجة التكوين المعرفي للفرد وتفسيره للأحداث بما لا يستق مع إمكانات الفرد الفعلية".

وقد طرح "إليس"(Ellis, 1995) إحدى عشرة فكرة لاعقلانية في كتابة "العقل والانفصال في العلاج النفسي"، وهي:

الفكرة الأولى حول طلب الحب والتأثير من جميع المحيطين بالفرد، فمن الضروري أن يكون الشخص محبوبا ومؤيدا من جميع الناس المحيطين به.

الفكرة الثانية فتدور حول كفاءة الفرد وانجازه وتقدير الآخرين له حتى يعتبر الشخص نفسه مستحقا للتقدير يجب عليه أن يكون على درجة عالية من الكفاءة والانجاز في الجوانب الممكنة.

الفكرة الثالثة بعض الناس مخادعون وأشرار ويستحقون العقاب بسب ذلك – يوجد في كل المجتمعات بعض الأفراد ذوى النفوس والرديئة والشريرة وهؤلاء يجب أن توقع عليهم اشر العقوبة

الفكرة الرابعة من أكبر المصائب سير الأمور بعكس ما يتمنى الإنسان إذا لم يحدث الأمور بالطريق التي يتوقعها الفرد و يتمناها فليس هناك أمل قط في أي شيء.

الفكرة الخامسة أسباب المصائب خارجية ولا يستطيع الإنسان عمل أي شيء حيالها، فأسباب تعاسة الإنسان خارجة عن إرادته، وانه لا يوجد إي إنسان بإمكانه التحكم في قدرة ومصيره.

الفكرة السادسة يجب على الإنسان أن يكون دائما حذرا لكي يتجنب الأخطار التي من المتوقع إن تحدث له في أي لحظة، يوجه الإنسان مجموعة من المخاطر والضغوط النفسية الخارجة عن إرادته، وأنه لا يوجد أي إنسان بإمكانه التحكم في قدرة ومصيره.

الفكرة السابعة التخلي عن المسئوليات وتحاشى التعامل مع الصعوبات أسهل من مواجهتها. وأن يتجنب الإنسان الصعوبات ومصاعب الحياة أو عدم تحمل المسئولية أسهل بكثير من مواجهة هذه المصاعب وتحمل المسئوليات

الفكرة الثامنة من الأفضل أن يعتمد الإنسان على الآخرين ويجب إن يحرص دائما على وجود شخص اقوي منه لمساعدته أن الإنسان يطلب العون والدعم من الآخرين ويعتمد عليهم في حقيق أهدافه.

الفكرة التاسعة ما حدث في الماضي هو أساس السلوك الحاضر وهذه شيء لا يمكن تبديله، لن يستطيع الإنسان أن يتخلص من ماضيه، فتأثر الخبرات الماضية لها دور في تحديد السلوك الحالي.

الفكرة العاشرة يجب أن يعانى الإنسان ويحزن لما يصيب الآخرين من مشكلات أي أن ينزع الإنسان ويحزن لما يعانيه الآخرين من متاعب.

الفكرة الحادية عشر لكل مشكلة حل وعلى الفرد التوصل إلى هذا الحل حيث بدونه لا يمكن أن تسير الأمور بطريق مرضية(إبراهيم، 1994، ص ص301.298؛ عبد الرحمن، 1998، ص ص 439-440؛ كامل، 2005).

وأضاف (إبراهيم، 1994، ص 301) فكرة لاعقلانية أخرى، وهي أن هناك مصدرًا واحدًا للسعادة، وأنها لكارثة إذا ما أغلق هذا المصدر أو فقد بدلا من الفكرة أن الإنسان يستطيع أن يحقق السعادة من مصادر مختلفة، وأن يبدل أهدافه بأهداف أخرى، إذا ما تطلب الأمر ذلك. وأضاف "الريحاني" فكرتين تعتبر كلا منها لاعقلانية وهي: (1) ينبغي أن يتسم الفرد بالرسمية والجدية في تعامله مع الآخرين حتى تكون له قيمة أو مكانة محترمه بين الناس، (2) لاشك أن مكانه الرجل تعد هي الهم فيما يتعلق بعلاقته مع المرآة(عبد الله، 2000، ص 63).

(3) الرضا الجنسي:

يُعرف الرضا الجنسي بأنه "توقعات الفرد عن البُعد الجنسي في حياته"، ومن ثم فهو "المستوى الذي يتحقق للفرد فيه زوال الحاجة (أي إشباع الدافع الجنسي)، ويؤدي إلى حالة من الارتياح أو الرضا" (محمد السيد، 1998، ص15)، كما يُقصد به "الدرجة التي تقابل النشاط الجنسي لتوقعاته الفردية"(Delamater, 1991, p.62). ويشير كل من "سبريشير" و"جاتي" (Sprecher & Gate, 2004, p.236) للرضا الجنسي بأنه أحد المصطلحات الوجدانية الإيجابية، ويُعرف بأنه "الدرجة التي يكون فيها الفرد راضياً أو سعيداً عن شكل الجنس في علاقته"، كما يُشير الرضا الجنسي إلى "الاستجابة الوجدانية الناتجة عن التقييم الذاتي للأبعاد الإيجابية والسلبية المرتبطة بعلاقة الفرد الجنسية" (Lawrence & Byers, 1995,

(Bricker, 2005) إلى الرضا الجنسي بأنه أحد الأبعاد المميزة للرضا الزواجي، ويمثل "بريكير"(Bricker, 2005) إلى الرضا الجنسي بأنه أحد الأبعاد المميزة للرضا الزواجي، ويمثل "رضا الفرد على كل من: الاتصال أو النشاط الجنسي، والمشاعر الوجدانية المرتبطة بالتغيرات الجنسية، والاهتمام بالعلاقة الجنسية"، كما استخدم الباحثون تعريف الرضا الجنسي إجرائياً بأنه "تقييم عام للحياة الجنسية"(Alfonso, Allison, Rader & Gorman, 1996; Bridges, Lease & Ellison, 2004). وركزت أغلب التعريفات الإجرائية للرضا الجنسي على الاستجابات الفسيولوجية أثناء النشاط الجنسي أو بعده، بالإضافة إلى الأثر الإيجابي المرتبط بالنشاط الجنسي(McClelland, 2009).

ونستخلص من التعريفات السابقة أن الرضا الجنسي. كما ستعتمد عليه الدراسة الراهنة. هو "تقرير نهائي يمثل رضا الفرد عن علاقته الجنسية، وهي مرتبطة بتجربته الخاصة".

(4) حب العشرة:

يُعرف حب العشرة . في سياق نظرية "هاتفلد" وآخرين(Hatfield, Plimer, O'Brien & Lee, 2008) بأنه "الحب الذي نشعر به نحو الأشخاص الذين ترتبط حياتنا معهم بشكل مستمر". كما يُقصد به "الرابطة القوية التي تحقق الشعور بالراحة والطمأنينة وتحافظ على العلاقة وتصونها" (Synder, 2006). وأهم ما يميز هذا النوع هو الحميمية والحرص على استمرار العلاقة، والثقة بشخص جدير بالحب(Hatfield et al., 2008). ويختلف هذا النوع من الحب عن الحب العاطفي وهو "حالة من الارتباط الوجداني الشديد تمتد لتتصل بشخص آخر"(Sternberg, 1997). وفي ضوء الدراسة الراهنة يُعرف حب العشرة بأنه "درجة حب الزوجة لزوجها المتولدة عن زواجها منه وعشرتها له".

المنهج والإجراءات:

تعتمد هذه الدراسة الراهنة على المنهج الوصفي الارتباطي الفارقي، وذلك للكشف عن التباين في كل من الأفكار الجنسية اللاعقلانية، والرضا الجنسي، والثقة الجنسية في تأثيرهم على شدة بشدة اضطراب الألم الحوضي – التناسلي/ الإيلاج لدى السيدات.

العينة ومواصفاتها:

اشتملت عينة الدراسة على مجموعتين: (أ) المجموعة الأولي: تحتوي على (30) سيدة لا تعاني من أي اضطرابات جنسية، ويتراوح المدى العمري لهن بين 22 .41 سنة، بمتوسط مقداره 28.15 سنة، وانحراف معياري يقدر بـ ± 4.25 سنة. كما يتراوح المدى العمري لسنوات الزواج ما بين 1 .9 سنة، بمتوسط مقداره 6.15 سنة، وانحراف معياري يقدر بـ ± 3.15 سنة. ويتراوح المستوى التعليمي لديهن فيما بين تعليم أقل من المتوسط، ومتوسط، وجامعي. (ب) المجموعة الثانية: تتكون من (12) سيدات من ذوي اضطراب الألم الحوضي – التناسلي/ الإيلاج، ويتراوح المدى العمري لهن بين 21 .40 سنة، بمتوسط مقداره 29.23 سنة، وانحراف معياري يقدر بـ ± 6.22 سنة. كما يتراوح المدى العمري لسنوات الزواج ما بين 1 . 10 سنة، بمتوسط مقداره 9.15 سنة، وانحراف معياري يقدر بـ ± 3.26 سنة. ويتراوح المستوى التعليمي لديهن فيما بين تعليم أقل من المتوسط، ومتوسط، وجامعي. ولتبيُّن مدى التكافؤ بين مجموعتي الدراسة على بعض البيانات الديموجرافية، تم استخدام اختبار "مان .ويتني" اللابارامتري للمقارنة بين مجموعتين مستقلتين في البيانات الديموجرافية المتصلة، وكذلك حساب قيمة "كا2" لدلالة الفروق بين المجموعتين للبيانات المنفصلة، وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

جدول (1)

التكافؤ بين مجموعتي الدراسة في البيانات الديموجر افية

المتغيرات الديموجرافية المتصلة		متوسط رتب مجموعة السيدات الأصحاء	متوسط رتب مجموعة السيدات ذوات اضطراب الألم الحوضي – التناسلي	الدرجة المعيارية (Z)	مستوى الدلالة
العمر		12.25	11.69	0.42	غيردال
عدد سنوات الزواج		8.25	9.15	0.35-	غيردال
المتغيرات الديموجرافية المنفصلة		مجموعة السيدات الأصحاء	مجموعة السيدات ذوات اضطراب الألم الحوضي – التناسلي	قيمة "كا2"	مستوى الدلالة
المستوى التعليمي	متوسط	6	2	1.23	غيردال
	فوق متوسط	15	9		
	جامعي	9	4		

ويتضح من الجدول السابق أن هناك مستوى جيد من التكافؤ بين مجموعتي الدراسة في المتغيرات الديموجرافية التي يحتمل تدخلها في تشكيل الأداء على الاختبارات النفسية.

أدوات الدراسة:

1-استمارة البيانات الأولية: وهي تتضمن عدداً من البيانات الديموجرافية الخاصة بالمشاركة: كالعمر، وسنوات الزواج، وعدد الأبناء، ومستوى التعليم، وجود شكوى جنسية أو عدمه، تقدير الحالة الصحية.

2- مقياس اضطراب الألم الحوضي – التناسلي/ الإيلاج: تم استخدام مقياسي اضطراب الإيلاج المهبلي(28) لـ "مولاينيزهاد" وآخرين(Molaeinezhad et al., 2014). ويتكون المقياس من 19 بنداً لقياس شدة اضطراب الألم الحوضي – التناسلي/ الإيلاج، وتتم الإجابة على المقياس وفقاً لمقياس شدة خماسي:

(1)The multidimensional Vaginal Penetration Disorder (MVPDQ)

(1) لا يحدث أبدًا، (2) يحدث بعض الأحيان، (3) يحدث في نصف الأوقات، (4) يحدث أغلب الأوقات، (5) يحدث دائمًا. ومقياس "بورج" لتصنيف فئة نسبة الألم(29)(Borg, 1998)، قامت الباحثة بترجمته وإعداده للغة العربية، ويتكون من ثمانية فئات للألم يقابلها مسطرة مدرجة من درجة الصفر حتى درجة 15، بحيث كل فئة يقابلها درجة للألم، بدءً من لا يوجد ألم على الإطلاق (صفر درجة) حتى فئة ألم بدرجة شديدة لا يمكن تحملها (15 درجة)، وبينهما فئات متدرجة الشدة من الألم. ويتم تطبيق المقياس مرتين بحيث تحدد المشاركة فئة الألم التي مرت بها في كل من مرحلة الحمل والولادة، وذلك بوضع دائرة حول الرقم المقابل لكل فئة. وتتراوح الدرجة الكلية على الاختبار ما بين 19-110 درجة، وهي تمثل حاصل جمع الدرجات على البنود الفرعية، بحيث تعكس الدرجة الأعلى شدة اضطراب الألم الحوضي. التناسلي/ الإيلاج.

3- مقياس الأفكار الجنسية اللاعقلانية: تم الاعتماد على مقياس المعرفة المرتبطة بالإيلاج المهبلي(30)، وهو يعتبر الأداة الأكثر شيوعاً في قياس الأفكار الجنسية اللاعقلانية لـ "شيرنير" (Cherner, 2012, pp. 186-189)، حيث تمت ترجمة الصورة الأصلية له بالدراسة الراهنة. ويتكون المقياس من 40 عبارة لقياس مدى الأفكار غير المنطقية المرتبطة بالإيلاج المهبلي. وتتم الإجابة على المقياس وفقاً لمقياس شدة خماسي: (1) لا تنطبق تمامًا، (2) لا تنطبق إلى حد ما، (3) غير متأكد أو محايد، (4) تنطبق إلى حد ما، (5) تنطبق تمامًا، وتتراوح الدرجة الكلية على الاختبار ما بين 40-200 درجة، وهي تمثل حاصل جمع الدرجات على البنود الفرعية، بحيث تعكس الدرجة الأعلى تقييماً مرتفعًا للأفكار الجنسية اللاعقلانية حول الإيلاج المهبلي.

4-مقياس الرضا الجنسي (من إعداد الباحثة): ويتكون المقياس من (35) عبارة تقرير ذاتي تصف مدى رضاء الزوجة عن علاقتها الحميمة (الجنسية) مع زوجها، وتحدد درجة رضاءها بناءً على مقياس شدة ثلاثي: لست راضية تماماً، راضية بدرجة متوسطة، راضية بدرجة كبيرة، وتتراوح الدرجة على البند ما بين 1-3، وعلى ذلك تبلغ الدرجة العظمى على الاختبار إجمالاً 105 درجة، حيث تشير الدرجة الأعلى إلى رضا الزوجة عن حياتها الجنسية.

(2)Borg Category Ratio Pain Rating Scale
(3)Vaginal Penetration Cognition Questionnaire (VPCQ)

الصلاحية القياسية للأدوات:

تم تقدير الصلاحية القياسية للأدوات باستخدام مجموعة مكونة من عشرة سيدات ممن تعاني اضطراب الألم الحوضي – التناسلي/ الإيلاج، تراوحت أعمارهن ما بين 21-39 سنة، بمتوسط عمري مقداره 26.15، وانحراف معياري 4.15 سنة.

(أولاً): الصدق: تم إتباع الطريقتين الآتيتين لتقدير صدق الأدوات:

(أ) تقدير التجانس الداخلي للمقاييس: يُعد التجانس الداخلي أحد مؤشرات صدق التكوين(خطاب،2001، ص124). ويُقدر عن طريق حساب دلالة معامل ارتباط الدرجة على كل بند بالدرجة الكلية؛ وذلك بالنسبة لكل من المقاييس الأربعة للدراسة: مقياس اضطراب الألم الحوضي – التناسلي/ الإيلاج، ومقياس الأفكار الجنسية اللاعقلانية، ومقياس الرضا الجنسي، وقد تراوحت معاملات الارتباط ما بين 0.45 و0.63، وجاءت جميع البنود في كل المقاييس مرتفعة الدلالة، وبالتالي لم يتم حذف أي بند.

(ب) تقدير القدرة التمييزية لمقاييس الدراسة: ويمكن استكشافها عن طريق حساب مدى قدرة كل بند على التمييز بين المجموعات الطرفية عليه (وتقوم هذه الطريقة على المقارنة بين مجموعتين متعارضتين اعتماداً على الدرجة الكلية، حيث تمثل المجموعة الأولى أقل 25٪ (الربيع الأدنى) من الأفراد، في حين تمثل المجموعة الثانية أعلى 25٪ (الربيع الأعلى)، ثم بيان دلالة الفرق بين كل بند من بنود المقياس بين هاتين المجموعتين)، ولأجراء ذلك تم حساب الفروق بين متوسطي المجموعتين الطرفيتين على كل بند، وتبين من النتائج قدرة جميع البنود على التمييز الجوهري بين المجموعتين الطرفيتين، وهو ما يمكن النظر إليه على أنه أحد المؤشرات الدالة على الصدق.

ثانياً: ثبات الأدوات

ويوضح جدول (2) معاملات الثبات لمقاييس الدراسة (مقياس اضطراب الألم الحوضي – التناسلي/ الإيلاج، ومقياس الأفكار الجنسية اللاعقلانية، ومقياس الرضا الجنسي) المستخلصة من طريقتي ألفا كرونباخ والقسمة النصفية مع تصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان . براون، وتراوحت تلك القيم بين 0.85 و0.92، مما يشير إلى تمتع المقاييس بمؤشرات ثبات جيدة

جدول (2)

معاملات ألفا كرونباخ والقسمة النصفية بعد تصحيح الطول

للدلالة على ثبات مقاييس الدراسة

م	المقاييس	معامل ألفا	القسمة النصفية بعد تصحيح الطول	
			عدد البنود	معامل الثبات
1	مقياس اضطراب الألم الحوضي – التناسلي	0.92	(20/20)	0.90
2	مقياس الأفكار الجنسية اللاعقلانية	0.91	(20/20)	0.89
3	مقياس الرضا الجنسي	0.92	(17/18)	0.90

النتائج:

سوف يتم تنظيم العرض في ثلاثة أقسام على أن تعني نتائج كل قسم منها بأحد الفروض الرئيسية للدراسة.

نتائج تحليلات الفرض الأول: يختص بوجود فروق دالة إحصائيًا بين السيدات الأصحاء والأخريات ذوات اضطراب الألم الحوضي. التناسلي / الإيلاج في درجة بعض المتغيرات النفسية: الأفكار الجنسية اللاعقلانية، والرضا الجنسي، وحب العشرة:

ويُعد اختبار "مان. ويتني" للمقارنة بين مجموعتين مستقلتين Man-Whitney-U Test بديلاً لاختبار "ت" البارامتري T.Test، وهو يناسب البيانات المقدمة في صورة رتبية، أو البيانات المحولة من الصورة العددية إلى الصورة الرتبية(Grimm, 1993, p.470)، وقد تم اختيار هذا الأسلوب الإحصائي للأسباب التالية: (1) صغر حجم العينة المستخدمة، (2) عدم اعتدالية التوزيع لبعض المتغيرات (Minium, King & Bear, 1993, p.479).

جدول (3)

نتائج دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات المتغيرات

النفسية لمجموعتي الدراسة (السيدات الأصحاء والأخريات ذوات اضطراب الألم الحوضي – التناسلي)

م	متغيرات الدراسة	متوسط رتب مجموعة السيدات الأصحاء (ن=30)	مجموعة رتب السيدات ذوات اضطراب الألم الحوضي – التناسلي (ن=15)	الدرجة المعيارية (Z)	الدلالة
-1	الأفكار الجنسية اللاعقلانية	17.95	33.10	3.66-	0.001
-2	الرضا الجنسي	26.88	15.23	2.81-	0.005
-3	حب العشرة	22.77	23.77	0.21-	0.83

تشير نتائج جدول (3) إلى ظهور بعض الفروق الدالة إحصائياً بين مجموعة السيدات الأصحاء والأخريات ذوات اضطراب الألم الحوضي. التناسلي / الإيلاج، حيث انخفضت درجات السيدات الأصحاء في الأفكار الجنسية اللاعقلانية، وارتفعت في الرضا الجنسي مقارنة بمجموعة السيدات ذوات اضطراب الألم الحوضي. التناسلي / الإيلاج، في حين لم تظهر أي فروق جوهرية في حب العشرة بين مجموعتي الدراسة.

نتائج تحليلات الفرض الثاني: يوجد ارتباط دال بين شدة اضطراب الألم الحوضي. التناسلي / الإيلاج وكل من الأفكار الجنسية اللاعقلانية، والرضا الجنسي، وحب العشرة:

جدول (4)

نتائج معاملات الارتباط ودلالتها بين شدة اضطراب الألم الحوضي – التناسلي وكل متغير نفسي على حدة

متغيرات الدراسة		شدة اضطراب الألم الحوضي – التناسلي	
		معامل الارتباط	الدلالة
-1	الأفكار الجنسية اللاعقلانية	0.49	0.001
-2	الرضا الجنسي	0.29-	0.05
-3	حب العشرة	0.03	0.82

يتضح من الجدول (4) ما يأتي:

1- كانت العلاقة بين شدة اضطراب الألم الحوضي . التناسلي والأفكار الجنسية السلبية إيجابية ودالة عند مستوى 0.001، وهذا معناه أن زيادة شدة اضطراب الألم الحوضي . التناسلي بشكل ملحوظ يزامنه تقييم مرتفع للأفكار الجنسية السلبية لدى السيدات.

2- ظهر ارتباط دال سلبي بين شدة اضطراب الألم الحوضي . التناسلي من ناحية، والرضا الجنسي لدى السيدات من ناحية أخرى، أي أن انخفاض شدة اضطراب الألم الحوضي . التناسلي يصاحبه زيادة في الرضا الجنسي لدى السيدات.

3- لا توجد علاقة ارتباطيه بين شدة اضطراب الألم الحوضي . التناسلي من ناحية، وحب العشرة لدى السيدات من ناحية أخرى.

نتائج تحليلات الفرض الثالث: تتباين شدة اضطراب الألم الحوضي – التناسلي بتباين كل من الأفكار الجنسية اللاعقلانية، والرضا الجنسي، وحب العشرة، ونوع اضطراب الإيلاج:

تم استخدام اختبار "كروسكال . واليز" لتحليل التباين في اتجاه واحد Kruskal - Wallis One Way Analysis of Variance، للكشف عن دلالة الفروق بين هذه العينات المستقلة الثلاث، وبالرغم من اشتراكه مع اختبار "تحليل التباين" البارامتري في الهدف، فهو يختلف عنه في نقطتين أساسيتين، هما: (أ) أن المقارنات في اختبار "كروسكال . واليز" تعتمد على متوسط رتب المتغيرات، وليس على المتوسط والانحراف المعياري للدرجات الخام ، كما في تحليل التباين البارامتري. (ب) لا يقوم اختبار "كروسكال . واليز" على حساب النسبة الفائية، مثل تحليل التباين البارامتري، بل يقارن بين القيم المرتبة بالقيم المتوقعة في تحليل لمربع كاى(McClave & Dietrich, 1991, p.702).

وقد تم تقسيم عينة الدراسة وفقاً لمتغيراتها الأساسية على النحو الآتي: 1- الأفكار الجنسية اللاعقلانية: حيث قسمت عينة الدراسة حسب درجة الأفكار إلى ثلاث مجموعات، مجموعة منخفضي الأفكار وتمثل الثلث الأدنى (أقل من 115 درجة)، ومجموعة متوسطي الأفكار(والتي تتراوح ما بين 116 درجة إلى 134 درجة)، ومجموعة مرتفعي الأفكار وتمثل الثلث الأعلى (أكثر من 135 درجة). 2- الرضا الجنسي: وقسمت عينة الدراسة كذلك إلى ثلاث مجموعات: فتمثلت المجموعة الأولى الثلث الأدنى (أقل من 73 درجة)، والمجموعة الثانية (الثلث الأوسط الذي يتراوح ما بين 74 درجة إلى 94 درجة)، والمجموعة الثالثة

(الثلث الأعلى أكثر من 95 درجة). 3- درجة حب العشرة: قسمت العينة إلى ثلاث مجموعات: الأولى (الحب بدرجة ضعيفة)، والثانية (الحب بدرجة متوسطة)، والثالثة (الحب بدرجة قوية). 4- نوع الاضطراب: قسم إلى ثلاث مجموعات: الأولى (ألم فقط)، والثانية (تشنجات مهبلية فقط)، والثالثة (الاثنان معًا).

جدول (5)

نتائج اختبار "كروسكال. واليز" للكشف عن التباين في شدة اضطراب الألم الحوضي – التناسلي بتباين متغيرات الدراسة

المتغير		مجموعات المقارنة	عدد الأفراد (ن)	متوسط الرتب	كا2	درجات الحرية	مستوى الدلالة
1	الأفكار الجنسية اللاعقلانية	(1) المنخفضون	5	9.60	1.19	2	0.55
		(2) المتوسطون	6	6.67			
		(3) المرتفعون	4	8			
2	الرضا الجنسي	(1) المنخفضون	5	5.10	6.02	2	0.05
		(2) المتوسطون	6	7.50			
		(3) المرتفعون	4	12.38			
3	حب العشرة	(1) ضعيفة	2	7.25	0.52	2	0.77
		(2) متوسطة	4	6.88			
		(3) قوية	9	8.67			
4	نوع الاضطراب	(1) ألم فقط	4	2.50	12.25	2	0.01
		(2) تشنجات مهبلية فقط	7	8			
		(3) الاثنان معًا	4	13.50			

يوضح جدول (5). نتائج دلالة اختبار "كروسكال. واليز" في اتجاه واحد لبيان تأثير متغيرات الدراسة (الأفكار الجنسية اللاعقلانية، والرضا الجنسي، وحب العشرة، ونوع الاضطراب) . بشكل منفرد. في شدة اضطراب الألم الحوضي. التناسلي. أن هناك تباينات عالية الدلالة تصل إلى 0.01 بين المجموعات الفرعية الثلاثة لمستويات كل من الرضا الجنسي، ونوع الاضطراب على شدة اضطراب الألم الحوضي – التناسلي، مما يدعم بوضوح وجود علاقة وثيقة بين هذه المتغيرات من ناحية وشدة اضطراب الألم الحوضي – التناسلي، أما الأفكار الجنسية اللاعقلانية وحب العشرة فجاءوا غير دالين من حيث تأثيرهما في شدة اضطراب الألم الحوضي . التناسلي. وهذا ينقلنا إلى نتائج الإجراء التالي مباشرة، لنتبين فيه اتجاه تلك الفروق بين المجموعات.

حيث من خلال نتائج المقارنات الثنائية، جاءت السيدات ذوات شدة اضطراب الألم الحوضي . التناسلي المرتفعات والمتوسطات في الرضا الجنسي أكثر في شدة اضطراب الألم الحوضي. التناسلي مقارنة بالسيدات المنخفضات. بينما على العكس جاءت السيدات ذوات كلا من الألم والتشنج المهبلي معًا أكثر شدة اضطراب الألم الحوضي . التناسلي، يليها ذوات التشنج المهبلي فقط، وأخيرًا جاءت الأقل شدة لدى السيدات ذات الألم فقط.

مناقشة النتائج:

تسير مناقشة نتائج الدراسة على هدى التسلسل الذي انتظمت به فروض الدراسة وعنايتها بمحددات شدة اضطراب الألم الحوضي . التناسلي/الإيلاج، وذلك بما يخدم الرد على الأسئلة المطروحة من ناحية، وبيان مدى اتفاق أو اختلاف النتائج مع الدراسات السابقة من ناحية أخرى. وعلى ذلك ستبدأ المناقشة بأول فروض الدراسة.

(1) وجود فروق دالة إحصائيًا بين السيدات الأصحاء والأخريات ذوات اضطراب الألم الحوضي . التناسلي/الإيلاج في درجة بعض المتغيرات النفسية: الأفكار الجنسية اللاعقلانية، والرضا الجنسي، وحب الشريك:

أظهرت النتائج وجود بعض الفروق الدالة إحصائياً بين مجموعة السيدات الأصحاء والأخريات ذوات اضطراب الألم الحوضي . التناسلي/الإيلاج، حيث انخفضت درجات السيدات الأصحاء في الأفكار

الجنسية اللاعقلانية، وارتفعت في الرضا الجنسي مقارنة بمجموعة السيدات ذوات اضطراب الألم الحوضي . التناسلي/الإيلاج، في حين لم تظهر بينهما أية فروق جوهرية في حب العشرة بين مجموعتي الدراسة.

والنتائج بهذا الشكل تسلمنا إلى استنتاج واضح، ألا وهو أن هناك فروقًا دالة بين السيدات الأصحاء والأخريات ذوات اضطراب الألم الحوضي. التناسلي/الإيلاج في درجة بعض المتغيرات النفسية، وتتسق هذه النتيجة في جزء منها مع نتائج الدراسات السابقة التي تؤكد أن هناك فروق دالة إحصائيًا بين السيدات التي تخلو من أي اختلالات جنسية والأخريات التي تعاني هذه الاختلالات في العديد من المتغيرات النفسية، ومن هذه الدراسات نجد دراسة "كونكان" وآخرون(Konkan et al., 2012) التي كشفت . من خلال المقارنة بين السيدات ذات التشنج المهبلي وأخريات من الأصحاء . عن وجود فروقًا دالة إحصائيا بينهما في التجنب، والرضا، والتردد، وعدم النشوة. كذلك أضافت دراسة "لاهي" وآخرون(Lahaie et al., 2015) أن الخوف والتوتر في العضلات المهبلية كانت أكبر لدى مجموعة التشنج المهبلي عند مقارنتها بمجموعة من السيدات اللاتي تخلو من أي اختلالات جنسية. وتوصلت دراسة "شيرنير" و"ريسسنج"(Cherner & Reissing, 2013) إلى أن السيدات ذات التشنج المهبلي قد سجلت أكثر رغبة جنسية، وأقل صعوبة في الإفرازات المهبلية، وأكثر معارف غير توافقية، وأقل سلوكًا جنسيًا مقارنة بالسيدات اللاتي تخلو من أي اضطرابات جنسية. ويدور مجمل هذه النتائج في المضمون نفسه الذي توصلت إليه الدراسة الراهنة في أن مجموعة السيدات ذوات اضطراب الألم الحوضي. التناسلي/الإيلاج جاءت مرتفعة في الأفكار الجنسية اللاعقلانية، ومنخفضة في الرضا الجنسي مقارنة بمجموعة السيدات الأصحاء، في حين لم تظهر بينهما أية فروق جوهرية في حب الشريك بين مجموعتي الدراسة.

(2) يوجد ارتباط دال بين شدة اضطراب الألم الحوضي . التناسلي/الإيلاج وكل من الأفكار الجنسية اللاعقلانية، والرضا الجنسي، وحب الشريك في ظل الضبط الإحصائي للعمر، وعدد سنوات الزواج:

حققت نتائج الدراسة الراهنة اتساقًا ملحوظًا مع الدراسات السابقة، حيث وجدت بشكل عام أن هناك ارتباطات إيجابية ودالة بين شدة اضطراب الألم الحوضي . التناسلي/الإيلاج من ناحية، والأفكار الجنسية السلبية من ناحية أخرى، كذلك وجدت أن هناك علاقة سلبية بين شدة اضطراب الألم الحوضي

. التناسلي/الإيلاج والرضا الجنسي لدى السيدات، بينما لا توجد علاقة ارتباطيه بين شدة اضطراب الألم الحوضي . التناسلي/الإيلاج وحب الشريك لدى السيدات في ظل الضبط الإحصائي للعمر، وعدد سنوات الزواج.

وهذا ما أكدته نتائج بعض الدراسات، حين وجدت دراسة "نوبرا" و"بينتو.جوفيا"-(Nobra & Pinto-Gouveia, 2009) أن الاختلالات الجنسية تزداد لدى السيدات بزيادة المخططات السلبية. وكذلك ترتبط الاختلالات الجنسية بعدم الرضا الجنسي لدى السيدات(Gungor et al., 2015). وتتفق أيضًا مع ما أكدته بعض الدراسات من ارتباط عدم الرضا عن الجماع الجنسي إيجابيًا بعسر الجماع لدى الإناث (Amidu et al., 2011). وأضافت بعض الدراسات أن انخفاض الأفكار السلبية ينعكس على تخفيف شدة الألم لدى السيدات أثناء الجماع(Borg et al., 2015; Simonelli et al., 2014). وكشفت دراسة "ريسنج" (Reissing, 2002) عن ارتباط التشنج المهبلي بانخفاض المخططات المعرفية الإيجابية حول الأداء الجنسي لدى عينة من السيدات ذات التشنج المهبلي.

ومن مجمل ذلك نجد أن نتائج الدراسة الراهنة كانت متطابقة بشكل كبير مع نتائج الدراسات السابقة المستخلصة من ثقافات مختلفة، وهذا يوحى بأن هناك مجموعة من المتغيرات ترتبط بشدة اضطراب الألم الحوضي . التناسلي/الإيلاج بغض النظر عن اختلاف الثقافات.

(3) تتباين شدة اضطراب الألم الحوضي . التناسلي/الإيلاج بتباين كل من الأفكار الجنسية اللاعقلانية، والرضا الجنسي، وحب الشريك، ونوع اضطراب الإيلاج:

توصلت نتائج الدراسة الراهنة إلى أن السيدات . ذوات شدة اضطراب الألم الحوضي . التناسلي/الإيلاج . المنخفضات والمتوسطات في الرضا الجنسي أكثر في شدة اضطراب الألم الحوضي . التناسلي/الإيلاج مقارنة بالسيدات المرتفعات. كما جاءت السيدات ذوات التشنج المهبلي وعسر الجماع معًا أكثر شدة اضطراب الألم الحوضي. التناسلي، يليها في الدرجة مجموعة السيدات ذوات التشنج المهبلي، وأخيرًا جاءت مجموعة السيدات ذوات عسر الجماع.

وتبدو هذه النتائج متفقة مع توصية الأبحاث العلمية في ضرورة التعامل مع الاختلالات الجنسية في ضوء النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي، وليس المنظور الطبي الدوائي(Bitzer et al., 2008). ولكونها من

الاضطرابات لدى السيدات التي تتفاعل معها العوامل الجسمية والنفسية والفسيولوجية والاجتماعية(Laumann et al., 2005; Wincze & Barlow, 1997). كما تتفق النتائج مع أغلب الدراسات التي قارنت بين مجموعتي التشنج المهبلي وعسر الجماع، ومنها دراسة "لاهاي" وآخرين (Lahaie et al., 2015)، التي وجدت أن الخوف والتوتر في العضلات المهبلية كانت أكبر لدى مجموعة التشنج المهبلي مقارنة بمجموعتي عسر الجماع. كذلك سجلت السيدات ذات التشنج المهبلي أكثر رغبة جنسية، وأقل صعوبة في الإفرازات المهبلية، وأكثر معارف غير توافقية، وأقل سلوكًا جنسيًا مقارنة بمريضات عسر الجماع(Cherner & Reissing, 2013).

ومن ثم يتضح من استعراض نتائج الدراسة الراهنة والدراسات السابقة أن تداخل المتغيرات النفسية المتمثلة في الرضا الجنسي، ونوع الاضطراب قد يساهم في حدوث اضطراب الألم الحوضي . التناسلي/الإيلاج. بمعني لم يُعد ينظر إلى خبرة الاختلالات الجنسية كحدث طبي، بل هي حدث تتداخل فيها الكثير من المتغيرات النفسية والاجتماعية، وتعدل من تأثيرها ونواتجها.

ولتفسير النتائج بشكل أكثر تعمقًا، نري من الضروري توضيح العلاقة النظرية بين كل متغير نفسي على حدة وحدوث اضطراب الألم الحوضي . التناسلي:

الأفكار الجنسية اللاعقلانية وعلاقتها بشدة اضطراب الألم الحوضي . التناسلي/ الإيلاج:

أوضحت نتائج الدراسة الراهنة ارتفاع درجات السيدات ذوات اضطراب الألم الحوضي . التناسلي/الإيلاج على الأفكار الجنسية اللاعقلانية مقارنة بمجموعة السيدات الأصحاء، كما صاحب ارتفاع درجة السيدة على الأفكار الجنسية اللاعقلانية زيادة في شدة اضطراب الألم الحوضي . التناسلي/الإيلاج. وأخيرًا أتضح اختفاء تأثير التباينات بين المجموعات الفرعية الثلاثة لمستويات الأفكار الجنسية اللاعقلانية في شدة اضطراب الألم الحوضي . التناسلي/الإيلاج لدى السيدات ذوات هذا الاضطراب، مما يدعم بوضوح تأثير الأفكار الجنسية اللاعقلانية في حدوث اضطراب الألم الحوضي . التناسلي/الإيلاج.

وهذا يتفق في جزء منه مع نتائج الدراسات السابقة التي وجدت ارتباط التشنج المهبلي بعدة عوامل منها الأفكار السلبية نحو الحياة الجنسية (Biswas & Ratnam, 1995; Kennedy et al., 1995; Ward & Ogden, 1994). كما سجلت دراسة "فارنام" وآخرون(Farnam et al., 2015) أن 73٪ من السيدات ذات

التشنج العضلي تعاني به منذ الزواج، وأنهن مرتفعات في الأفكار السلبية الخاصة بالألم التناسلي، والإيلاج، ونزيف أثناء الجماع، والنفور من لمس الأعضاء التناسلية، والاشمئزاز من السائل المنوي. وأضافت دراسة "ريسنج"(Reissing, 2002) ارتباط التشنج المهبلي بانخفاض المخططات المعرفية الإيجابية حول الأداء الجنسي.

فنتائج الدراسة الراهنة الخاصة بكل من الفروق بين مجموعة السيدات الأصحاء والأخريات ذوات اضطراب الألم الحوضي. التناسلي/الإيلاج في الأفكار الجنسية اللاعقلانية، وارتباطها بشدة اضطراب الألم الحوضي. التناسلي/الإيلاج متسقة تمامًا مع نتائج الدراسات السابقة، ولكن ما يحتاج إلى توضيح في هذه النقطة البحثية هو اختفاء الفروق داخل نفس المجموعة (ذوات اضطراب الألم الحوضي . التناسلي/الإيلاج) بالنسبة لدرجات شدة الأفكار الجنسية اللاعقلانية (المنخفضة، والمتوسطة، والمرتفعة)، وقبل التعرض لتفسير هذه النتيجة، نرى من الضروري التطرق لتعريف مفهوم الأفكار السلبية، حيث يشير إليها الباحثون بأنها "الأفكار الغير منطقية وغير الواقعية التي تتميز بعدم موضوعيتها وتكون على درجة عالية من المبالغة في تقدير الفرد لكفاءته والنظرة السلبية للذات والآخرين، والقلق الزائد على الذات وعلى مشكلات الآخرين مع الاهتمام بتعظيم وتضخيم الأمور نتيجة التكوين المعرفي للفرد وتفسيره للأحداث بما لا يستق مع إمكانات الفرد الفعلية"(غنيم، 2002)، كما يرى (سعفان، 1995) الأفكار اللامنطقية واللاواقعية بأنها "تلك التي تتناقض مع منطق العقل, والفرد الذي لدية الأفكار اللاعقلانية, هو فرد رفض التفكير المنطقي من حيث هو وسيلة للوصول إلى الحقيقة والموضوعية، وأحل محله الأهواء الشخصية، والظن، والاحتمالية، والمبالغة، والتهويل، ومن ثم جاءت توقعات لاعقلانية وتعميمات غير موضوعية". وأخيرًا يعرفها كل من (عبد الرحمن ، عبد الله، 1994) بأنها "مجموعة من الأفكار الخاطئة غير الموضوعية، والتي تتميز بطلب الكمال، والاستحسان وتعظيم الأمور المرتبطة بالذات والآخرون، والشعور بالعجز والاعتمادية".

وبالنظر لهذه التعريفات نجد أنها تحمل في طياتها أفكارًا ذات درجة شدتها مرتفعة، ومن ثم وجدت بالفعل فروق دالة إحصائية بين السيدات الأصحاء والأخريات ذوات اضطراب الألم الحوضي . التناسلي/الإيلاج، ولكن عند المقارنة داخل المجموعة نفسها (ذوات اضطراب الألم الحوضي . التناسلي/الإيلاج) لتوضيح تأثير التباينات بين المجموعات الفرعية الثلاثة لمستويات الأفكار الجنسية

اللاعقلانية في تأثيرها على شدة اضطراب الألم الحوضي . التناسلي/الإيلاج لدى السيدات ذوات هذا الاضطراب نفسه، اختفت الفروق، وهذا معناه أن وجود هذه الأفكار الجنسية اللاعقلانية لوحدها كفيلة بنشأة اضطراب الألم الحوضي . التناسلي/الإيلاج، بغض النظر عن شدتها سواء أكانت منخفضة أم متوسطة أم مرتفعة. وذلك لأن أغلب الدراسات تؤكد وجود هذه الأفكار الجنسية السلبية عند نشوء الاضطرابات الجنسية بغض النظر عن شدتها.

والذي يؤكد ذلك أنه عند إجراء تحليل التباين (3X2) وهو (وجود الاضطراب من عدمه في مقابل درجات الشدة الثلاثية للأفكار الجنسية اللاعقلانية)، جاءت الدلالات الإحصائية تصل إلى 0.001 لتأثير وجود الاضطراب من عدمه، وكذلك لتأثير الأفكار الجنسية اللاعقلانية في شدة اضطراب ذوات اضطراب الألم الحوضي . التناسلي/الإيلاج، والأكثر من ذلك في تفاعل المتغيرات معًا. هذا في مجمله يحمل معني أساسي أن الأفكار الجنسية اللاعقلانية بشكل عام هي مكون أساسي في اضطراب الألم الحوضي . التناسلي/الإيلاج، وهذا ما حاول نموذج "ماسترز" و"جونسون" توضيحه من خلال حصر الأسباب المتعددة للاختلالات الوظيفية الجنسية، والتي تضم أسباب بعيدة مثل العقيدة الدينية، وعدم كفاية النصح والإرشاد، والعوامل الاجتماعية، والاتجاه السلبي تجاه الجنس(Wincze & Barlow, 1997). وكلها من العوامل المكونة للأفكار الجنسية اللاعقلانية، وهذا ما أكدته بعض الدراسات من أن الاختلالات الجنسية تزداد لدى السيدات بزيادة المخططات السلبية عند التعرض لمواقف جنسية غير ناجحة (Hiller & Jekster, 2007; Nobra & Pinto-Gouveia, 2009). واعتمد كذلك عليه نموذج تجنب الخوف للتشنج المهبلي في تفسيره لاضطرابات الألم، وهو أن هناك إدراكات وتوقعات سلبية حول الإيلاج المهبلي لدى المرأة، بمعني آخر يفترض هذا النموذج أن السيدات ذات التشنج المهبلي غير قادرات على التوافق مع الأفكار اللاعقلانية حول نتيجة الإيلاج، والتي تتسبب في ارتفاع الخوف والقلق، مما ينعكس بدوره على تجنب الجماع أو التشنج المهبلي (Reissing, 2012; ter Kuile et al., 2010).

ومن مجمل هذه النتائج نصل إلى أن وجود الأفكار الجنسية اللاعقلانية لدى السيدات هو متغير أساسي في نشأه الاضطرابات الجنسية بوجه عام، وذوات اضطراب الألم الحوضي . التناسلي/الإيلاج بوجه خاص.

الرضا الجنسي ودوره في حدوث اضطراب الألم الحوضي . التناسلي/الإيلاج:

أوضحت نتائج الدراسة الراهنة انخفاض درجات السيدات الأصحاء على الرضا الجنسي مقارنة بمجموعة السيدات ذوات اضطراب الألم الحوضي. التناسلي/الإيلاج، كما صاحب انخفاض شدة اضطراب الألم الحوضي. التناسلي زيادة الرضا الجنسي لدى السيدات. كما جاءت السيدات. ذوات شدة اضطراب الألم الحوضي. التناسلي/الإيلاج. المنخفضات والمتوسطات في الرضا الجنسي أكثر في شدة اضطراب الألم الحوضي. التناسلي/الإيلاج مقارنة بالسيدات المرتفعات.

وهذا يتفق مع نتائج الدراسات السابقة التي وجدت ارتباط الاختلالات الجنسية بوجه عام بعدم الرضا الجنسي لدى السيدات(Amidu et al., 2011; Gungor et al., 2015). كما كشفت دراسة "أوزديل" وآخرون(Özdel et al., 2012) أن التشنج المهبلي له مترتبات نفسية منها انخفاض الرضا الجنسي عند الزوجة.

ومن استعراض التعريفات المطروحة للرضا الجنسي نجد منها ما عرفه كل من "سبريشير" و"جاتي"(Sprecher & Gate, 2004, p.236) بأنه "الدرجة التي يكون فيها الفرد راضياً أو سعيداً عن شكل الجنس في علاقته"، كما يُشير إليه بأنه "الاستجابة الوجدانية الناتجة عن التقييم الذاتي للأبعاد الإيجابية والسلبية المرتبطة بعلاقة الفرد الجنسية"(Lawrence & Byers, 1995, p.268). وتركز أغلب التعريفات الإجرائية للرضا الجنسي على الاستجابات الفسيولوجية أثناء النشاط الجنسي أو بعده، بالإضافة إلى الأثر الإيجابي المرتبط بالنشاط الجنسي (McClelland, 2009).

وبعد هذا الاستعراض لكل من النتائج والتعريفات، يثأر تساؤل حول نقطة بحثية وهو هل الرضا الجنسي سببًا أم ناتجًا عن الاختلالات الجنسية بوجه عام، واضطراب الألم الحوضي. التناسلي/الإيلاج بوجه خاص؟، وخاصة أن هناك دراسات سابقة تدعم الوجهتان من العلاقة، فعن كون الرضا الجنسي سببًا وراء حدوث الاختلالات الجنسية بوجه عام، واضطراب الألم الحوضي. التناسلي/الإيلاج بوجه خاص، فقد أشارت نتائج الدراسة الراهنة إلى أن السيدات ذوات اضطراب الألم الحوضي. التناسلي/الإيلاج بالفعل، وتعاني من انخفاض في الرضا الجنسي تكون أكثر في شدة اضطراب الألم الحوضي. التناسلي/الإيلاج مقارنة بالسيدات المرتفعات والمتوسطات في الرضا الجنسي. وهذا يتفق أيضًا مع بعض الدراسات السابقة، والتي وجدت ارتباط عدم الرضا عن الجماع الجنسي لدى الذكور إيجابيًا بعسر الجماع

لدى الإناث (Amidu et al., 2011). وكذلك وجد أن ارتفاع الرضا الجنسي ينعكس على تخفيف شدة الألم لدى السيدات أثناء الجماع(Borg et al., 2015; Simonelli et al., 2014).

أما عن كون الرضا الجنسي ناتجًا عن الاختلالات الجنسية بوجه عام، واضطراب الألم الحوضي . التناسلي/الإيلاج بوجه خاص، فمازال الباحثون يؤكدون على مساهمة المتغيرات النفسية والاجتماعية والثقافية في تشكيل درجة الرضا الجنسي، وينظرون لهذا المفهوم من منظور فسيولوجي بحت معتمد على النموذج الطبي للوظيفة الجنسية لـ "ماسترز وجونسون"، ونادراً ما يدرس أو يعالج هذا المفهوم داخل سياق اجتماعي نفسي(Henderson, Lehavot & Simoni, 2009)، وطبقاً لهذا المنظور يرى أن تقدير الرضا الجنسي لدى السيدات بوجه خاص يعتمد كلياً على النشاط الجنسي داخل العلاقة الحميمة (Waite & Joyner, 2001). وقد طرح "برونفينبرينر"(Bronfenbrenner,1994) نموذجًا واصفًا لمكونات الرضا الجنسي، يحتوي على تفاعل العوامل الاجتماعية والنفسية والجسمية والفسيولوجية معاً، ويتصور من خلاله أن لتحقيق الرضا الجنسي لدى الزوجين ينبغي أن يتم في ظل التفاعل بين العوامل الاجتماعية (كالمساندة الاجتماعية)، والعوامل النفسية (تشمل خصائص الفرد النفسية مثل التعاطف، تقبل الزوج، حب الزوج....الخ)، مع توفر سلامة كل من الصحة الجسمية (القدرة على الجماع)، والمحددات الفسيولوجية (كفاءة الوظيفة الجنسية).

ومن هنا يمكن اعتبار مفهوم الرضا الجنسي متغيرًا تابعًا لاضطراب الألم الحوضي. التناسلي/الإيلاج، وفي نفس الوقت متغيرًا مستقلاً يؤثر بشكل فعال في زيادة شدة اضطراب الألم الحوضي. التناسلي/الإيلاج.

حب الشريك وعلاقته بشدة اضطراب الألم الحوضي. التناسلي/الإيلاج:

جاءت نتائج الدراسة الراهنة لتوضح عدم فعالية متغير حب الشريك في حدوث اضطراب الألم الحوضي. التناسلي/الإيلاج، حيث لم تظهر أية فروق جوهرية بين مجموعة السيدات الأصحاء والأخريات ذوات اضطراب الألم الحوضي. التناسلي/الإيلاج في حب الشريك. كذلك لا توجد علاقة ارتباطيه بين شدة اضطراب الألم الحوضي. التناسلي/الإيلاج وحب الشريك لدى السيدات. كما ظهر تأثير حب الشريك غير دال في تباين شدة اضطراب الألم الحوضي. التناسلي/الإيلاج.

ومن ثم جاءت نتائج الدراسة الراهنة غير متسقة تمامًا مع نتائج الدراسات السابقة، والتي وجدت أن توفر الحب في إطار العلاقة الزواجية يؤدي إلى مزيد من الرضا الجنسي لدى الأزواج والزوجات، بينما غيابه يؤدي إلى مشكلات عديدة كالطلاق، وعدم الرضا عن العلاقة الجنسية(من خلال: شويخ، 2011)، وأيدت دراسة "باريش" وآخرون(Parish et al., 2007) أن محددات الرضا الجنسي لدى الإناث تركز على خصائص العلاقة الحميمة كالمودة وحب الزوج. وأكد ذلك "سبريشير"(Sprecher, 2002) حين وجد ارتباطاً إيجابياً بين الحب لدى الزوجين والرضا الجنسي، كما جاءت نتائج تحليل الانحدار لتشير إلى أن حب الزوج من المنبئات القوية لتحقيق الرضا الجنسي لدي الزوجات(Means, 2000). والنتائج بهذا الشكل هي مدعمة لنموذج "برونفينبرينر"(Bronfenbrenner, 1994)، والذي أشار فيه إلى أهمية المحددات النفسية (التعاطف، وحب الزوج) كأحد المحددات الرئيسة لتحقيق الرضا الجنسي لدى الأزواج.

ولتفسير تناقض النتائج حول أهمية متغير الدراسة (حب الشريك)، والذي جاء غير دال سواء في ارتباطه أو تأثيره في اضطراب الألم الحوضي. التناسلي/الإيلاج، نرجع ذلك إلى سببين، هما: توقيت نشأة هذا الاضطراب، ومكونات مفهوم الحب، فعن **السبب الأول**: وهو عادة يحدث اضطراب الألم الحوضي . التناسلي/الإيلاج في الليالي الأولي للزواج ويسمى بـ "عجز شهر العسل" أو "عجز ليله الزفاف" (American Psychiatric Association, 2000; Michetti et al., 2013). وهذا يتفق مع كون أغلب العينة في الدراسة الراهنة تعاني من اضطراب الألم الحوضي . التناسلي/الإيلاج منذ بداية الزواج، فهل يُعتقد بأن تتكون مشاعر الحب في ظل فشل المكون الأساسي في الزواج وهو ممارسة الجنس، ومن ثم حدوث الألم المهبلي لدى السيدات، وصعوبة الجماع، والوصول لذروه النشوة سواء لدى السيدات أو الذكور؟.

أما **السبب الثاني**: وهو مكونات الحب، فطبقًا للدراسة الراهنة اعتمدت في قياسها لمفهوم الحب طبقًا لنظرية "هاتفيلد" وآخرين، والتي يفترض فيها بأن الحب يتكون من عاملين هما: الحب العاطفي، وحب العشرة(Hatfield et al., 2008). وبالرغم من ذلك طَرح المقياس المستخدم في الدراسة الراهنة درجة كلية للمفهوم دون التمييز بين مكوناته، ومن ثم فقد يكون هذا هو السبب المباشر لتناقض النتائج، بمعنى أنه من الضروري النظر إلى الدرجات الفرعية لمكونات الحب عند تفسير حدوث اضطراب الألم الحوضي . التناسلي/الإيلاج، وليس الدرجة الكلية لمفهوم الحب.

وخلاصة القول في هذه النقطة أن حب الشريك قد يظهر له تأثير من عدمه في تخفيف الاضطرابات الجنسية للسيدات بوجه عام، وشدة اضطراب الألم الحوضي . التناسلي/الإيلاج بوجه خاص، طبقًا لتوقيت نشوء هذه الاضطرابات بدءًا من الزواج أم بعد فترة تسمح بتولد المشاعر العاطفية بين الزوجين، وكذلك حسب مكونات هذا المفهوم سواء في نظرية العاملين لـ "هاتفيلد" وهما الحب العاطفي وحب العشرة، أو في نظرية مثلث الحب لـ "ستيرنبرج" ومكوناتها الثلاثة: الحميمية، والانجذاب العاطفي، والحرص على استمرار العلاقة، وهو ما ستسعى إليه البحوث المستقبلية من حسم هذه النقطة البحثية.

نوع الاضطراب ودوره في شدة بأعراض اضطراب الألم الحوضي . التناسلي/الإيلاج:

وجدت نتائج الدراسة الراهنة أن هناك تباينات عالية الدلالة تصل إلى 0.01 بين المجموعات الفرعية الثلاثة لمستويات نوع الاضطراب في تأثيرها على شدة اضطراب الألم الحوضي . التناسلي/الإيلاج، مما يدعم بوضوح وجود علاقة وثيقة بين هذا المتغير من ناحية وشدة اضطراب الألم الحوضي . التناسلي/الإيلاج، حيث جاءت السيدات ذوات التشنج المهبلي وعسر الجماع معًا أكثر شدة اضطراب الألم الحوضي . التناسلي، يليها في الدرجة مجموعة السيدات ذوات التشنج المهبلي، وأخيرًا جاءت مجموعة السيدات ذوات عسر الجماع.

وجاء هذا التقسيم لمتغير نوع الاضطراب جامعًا بين المعايير التشخيصية التي وضعها الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية . الخامس بأنه: الصعوبات المتكررة أو المستمرة على الأقل ستة أشهر لواحد على الأقل من الأعراض التالية: (1) العجز عن الإيلاج المهبلي أثناء الجماع، (2) ملاحظة ألم في الفرجية المهبلية أو التناسلية أثناء الإيلاج المهبلي أو محاولات الجماع، (3) الخوف أو القلق الملحوظ من الألم أو الإيلاج، (4) ملاحظة توتر في العضلات التناسلية أثناء محاولة الإيلاج المهبلي (Kring et al., 2014). وكذلك لتقسيم اضطرابات الألم طبقًا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الرابع المعدل، وهما: عسر الجماع، والتشنج المهبلي (Chinks, 2011; Moniek et al., 2013; Özdel et al., 2012; Payne et al., 2006).

حيث يركز الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس على دمج هذين الاضطرابيين معًا، لأنه أصبح من الواضح اشتراك حدوثهما معًا. وهذا ما أكدته إحدى الدراسات عند قياس

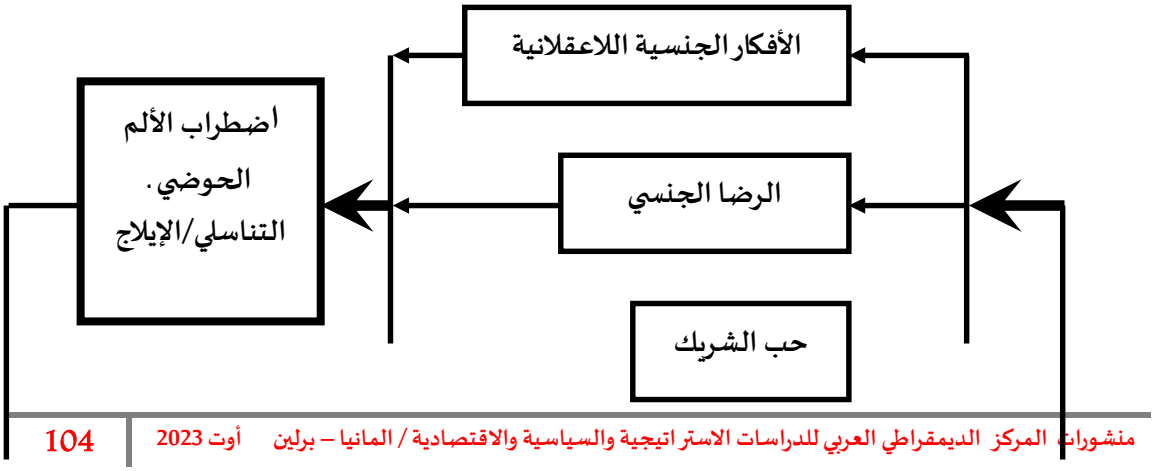
التوتر العضلي للمهبل، حيث وجدت أن النساء المصابات بعسر الجماع والأخريات المصابات بالتشنج العضلي أظهرن مستويات متقاربة من التوتر العضلي(Binik, 2010). ولكن أجمعت العديد من الدراسات السابقة على أن هناك فروقًا دالة إحصائية بين السيدات اللاتي تعاني التشنج المهبلي، والأخريات ذات عسر الجماع في الخوف والتوتر في العضلات المهبلية، والوظيفة الجنسية، والقلق، والمعرفة المرتبطة بالإيلاج (Cherner & Reissing, 2013; Lahaie et al., 2015). ومن هنا ترى الباحثة ضرورة الدمج بين الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الرابع المعدل والدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس، دون تفضيل أحدهما على الآخر.

وبالانتهاء من مناقشة هذه النتائج الأربع نكون قد وصلنا إلى نهاية هذا الجزء من المناقشة، والذي نرى أنه من الأفضل وضع نموذج نظري يجمع هذه النتائج المتعددة معاً، ويفسرها بدقة واضحة، وهو ما سيهتم به الجزء الثالث من المناقشة.

دلالات النتائج وإمكانات اقتراح تصورنظري :

يتضح مما سبق مدى أهمية هذه المتغيرات. الأفكار الجنسية اللاعقلانية، والرضا الجنسي، وحب الشريك. في مجال الاضطرابات الجنسية بوجه عام، وفي منظومة اضطراب الألم الحوضي. التناسلي/الإيلاج بوجه خاص، وذلك لما لهما من دور بارز في تتباين شدة اضطراب الألم، وظهر هذا التأثير من خلال نتائجنا الراهنة ونتائج الدراسات السابقة.

وتسعى الدراسة الراهنة إلى صياغة نموذج مقترح وملائم للعلاقة بين الأفكار الجنسية اللاعقلانية، والرضا الجنسي، وحب الشريك من ناحية، وبيان تأثيرهم في اضطراب الألم الحوضي. التناسلي/الإيلاج من ناحية أخري، وذلك كما يظهر في الشكل التالي :



شكل (3) نموذج نظري مقترح للعلاقة بين متغيرات الدراسة

ويلخص هذا الشكل أن هناك متغيرات مستقلة أساسية، وهى الأفكار الجنسية اللاعقلانية، والرضا الجنسي، وحب الشريك، ومتغير تابع متمثل في اضطراب الألم الحوضي. التناسلي/ الإيلاج، كذلك يقترح أن حدوث هذا الاضطراب ينعكس مرة أخرى على هذه المتغيرات المستقلة الثلاثة، أي أن هذه المتغيرات في حالة تفاعل متبادل فيما بينها، وهذا يتفق مع طبيعة الظواهر الإنسانية.

ويتضح من الأسهم المعروضة في النموذج السابق أن هناك شبكة من العلاقات بين هذه المتغيرات، بمعنى آخر أنها دائمة التفاعل فيما بينها، وما يؤكد هذه النظرة التفاعلية بين هذه المتغيرات، هو توفر الأدلة العلمية والنتائج التجريبية التي تبرهن على أننا أمام منظومة من المتغيرات النفسية المتفاعلة مع بعضها بعضا بشكل مستمر، ومن هذه الأدلة المطروحة، ما وجدته الدراسة الراهنة من وجود ارتباطات سلبية دالة بين هذه المتغيرات، حيث وجد ارتباط دال بين مقياس الألم الحوضي. التناسلي/الإيلاج وكل من مقياسي الرضا الجنسي وحب الشريك عند مستوى دلالة (0.05)، كما ارتبط الألم الحوضي. التناسلي/الإيلاج والأفكار الجنسية اللاعقلانية إيجابيًا عند مستوي دلالة (0.01)، أما الارتباط بين حب الشريك والرضا الجنسي فكان دال عند مستوى دلالة (0.05)، والارتباط بين الأفكار الجنسية اللاعقلانية والرضا الجنسي فدال عند مستوى دلالة (0.01).

وهكذا يتضح من خلال هذه الارتباطات السابقة أننا أمام منظومة من المتغيرات النفسية المتفاعلة مع بعضها بعضا، بشكل يجعلنا نتنبأ بانخفاض أثر أحد المتغيرات، إذا انخفض أثر المتغير الآخر، وارتفاع أحدهما، إذا ارتفع المتغير الآخر المرتبط به. بمعنى إذا كان للأفكار الجنسية اللاعقلانية القدرة على نشوء اضطراب الألم الحوضي. التناسلي/الإيلاج، فهذا النشوء سينعكس بشكل غير مباشر على باقية المتغيرات المرتبطة بالأفكار الجنسية اللاعقلانية، وبالتالي يحدث عدم الرضا الجنسي وخفض درجة الحب بين الزوجين. أي أن العلاقات بين هذه المتغيرات يجعلنا نتصور أن هناك تأثيرات مباشرة للمتغيرات المستقلة على المتغير التابع، وتأثيرات أخري غير مباشرة .

وبالانتهاء من عرض هذا النموذج النظري، نصل إلى عدد من التوصيات المُفعلة لدور المتغيرات النفسية في تخفيف اضطراب الألم الحوضي . التناسلي/الإيلاج سواء على مستوى العمل البحثي أو على مستوى الممارسة الإكلينيكية، والتي يجب أخذها في الاعتبار أثناء التعامل مع هذه النوعية من الزوجات، **وفيما يلي نعرض لهذه التوصيات:**

1. انتهت الدراسة الراهنة إلى أن اضطراب الألم الحوضي . التناسلي/الإيلاج ما هو إلا محصلة لشبكة معقدة من المتغيرات أمكن معرفة بعضها . مثل الرضا الجنسي، والأفكار الجنسية اللاعقلانية، وحب الشريك..... ، ولكن هناك متغيرات أخرى يجب تركيز البحوث المستقبلية في مجال علم النفس الصحة الإكلينيكي لاكتشافها.
2. من الأهمية إدراج العوامل النفسية ضمن خطة التدخلات العلاجية الطبية لرعاية السيدات ذوات اضطراب الألم الحوضي . التناسلي/الإيلاج، فبدونها ستخفق هذه التدخلات في تأثيرها.
3. تسهم نتائج الدراسة الحالية في إعداد برامج توعية تهدف إلى تخفيف حدة اضطراب الألم الحوضي . التناسلي/الإيلاج لدى الزوجات، في وقت أصبحت فيه المشكلات الزواجية من أكثر المشكلات المسجلة في مراكز الخدمة النفسية، كذلك يجب تصميم برامج للمقبلين على الزواج لزيادة مستوى وعيهم بأهمية الجنس في إطار علاقاتهم الزواجية، وكذلك لإرشادهن لأهمية عوامل النفسية التي يمكن أن تقلل من شدة اضطراب الألم الحوضي . التناسلي/الإيلاج، مما ينعكس بشكل إيجابي على صحتها النفسية والجسمية والجنسية.
4. ضرورة توفير إطار نظري مفسر لتدبر اضطراب الألم الحوضي . التناسلي/الإيلاج يأخذ في اعتباره جميع المحددات (الجسمية، النفسية، الفسيولوجية، الاجتماعية) في ضوء الثقافة العربية.
5. السعي نحو مزيد من الأبحاث المستقبلية التي تهتم بالتحقق من مدى مصداقية هذا النموذج المقترح عند استخدامه في تفسير النتائج الخاصة بالاضطرابات الجنسية بوجه عام، واضطراب الألم اضطراب الألم الحوضي . التناسلي/الإيلاج بوجه خاص.
6. إدخال مهنة الاختصاصي النفسي الإكلينيكي داخل كل وحدة الاستشارات للزواج، ليكون عضواً أساسياً ضمن فريق العمل الطبي، وكذلك تدريبه على إعداد برامج نفسية متضمنة لهذه المتغيرات النفسية المساهمة في نشوء هذه الاضطرابات الجنسية.

7. وبهذه الإسهامات التي عرضنا لها تكون الدراسة الراهنة قد حققت بعض الأهداف التي أجريت من أجلها، وتكون. أيضاً. قد وضعت بعض اللبنات لمزيد من الدراسات المستقبلية التي تسعي إلى استكمال باقي الأهداف المأمولة.

المراجع:

1. التوابين، أحمد؛ القيس، لماماجد (2014). الخصائص السيكومترية لمقياس حب الزوج لهاتفليد وسبريشر. ***المجلة الدولية التربوية المتخصصة***، 3(10)، 65-77.
2. الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء (2010). ***الكتاب الإحصائي السنوي***. جمهورية مصر العربية.
3. خطاب، على (2001). ***القياس والتقويم في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية***. القاهرة: الأنجلو المصرية.
4. سعفان، محمد (1995). فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض مستوى الشعور بالذنب. ***مجلة كلية التربية***، جامعة عين شمس، 2(19)، 237-266.
5. شويخ، هناء (2011). دور بعض المحددات الفسيولوجية والنفسية والديموجرافية في تحقيق الرضا الجنسي لدى الزوجات". ***دراسات نفسية***، 21(1)، 1-36.
6. عبد الرحمن، محمد (1998). ***دراسات في الصحة النفسية***. الجزء الثاني، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر.
7. عبد الرحمن، محمد؛ عبد الله، معتز (1994). الأفكار اللاعقلانية لدى الأطفال والمراهقين وعلاقتها بكل من حالة وسمة القلق ومركز التحكم. ***دراسات نفسية***، 4 (3)، 415-449.
8. عبد الله، عادل (2000). ***العلاج المعرفي السلوكي (أسس وتطبيقات)***. القاهرة: دار الرشاد.
9. غنيم، محمد (2002). أثر المعتقدات اللاعقلانية والتخصيص الأكاديمي على الضغط النفسي للمعلمين "دراسة غير ثقافية في مصر والسعودية". ***المجلة التربوية***، مجلس النشر العلمي جامعة الكويت، 16(64)، 175-213.
10. فرج، صفوت (2002). ***مرجع في الاضطرابات النفسية: دليل علاجي تفصيلي***. القاهرة: الأنجلو المصرية.
11. كامل، وحيد (2005). فعالية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في خفض أحداث الحياة الضاغطة لدى عينة من طلبة الجامعة. ***دراسات نفسية***، 15(4)، 569 .598.
12. محمد، كمال (1998). ***دراسات في الصحة النفسية: التوافق الزواجي. فعالية الذات. الاضطرابات النفسية والسلوكية***. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
13. مزنوق، محمد صهيب (1996). ***الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية لدى المراهقين***. رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية التربية، جامعة عين شمس.
14. منصور، نصرة (2012). ***ذكاء الوجداني وحب الزوج بين الزوجين كمنبئين الرضا الزواجي***. رسالة دكتوراه، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

15. Alfonso, V., Allison, D., Rader, D., & Gorman, B. (1996). The extended satisfaction with life scale: Development and psychometric properties. ***Social Indicators Research***, 38(33), 275-301.
16. American Psychiatry Association. (2000). ***Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR) /4th(Text Revision) ed./***. Washington, DC: Author.
17. Amidu, N., Owiredu, W., Gyasi-Sarpong, C. & Quaye, L. (2011). Sexual dysfunction among married couples living in Kumasi metropolis, Ghana. ***BMC Urology***, 11(3), 1-7.
18. Bancroft, J., Loftus, J. & Long, J. (2003). Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationships. ***Archives of Sexual Behavior***, 32, 193-208.
19. Barnes, M. & Sternberg, R. (1997). A hierarchical model of love and its prediction of satisfaction in close relationship. In R.J. Sternberg & M. Hajjat (Eds.), ***Satisfaction in Close Relationship*** (pp. 79-101). New York: Gilford Press.
20. Binik, Y. (2010). The DSM diagnostic criteria for dyspareunia. ***Archives of Sexual Behavior***, 39(2), 292-303.
21. Biswas, A. & Ratnam, S. (1995). Vaginismus and outcome of treatment, ***Ann Acad Med Singapore***, 24, 755-758.
22. Bitzer, J., Platano, G., Tschudin, S. & Alder, J. (2008). Sexual Counseling in Elderly Couples. ***Journal of Sexual Medicine***, 5(9), 2027-2043.
23. Borg, C., Peters, M., Schultz, W., Weijmar, W. & de Jong, P. (2015). Vaginismus: Heightened Harm Avoidance and Pain Catastrophizing Cognitions. ***Journal of Sexual Medicine***, 9(2), 528-567.
24. Bricker, D. (2005). ***The link between emotional intelligence and martial satisfaction***. MD., University of Johannesburg.
25. Bridges, S., Lease, S., & Ellison, C. (2004). Predicting sexual satisfaction in women: Implications for counselor education and training. ***Journal of Counseling & Development***, 82(2), 158-166.
26. Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. ***The International Encyclopedia of Education*** (2nd ed., Vol. 3, pp.1643–1647). Oxford, England: Elsevier.
27. Cherner, R. & Reissing, E. (2013). A Comparative Study of Sexual Function, Behavior, and Cognitions of Women with Lifelong Vaginismus. ***Archives of Sexual Behavior***, 42, 1605-1614.
28. Cherner, R. (2012). ***Psychophysiology of the sexuality of women with lifelong vaginismus: A matched controlled thermography and survey investigation of sexual function, behavior, and physiological arousal***. Ph.D., Faculty of Social Sciences, University of Ottawa.
29. Chinks, A. (2011). ***Effectiveness of botulinum neurotoxin treatment of vaginismus and overall sexual function***. Ph.D., University of Quebec of Montreal.
30. Cioccal, G., Limoncin1, E., Tommaso1, S., Gravina1, G., Sante1, S., Carosa1, E., Tullii, A., Marcozzi, A., Lenzi, A. & Jannini, E. (2013). Alexithymia and vaginismus: a preliminary correlation perspective, ***International Journal of Impotence Research***, 25, 113-116.
31. Coleman, E. (2002). Promoting sexual health and responsible sexual behavior: An introduction. ***Journal of Sex Research***, 39(1), 3-7.
32. Coontz, S. (2006). The origins of modern divorce. ***Family Process,*** 46(1), 7-16.
33. Crowley, T., Richardson, D. & Goldmeier, D. (2006) Recommendations for the management of vaginismus: BASHH Special Interest Group for Sexual Dysfunction. ***International Journal of STD & AIDS***, 17, 14-8.
34. DeLamater, J. (1991). Emotions and sexuality. In K. McKinney & S. Sprecher (Eds.), ***Sexuality in Close Relationships***, (pp.49-70). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
35. Dogan, S. (2009). Vaginismus and accompanying sexual dysfunctions in a Turkish clinical sample. ***The Journal of Sexual Medicine***, 6,184-192.
36. Ellis, A. (1995). Thinking processes involved in irrational beliefs and their disturbed consequences. ***Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly***, (9), 2,105-116.

37. Esmaeli, A., Azar, M. & Iranpour, C. (2003). The prevalence of anxiety symptoms in patients with vaginismus referred to a private psychiatric clinic in Tehran (2001-2002). ***Medical Journal of Reproduction & Infertility***, 15(3), 192-195.
38. Farnam, B., Janghorbani, E., Merghati-khoei, P. & Raisi, M. (2011). Vaginismus and its correlates in an Iranian clinical sample. ***International Journal of Impotence Research***, 12(5), 526-534.
39. Farnam, F., Janghorbani, M., Merghati-khoei, E. & Raisi, F. (2015). Vaginismus and its correlates in an Iranian clinical sample. ***International Journal of Impotence Research***, 14(25), 1091-1098.
40. Gonzaga, G., Turner, R., Keltner, D., Campos, B. & Altemus, M. (2006). Romantic love and sexual desire in close relationships. ***Emotion***, 6 (2), 163-179.
41. Greeff, A. & Malherbe, H. (2001). Intimacy and martial satisfaction in spouses. ***Journal of Sex & Martial Therapy***, 27, 247-257.
42. Grimm, L. (1993). ***Statistical Applications for Behavioral Sciences.*** New York: John Wiley & Sons, Inc.
43. Gungor, S., Keskin, U., Gülsün, M., Erdem, M., Ceyhan, S. & Ergün, A. (2015). Concordance of sexual dysfunction and dissatisfaction by self-report and those by partner's perception in young adult couples. ***International Journal of Impotence***, 27, 133-139.
44. Haovio-Mannila, E., Kontula, O. & Kuusi, E. (2002). ***Sexual lifestyles in The twentieth Century: A Research Study***. New York: Palgrava.
45. Hatfield, E., Plimer, J., O'Brien, M. & Lee, Y. (2008). The endurance of love: Passionate and companionate love in newlywed and long-term marriage. ***Interpersona***, 2(1), 35-64.
46. Heiman, J. (2002). Psychologica treatments for female sexual dysfunction: Are they effective and do we need them?. ***Archives of Sexual Behavior***, 31(5), 445-450.
47. Henderson, A., Lehavot , K., & Simoni, J. (2009). Ecological Models of Sexual Satisfaction among Lesbian/Bisexual and Heterosexual Women. ***Archives of Sexual Behavior***, 38, 50-65.
48. Hiller, J., & Jekster, B. (2007). Couple therapy with cognitive behavioral techniques for persistent sexual arousal syndrome. ***Sexual and Relationship Therapy***, 22(1), 91-96.
49. Hirst, J., Baggaley, M. & Watson, J. (1996). A four-year survey of an inner city psychosexual problems clinic. ***Journal of Sex & Marital Therapy***, 11, 19-36.
50. Jones, K., Lehr, S. & Hewell, S. (1997). Dyspareunia: Three case reports. ***Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing***, 26, 19-23.
51. Jose, O. & Alfonse, V. (2007). Do demographic affect martial satisfaction. ***Journal of Sex & Martial Therapy***, 33, 73-85.
52. Karin, S. (2014). Aspects of Sexual Dysfunctions: The Phenomenon of Vaginismus'. ***Psychology & Psychotherapy***, 4(1), 135-139.
53. Kennedy, P., Doherty, N. & Barnes, J. (1995). Primary vaginismus: a psychometric study of both partners. ***Journal of Sex & Marital Therapy***, 10, 9-22.
54. Kingsberg, S. & Althof, S. (2009). Evaluation and treatment of female sexual disorders. ***International Urogynecology Journal***, 20 (Suppl 1), S33–S43.
55. Konkan, R., Bayrak, M., Gonullu, O., Senormanci, O. & Sungur, M. (2012). Sexual function and satisfaction of women with vaginismus. ***The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences***, 25, 303-311.
56. Kring, A., Johnson, S., Davison, G. & Neale, J. (2014). ***Abnormal Psychology (Twelfth Edition – DSM-5 Update)***. New York: John Wiley & Sons.
57. Lahaie, M., Amsel, R., Khalifé, S., Boyer, S. & Faaborg-andersen, M. (2015). Can Fear, Pain, and Muscle Tension Discriminate Vaginismus from Dyspareunia / Provoked Vestibulodynia? Implications for the New DSM-5 Diagnosis of Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder. ***Archives of Sexual Behavior***, 44(6), 1537-1550.

58. Laumann, E., Nicolosi, A., Glasser, D., Paik, A., Gingell, C., Moreira, E. & Wang, T. (2005). Sexual problems among women and men aged 40-80 year: Prevalence and correlates identified in the global study of sexual attitudes and behaviors. ***International Journal of Impotence Research***, 17, 39-57.
59. Laumann, E., Paik, A. & Rosen, R. (1999). Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. ***Journal of the American Medical Association***, 281(6), 537-544.
60. Lawrence, K., & Byers, E. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. ***Personal Relationships***, 2(4), 267-285.
61. Leiblum, S. (1997). Sexual pain disorders. In G. Gab-bard & S. Atkinson (Eds.), ***Synopsis of treatments of psychiatric disorders*** (2nd ed., pp. 805-810). Washington: American Psychiatric Press.
62. Leiblum, S. (2002). Reconsidering gender difference in sexual desire: An update. ***Sexual and Relationship Therapy***, 17(1), 57-68.
63. McClave, J. & Dietrich, F. (1991). ***Statistics***. New York: Maxwell Macmillan International.
64. McClelland, S. (2009). ***Intimate Justice: Sexual Satisfaction in young Adults***. Ph.D., The City University of New York.
65. McCormick, N. (1999). When pleasure causes pain: Living with interstitial cystitis. ***Sexuality and Disability***, 17, 7-18.
66. Meana, M., Binik, I., Khalife, S. & Cohen, D. (1998). Affect and marital adjustment in women's ratings of dyspareunic pain. ***Canadian Journal of Psychiatry***, 43, 381- 385.
67. Meana, M., Binik, Y., Khalife, S. & Cohen, D. (1997). Dyspareunia: Sexual dysfunction or pain syndrome? ***Journal of Nervous and Mental Disease***, 185, 561-569.
68. Means, M. (2000). ***An integrative approach to what women really want: sexual satisfaction***. Ph.D., University of Detroit Mercy.
69. Michetti, P., Silvaggi, M., Fabrizi, A., Tartaglia, N., Rossi, R. & Simonelli, C. (2013). Unconsummated marriage: can it still be considered a consequence of vaginismus?. ***International Journal of Impotence Research***, 26, 28-30.
70. Minium, E., King, B. & Bear, G. (1993). ***Statistical Reasoning in Psychology and Education.*** New York: John Wiley & Sons, Inc.
71. Molaeinezhad, M., Khoei, E., Salehi, M., Yousfy, A. & Roudsari, R. (2014). Validation of the partner version of the multidimensional vaginal penetration disorder questionnaire: A tool for clinical assessment of lifelong vaginismus in a sample of Iranian population. ***Journal of Education and Health Promotion***, 3(114), 1-9.
72. Moniek, T., Reinhilde, M., Ellen, H., Charlotte, T. & Jacques, L. (2013). Therapist-aided exposure for women with lifelong vaginismus: A randomized waiting-list control trial of efficacy. ***Journal of Counseling and Clinical Psychology***, 81(6), 13-20.
73. Nik-Azin, A., Nainian, M., Zamani, M., Bavojdan, M., Bavojdan, R., & Motlagh, M. (2013). Evaluation of sexual function quality of life, and mental and physical health in pregnant woman. ***Journal of Family and Reproductive Health,*** 7(4), 171-176.
74. Nobra, P., & Pinto-Gouveia, J. (2009). Cognitive schemas associated with negative sexual events: A comparison of men and women with and without sexual dysfunction. ***Archives of Sexual Behavior***, 38, 842-851.
75. Owiredu, W., Owusu, A., Amidu, N., Quaye, L., Gyasi-Sarpong, C., Dapare, P. & Alidu, H. (2015). Sexual dysfunction and sexual quality of life among the physically challenged in the Kumasi metropolis, Ghan. ***Health and Quality of Life Outcomes***, 13(3), 1-8.
76. Özdel, K., Özpolat, A., Çeri, O. & Kumbasar, H. (2012). Factors That Might Be Predictive of Completion of Vaginismus Treatment. ***Turkish Journal of Psychiatry***, 7(2), 248-253.

77. Parish, W., Luo, Y., Stolzenberg, R., Laumann, E., Farrer, G., & Pan, S., (2007). Sexual Practices and Sexual Satisfaction: A Population based study of Chinese Urban Adults. ***Archives of Sexual Behavior***, 36, 5-20.
78. Payne, K., Ressing, E., Lahaie, M., Binik, Y., Amsel, R. & Khalife, S. (2006). What Is Sexual Pain? A Critique of DSM's Classification of Dyspareunia and Vaginismus. ***Journal of Psychology & Human Sexuality***, 17(3), 141-154.
79. Penhollow, T., Young, M. & Denny, G. (2009). Predictors of quality of life, sexual intercourse, and sexual satisfaction among active older adults. ***American Journal of Health Education***, 40(1), 14-22.
80. Reissing, E. (2002). ***Re-evaluating vaginismus: An empirical investigation of diagnostic reliability, vaginal spasm, pain, and associated etiological correlates***. Ph.D., ProQuest Dissertations and Theses, AZUSA PACIFIC University.
81. Reissing, E. (2012). Consultation and treatment history and causal attributions in an online sample of women with lifelong and acquired vaginismus. ***Journal of Sexual Medicine***, 9, 251–258.
82. Rowland, D. & Burek, M. (2007). Trends in Research on Premature Ejaculation over the Past 25 Years. ***Journal of Sexual Medicine***, 4(5), 1454-1461.
83. Seeberger, C. (2011). ***Sexual pain disorders in women: Etiology, diagnosis, and treatment***. ProQuest Dissertations and Theses, AZUSA PACIFIC University.
84. Shifren, J., Monze, B., Russo, P., Segreti, A. & Johannes, C. (2008). Sexual problems and distress in United States women: Prevalence and correlates. ***Obstertries and Gynecology***, 112(5), 970-978.
85. Silberman, S. (1995). The relationships among love, marital satisfaction and duration of marriage. ***PhD***., Thesis, Arizona State University.
86. Simonelli, C., Eleuteri, S., Petruccelli, F. & Rossi, R. (2014). Female sexual pain disorders: dyspareunia and vaginismus. ***Current Opinion in Psychiatry***, 12(1), 5-13.
87. Spector, I. & Carey, M. (1990). Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: a critical review of the empirical literature. ***Archives of Sexual Behavior***, 19, 389-408.
88. Spector, J. & Carey, M. (1990) Incidence and Prevalence of sexual dysfunctions: a critical review of empirical literature. ***Archives of Sexual Behavior***, 19, 389-408.
89. Sprecher, S. (2002). Sexual satisfaction in premarital relationships: Associations with satisfaction, love, commitment and stability. ***The Journal of Sex Research***, 39(3), 190-197.
90. Sprecher, S., & Cate, R. (2004). Sexual satisfaction and sexual expression as predictors of relationship satisfaction and stability. In J. Harvey, A. Wenzel, S. Sprecher, J. Harvey, A. Wenzel & S. Sprecher (Eds.), ***The Handbook of Sexuality in close Relationships***. (pp. 235-256). Mahwah, NJ US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
91. Sternberg, R. (1997). Construct validity of a triangular love scale. ***European Journal of Social Psychology***, 27, 313-335.
92. Synder, A. (2006). Attachment, love, and flourishing relationships. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 45(3), 310-323.
93. ter Kuile, M., Both, S. & van Lankveld, J. (2010). Cognitive behavioral therapy for sexual dysfunctions in women. ***Psychiatric Clinics of North America***, 33, 595–610.
94. Torqabeh, M., Abadi, A. & Haqshenas, H. (2006). Relations between love styles and marital satisfaction. ***Journal of Mazandaran University of Medical Sciences***,16(54), 99-109.
95. Tuğrul, C. & Kabakçı, E. (1997). Vaginismus and its correlates. ***Journal of Sex & Marital Therapy***, 12, 23-34.
96. Vadnais, A.M. (2005). The relationship of emotional intelligence and marital satisfaction. ***Dissertation Abstract International: Section B: The Science of Engineering***, 66 (1 –B) 579.

97. Waite, L., & Joyner, K. (2001). Emotional satisfaction and physical pleasure in sexual unions: Time horizon, sexual behavior, and sexual exclusivity. ***Journal of Marriage and the Family***, 63, 247–264.
98. Ward, E. & Ogden, E. (1994). Experiencing vaginismus-sufferers' beliefs about causes and effects. ***Journal of Sex & Marital Therapy***, 9, 33-45.
99. Watts, G. & Nettle, D. (2010). The Role of Anxiety in Vaginismus: A Case-Control Study. ***Journal of Sexual Medicine***, 7(1), 143-148.
100. Wincze, J. & Barlow, D. (1997). ***Enhancing sexuality: A problem-Solving approach***. Boulder: Graywind.
101. Wouda, J., Hartman, E., Bakker, R. & Bakker, J. (1998). Vaginal plethysmography in women with dyspareunia. ***Journal of Sex Research***, 35, 141-147.

اضطراب التلصص الجنسي بين إشكالية المفهوم ومعايير التشخيص الإكلينيكي

Voyeuristic disorder between the problematic concept and the clinical diagnostic criteria

د. نهاد بوزغاية/ جامعة باتنة 1/ الجزائر
Dr.Nihed Bouzeghaya/ University of Batna 1 / Algeria

ملخص الدراسة:

يعتبر إضطراب التلصص من إضطرابات الولع الجنسي المغيبة كثيرا في التراث النظري، والأبحاث والدراسات النفسية، إذ يراه بعض الباحثين والأخصائيين النفسانيين على أنه مشكلة نفسية لا تصل لحد الإضطراب النفسي والبعض الآخر يراه إضطرابا نفسيا قائما بحد ذاته، أضف إلى ذلك إختلاف الآراء حول وضع تسمية محددة ودقيقة لهذا الإضطراب سواء باللغة الإنجليزية وحتى ترجمة المصطلح للغة العربية، والمعالم غير الواضحة والمحددة في تشخيصه كإضطراب.

وفي إطار هذا الطرح جاءت هذه المداخلة، لتبين إضطراب التلصص بين إشكالية المفهوم والترجمة، موضحة تعريفه وأسبابه، وصولا إلى معايير تشخيصه حسب التصنيف العالمي للأمراض- 11 والدليل التشخيصي الأمريكي الخامس، مع تحديد المعايير غير الكافية التي تجعل من تشخيص إضطراب التلصص غير واضح معالم، والمشكلات التي قد تحد من تصنيفه كإضطراب جنسي مستقبلا.

الكلمات المفتاحية: الإضطرابات الجنسية،إضطرابات الولع الجنسي، إضطراب التلصص، التشخيص الإكلنيكي.

Abstract:

Voyeurism disorder is considered one of the paraphilic disorders that is often absent in the theoretical heritage, research and psychological studies, as some see it as a psychological problem that does not reach the level of disturbance, while others see it as an existing disorder. In addition to the different opinions about setting a specific and accurate name for this disorder, whether in English or even the translation of the term into Arabic, and the unclear and specific features in its diagnosis.Within this framework, this intervention came to show voyeurism disorder between the problem of concept and translation, explaining its definition and causes, as well as the criteria for its diagnosis according to the International Classification of Diseases -11 and the American Diagnostic Manual-5, with the identification of the insufficient criteria that make the diagnostic of

voyeurism disorder unclear, and the problems which may limit its classification as a sexual disorder in the future.

Keywords: sexual disorders, Paraphilic disorders, Voyeurism disorder, Clinical diagnosis.

مقدمة:

تصاحب الغريزة الجنسية الطفل منذ ميلاده وخير مثال على ذلك في عملية التبرز والتحكم فيها، ومص الثدي للرضاعة هي إحدى المظاهر الجنسية في فترة الطفولة، فالإنسان ينمو ويتطور في كل مرحلة من مراحل عمره، ويبلغ أقصى درجات نموه ونضجه عندما تتوافر لديه القدرة على ممارسة نمط جنسي عادي، إلا أن هناك أفراد ينحرفون إلى نمط جنسي أو آخر بعد أن يكونوا قد بلغوا قمة تطورهم، أو ينحرفون منذ البداية نحو الأنماط الشاذة، ولا يبلغون النمط السوي الذي يقره المجتمع وتؤكده القيم الدينية والأخلاقية. (علي، 2017، ص259)

فالطفل ما إن يصل إلى سن المراهقة، تستيقظ عنده الحاجات الجنسية ، وثمة وسيلة تشيع بين المراهقين ينفسون بها عن اهتمامهم بالجنس، ألا وهي مشاهدة الصور العارية، والأفلام الفاضحة. (عمران، 2008، ص191)

فالانحراف الجنسي يعبر عن التمتع الجنسي بطرق ترفضها القيم الأخلاقية والدينية وتدينها الأعراف والتقاليد والقوانين الاجتماعية، نتيجة فقدان الشخص السيطرة على توازنه بسبب اضطراب نفسي ما. (النادر، 2005)

وتعد الانحرافات الجنسية ظاهرة إجتماعية خطيرة جدا، إذ تعتبر من أكبر مصادر التهديد لأي مجتمع من المجتمعات، بالتفكك والتفسيخ الإجتماعيين، والإنحلال الإجتماعي نظرا لأن عواقبها تستمر فترات طويلة جدا مما يبرر البحث ويعطيه المشروعية، على نحو يسمح بتجاوز العرف الإجتماعي السائد الذي يدخل هذا البحث في إطار الطابوهات، في حين أن لا حياء في الدين أصلا. (النادر، 2016، ص 149)

ويتم تعريف إضطرابات الإنحرافات الجنسية بأنها الإنجذاب الجنسي إلى هدف جنسي غير عادي وشاذ، أو نشاط جنسي غير طبيعي، ويستمر ذلك لمدة لا تقل عن 6 أشهر، كما أنه يتسبب في مشقة وكرب وخلل وظيفي، وتختلف المعايير التشخيصية للإنحرافات الجنسية طبقا للدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات النفسية، وذلك إعتمادا على حسب هدف الإنجذاب الجنسي، وقد حدد الدليل الخامس التشخيصات الأنواع الرئيسية للإنحرافات الجنسية في: إضطراب الفيتيشية، وإضطراب عشق الأطفال، وإضطراب التلصص، وإضطراب

الإستعراء، وإضطراب التحرش الجنسي، وإضطراب السادية الجنسية، وإضطراب المازوخية الجنسية. (كرينغ وآخرون، 2016، ص766)

ولعل من بين إضطرابات الإنحرافات الجنسية والتي تصنف ضمن إضطرابات الولع الجنسي في الدليل التشخيصي الأمريكي الخامس هي إضطراب التلصص الذي يعد من أصعب الإضطرابات إكتشافا وتشخيصا نظرا لطبيعته ومظاهره التي تتم بشكل سري، لأنه يقوم على إختلاس النظر من أجل التطلع الجنسي.

فصاحب هذه النزعة الجنسية المنحرفة (إضطراب التلصص) يجد لذة جنسية في النظر إلى الأعضاء التناسلية عند الآخرين، ومن رؤية الناس وهم في حالة جماع، ويشبع المصاب به نفسه جنسيا بإختلاس النظر إلى العراة ومطالعة ما لدى الآخرين ومشاهدة الممارسات الجنسية، والتلصص يأتيه الرجال والنساء إلا أنه يشيع بين الرجال. (براميلي، 2009، ص 109)

وبشكل أدق وأكثر تفصيلا ينطوي إضطراب التلصص على استراق النظر إلى الأفراد الذين لا يدركون أنهم مراقبون وهم عراة أو ينخرطون في نشاط جنسي، ويطلق على التلصص أحيانًا شُهوة النظر؛ فهو مراقبة النشاط الجنسي لأشخاص آخرين بشكل متكرر، كوسيلة مفضلة للحصول على الإثارة الجنسية. ففعل اختلاس النظر موجه إلى الأشخاص الذين لا يعرفون أنهم مراقبون، يصيب الأفراد من جنسين مختلفين. وعلى الرغم من أنهم يخفون أنفسهم حتى لا يمكن رؤيتهم ، إلا أنهم غالبًا ما يتم القبض عليهم من قبل الضحية أو في كثير من الأحيان من قبل المارة. يبدو أن استراق النظر أكثر شيوعًا عند الرجال، لكن انتشاره غير معروف. يبدو أن بداية الإضطراب تحدث قبل سن 15 عامًا، في مرحلة المراهقة، كتعبير عن الفضول الجنسي الذي يتم استبداله بالاتصال الجنسي الطبيعي. مع مرور الوقت، يمكن تأريخ هذا النشاط، عند الاستمرار في المراقبة، ويعتبر الهدف من التلصص هو مراقبة الأفراد المطمئنين الذين هم عراة، أثناء عملية خلع ملابسهم أو الانخراط في أفعال جنسية. ويتم القيام بعملية التلصص أو النظر لغرض الإثارة الجنسية. ولا يسعى المتلصص بشكل عام إلى الاتصال أو النشاط الجنسي مع الشخص الذي تتم ملاحظته، فعادة ما يتم تحقيقها من خلال الاستمناء. (Popa & Delcea, 2019, p53)

وبناءا على ما تقدم جاءت هذه الورقة العلمية لتوضح معالم هذا الإضطراب من خلال التطرق إلى مفهومه وأسبابه، والتداخل الاصطلاحي لهذا الإضطراب، وصولا إلى جدوله الإكلنيكي حسب التصنيف العالمي للأمراض-11 والدليل التشخيصي الأمريكي الخامس، الذي إنطلاقا منه سيتم تحديد المعايير غير الواضحة فيه لتشخيص هذا الإضطراب، والمشكلات التي قد تلغيه من هذه التصنيفات الدولية.

1/ مفهوم إضطراب التلصص:

تعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (A. P.A, 2013) التلصص الجنسي كما يلى: هو الانجذاب الجنسي إلى التجسس على الناس أثناء كونهم عراة مثل قيامهم بتغيير الملابس أو أثناء الجماع أو الاستحمام دون أن يعلم هؤلاء الناس أن هناك من يتجسس عليهم أو دون أن يعطوا موافقة على ذلك أي أن هناك كسرا لخصوصية أشخاص يظنون أنه لا أحد يراهم، وكسر الخصوصية هو العنصر المثير جنسياً بالنسبة لمن لديه شهوة التلصص الجنسي. إذا فالتلصص الجنسي هو :إنحراف في التعبير الجنسي، وهو ذلك الأسلوب الذي يمارس مع الموضوع الجنسي للحصول على الإشباع. (خطاب، 2022، ص25)

الرغبة المتكررة والملحة للحصول على الإشباع الجنسي من خلال مشاهدة الآخرين وهم عراة أو وهم يمارسون الجنس. وبالنسبة لبعض الرجال يعتبر التلصص هو النشاط الجنسي الوحيد بالنسبة لهم .في حين يفضله البعض الآخر كوسيلة أساسية مطلقة للحصول على الإثارة الجنسية.(كرينغ وآخرون، 2016، ص749)

كما يعرف إضطراب التلصص بأنه فعل إختلاس النظر بغرض مشاهدة الأشخاص المطمئنين (عادة النساء) الذين يخلعون ملابسهم، أو عراة بالفعل، أو الذين يفعلون أفعالا جنسية، ويتم تحديد الذكور في الغالب على أنهم مختلسون. (Marshall,1998)

ويشير التلصص الجنسي أو استراق النظر أيضا إلى التخيلات المتكررة والمكثفة والمثيرة جنسيًا أو الدوافع الجنسية أو السلوكيات التي تنطوي على فعل مراقبة شخص غير مرتاب يكون عارياً، في عملية نزع ملابسه، أو الانخراط في نشاط جنسي على مدى فترة لا تقل عن 6 أشهر ، وبشكل ملحوظ يسبب التلصص الجنسي ضائقة للشخص أو ضعفًا في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من مجالات أداء الشخص المهمة. وكلمة voyeurism مشتقة من الفعل الفرنسي (voir) بالإنجليزية (to see) مع اللاحقة -eur التي تترجم كـ-er باللغة الإنجليزية، التلصص ينطوي كثيرا على ذكر، على الرغم من أن العديد من النساء يستمتعن أيضًا بالتلصص. (Sidi & Midin, 2008, p82)

2/ أسباب إضطراب التلصص الجنسي:

في حين لا يوجد دليل قاطع فيما يتعلق بأسباب ومسببات اضطراب التلصص، فقد تم ربطه بالاعتداء الجنسي على الأطفال، وإساءة استخدام المواد، وفرط النشاط الجنسي. في النهاية، لا يوجد دليل قاطع فيما يتعلق بالسببية. عادة، يتطور سلوك المتلصص خلال فترة المراهقة ؛ ومع ذلك، لا يتم التعرف على استراق النظر على أنه تشخيص للصحة النفسية حتى سن البلوغ، حيث قد يكون من الصعب تمييز الاضطراب عن الفضول الجنسي المعياري والمناسب للعمر. (American Psychiatric Publishing. ,2013)

ولعل من بين أسباب التي قد تقود إلى إضطراب التلصص نوردها فيما يلي:

. يعتبر الاعتداء الجنسي في مرحلة الطفولة سببًا رئيسيًا للاعتداء الجنسي على الأطفال، من بين أنواع أخرى من البارافيليا والاضطرابات الناتجة عن ذلك. (Fisher & Marwaha, 2020)، إذ تظهر تواريخ مرحلة الطفولة بالنسبة للأفراد ذوي إضطرابات الإنحارافات الجنسية أنهم غالبا ما كانوا يتعرضون لسوء إستخدام جسدي، ولسوء إستخدام جنسي. (كرينغ وآخرون، 2016، ص754)

. ما يعتري الفرد من إختلال في معدل إفرازات الهرمونات كما يحدث في حالات البلوغ المبكر قبل الأوان أوحالات بلوغ متأخرة أكثر من المعتاد. (نصار، 2017، ص100)، فالعوامل العصبية البيولوجية بينت أن هناك إحتمال بأن الغالبية العظمى من الأفراد ذوي إضطرابات الإنحرافات الجنسية هم من الذكور، فقد كان هناك إحتمال بأن الأندروجينات هرمونات مثل التيستوستيرون تؤدي دورا في الإنحرافات، حيث تنظم الأندروجينات الرغبة الجنسية، وتظهر الرغبة المرتفعة بشكل غير طبيعي بين الأفراد ذوي إضطرابات الإنحرافات الجنسية والمستويات المرتفعة من التيستوستيرون أو أحد الأندروجينات، وإذا كانت للعامل البيولوجي أهمية، فمن المرجح أن يكون مجرد عامل واحد ضمن شبكة معقدة من الأسباب. (كرينغ وآخرون، 2016، ص753- 754)

. ما يحدث من أمراض أو عاهات أو عيوب خلقية تؤثر في وظائف الجهاز التناسلي كما في حالات العقم والضعف الجنسي.

. عدم القدرة على إشباع الدافع الجنسي بالطرق المشروعة (الزواج).

. ضغط المجتمع من ناحية وضغط الدافع الجنسي من ناحية أخرى، يضطر المراهق في بعض الأحيان إلى البحث عن أساليب الإشباع الجنسي بطريقة خاطئة .

. نقص التربية الجنسية أو إنعدامها، وكذلك الإضطرابات النفسية.

. غياب تطبيق أحكام الإسلام في واقع حياة المسلمين وغياب العقلية الإسلامية التي تتلقى العلوم الإسلامية للعمل بها في واقع الحياة.

. الإحباطات والصراعات التي يعاني منها الفرد ويكون الإنحراف في هذه الحالة تعويضا وتمردا على حالة الإحباط التي تصيبه. (نصار، 2017، ص100)

. وتقترح بعض الدراسات أن الكحول والإنفعال السلبي عادة من المسببات الرئيسية لحوادث إضطراب عشق الأطفال، إضطراب التلصص، وإضطراب الإستعراء، وهذا يتفق مع الدليل الذي يثبت أن الكحول يقلل من الكبت، وقد يكون النشاط الجنسي المنحرف مثل الكحول وسيلة للهروب من الإنفعال السلبي.

.وتؤدي التشوهات المعرفية والإتجاهات دورا في إضطرابات الإنحرافات الجنسية، فالذكور الذين ينخرطون في إنحرافات جنسية تشمل نساء غير راضيات، ربما يقابلهن إتجاهات عدائية ونقص التعاطف معهم، والآخرين ربما لديهم تشويهات في الوسائل التي يعتقدونها حول السلوك الجنسي، فعلى سبيل المثال، الفرد المتلصص الذي يقوم بالحصول على الإشباع الجنسي من خلال المشاهدة، قد يعتقد أن المرأة التي قامت بترك الستائر مرفوعة أثناء قيامها بخلع ملابسها، تريد أن يراها أحد.

.توفر سلوكيات سلبية مثل الإهمال، والعنف الأسري، ونقص الرقابة.

. من وجهة نظر التشريط الإجرائي التي تعتبر أن بعض إضطرابات الإنحرافات الجنسية تأتي نتيجة لعدم كفاءة المهارات الإجتماعية. (كرينغ وآخرون، 2016، ص754-755)

3/ إضطراب التلصص بين إشكالية المصلح والمفهوم والترجمة:

لقد وقع مصطلح التلصص أو بالأحرى إضطراب التلصص بين مشكل تعدد المصطلحات ومفهومه من جهة، ومن جهة أخرى بين إشكالية ترجمته إلى اللغة العربية، ففي اللغة الإنجليزية تحدد هذا المفهوم في مصطلحين هما

voyeurism و scopophilia، فحين فإن المصطلح في اللغة العربية أخذ عدة مفردات كالتلصص، التطلع الجنسي، شهوة النظر، إستراق النظر، التجسس الجنسي...، وهذه المصطلحات المترجمة باللغة العربية لمصطلح voyeurism إختلفت الكتب والمراجع فيما بينها لوصف هذا الإضطراب، حتى باللغة الأجنبية إختلفت الأبحاث والدراسات حول تسمية هذا الإضطراب إما voyeurism و scopophilia،

لكن بعد البحث عن الفرق في أصل المصطلحين وجدت أن voyeurism تعني إستراق النظر أو التلصص، وscopophilia تعني شهوة النظر، والفرق بينهما أن voyeurism هو الحصول على الإشباع الجنسي من خلال مشاهدة الأشخاص في الخفاء، خاصةً عندما يخلع أولئك الذين تتم مشاهدتهم ملابسهم أو ينخرطون في نشاط جنسي دون علمهم.

في حين أن scopophilia هو الشخص الذي يحصل على المتعة الجنسية التي يستمدها من النظر إلى الأشياء المثيرة للإثارة الجنسية، مثل المواد الإباحية والجسم العاري، كبديل للمشاركة الفعلية في علاقة جنسية؛ أي المراقبة العلنية للأعضاء التناسلية والأفعال الجنسية، على عكس المتلصص الذي يشاهد في الخفاء.

وكلمة voyeurism أصلها من اللغة الفرنسية، وتعني " المتلصص، الرائي" أي شخص يرى، في حين scopophilia أصلها من اليونانية وتعني "شغف النظر" أي "حب المشاهدة"

أحدهما يأتي من اللاتينية إلى الفرنسية، والآخر يأتي مباشرة من اليونانية. تعني كلمة "متلصص" أساسًا "الرائي" (أي شخص يرى)، و"شغف النظر" تعني "حب المشاهدة".

لكن مع ذلك لا يمكن الفصل بين المصطلحين في اللغة الأجنبية نظرا لتقارب المفهومين، أما فيما يتعلق بترجمة مصطلح voyeurism disorder باللغة العربية الفصحى إلى إضطراب التلصص فهذا الإضطراب لا يبدو مفهوما لدى الكثيرين من تسميته هكذا، إذ يجب أن يقترن مصطلح إضطراب التلصص بكلمة "الجنسي"، خصوصا عندما يتم ذكر الإضطراب دون توضيح بأنه ينتمي إلى عائلة الإضطرابات الجنسية حسب التصنيفات الدولية للإضطرابات النفسية (التصنيف العالمي للأمراض، والدليل التشخيصي الأمريكي)، فإذا قلنا إضطراب التلصص فالبعض قد لا يعرف ما هو هذا الإضطراب، وبالتحديد إلى أي صنف ينتمي هذا الإضطراب، وقد يبادر إلى ذهن الكثيرين إلى أنه إضطراب نفسي يتعلق بالتجسس وحب معرفة أخبار الناس والتجسس عليهم ومعرفة كل أمورهم الحياتية، وبالتالي من الأفضل أن لا نقول إضطراب التلصص ونسكت بل من الأحسن أن نقول إضطراب التلصص الجنسي وهكذا يبدو واضحا نوعا ما للآخرين .

4/ المعايير التشخيصية لإضطراب التلصص:

يحدد الدليل التشخيصي الأمريكي الخامس المعايير التالية لتشخيص إضطراب التلصص:

. على مدى 6 أشهر على الأقل، إستثارات جنسية متكررة وكثيفة من مراقبة شخص مطمئن، والذي يكون عاريا، أو خلال التعري، أو عند الإنخراط في النشاط الجنسي كما يتجلى عبر التخيلات الإندفاعات، أو السلوكيات.

. لقد مارس الفرد هذه الإندفاعات الجنسية مع شخص غير موافق، أو أن هذه الإدفاعات الجنسية أو التخيلات تسبب إحباطا سريريا هاما في المجالات المهنية أو الإجتماعية، أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

. إن الفرد الذي يختبر هذه الإستثارات و/أو الذي يتصرف وفقا للإندفاعات يكون قد بلغ سن 18 عاما على الأقل.

حدد ما إذا كان:

في بيئة مسيطرة عليها: هذا المحدد ينطبق في المقام الأول على الأفراد الذين يعيشون في مؤسسات أو أماكن غيرها حيث الفرص للإخراط في السلوك التلصصي مقيدة.

في هدأة كاملة: لم يمارس الفرد هذه الإندفاعات الجنسية مع شخص غير موافق، أو أن هذه الإندفاعات الجنسية أو التخيلات لم تسبب إحباطا أو تدنيا سريريا هاما في المجالات المهنية أو الإجتماعية، أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى، لمدة 5 سنوات على الأقل أثناء وجوده في بيئة غير مسيطر عليها. (الحمادي، 2015، ص 253)

❖ **التناظرات والإختلافات في تشخيص إضطراب التلصص بين نسخ الدليل التشخيصي الأمريكي (DSM) :**

:DSM-III / DSM-III-R

A. في DSM-III-R ، المعيار الأساسي للتلصص (على مدى 6 أشهر على الأقل، الحوافز الجنسية المتكررة والمكثفة والتخيلات المثيرة جنسيًا، بما في ذلك مراقبة الشخص المشتبه به الذي يكون عارياً أو مزعجاً أو ينخرط في نشاط جنسي) بقيت كما هي موجودة في DSM-III.

تمت إضافة معيار B:

B - إذا تصرف الشخص بناءً على هذه الإلحاحات، أو كان مضطربًا بشكل ملحوظ بسببها.

:DSM-IV

A. على مدى 6 أشهر على الأقل، تخيلات متكررة ومكثفة جنسيًا، أو تخيلات أو دوافع جنسية، أو سلوكيات تتضمن فعل مراقبة شخص عارٍ ، أو في طور نزع ملابسه، أو الانخراط في نشاط جنسي .

B. تتسبب التخيلات أو الدوافع الجنسية أو السلوكيات في ضائقة أو ضعف كبير سريريًا في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من مجالات الأداء المهمة.

:DSM-IV-TR

A. ظل معيار التحديد هو نفس المعيار في الدليل التشخيصي والإحصائي DSM- IV.

B. تصرف الشخص بناءً على هذه الدوافع الجنسية، أو تسبب الدوافع أو التخيلات الجنسية ضغوطًا ملحوظة أو صعوبة في التعامل مع الآخرين.

معايير التشخيص DSM-V المقترحة لاضطراب التلصص:

A. على مدى 6 أشهر على الأقل، تخيلات جنسية متكررة ومكثفة ، أو إيحاءات جنسية، أو سلوكيات جنسية تتضمن مراقبة شخص عارٍ ، أثناء عملية نزع ملابسه، أو الانخراط في نشاط جنسي.

B. يشعر الشخص بالضيق أو الضعف بسبب هذه الانجذابات، أو سعى إلى التحفيز الجنسي من مراقبة ثلاثة أو أكثر من الأشخاص المطمئنين الذين يكونون عراة أو يتجردون من ملابسهم أو يمارسون نشاطًا جنسيًا في مناسبات منفصلة. (Långström, 2010, p 319-320)

وحسب التصنيف العالمي للأمراض – 11 فقد وصف تشخيص إضطراب التلصص بأنه يتسم اضطراب التلصص بنمط مستدام ومركز وشديد من الإثارة الجنسية - كما يتجلى في الأفكار والتخيلات أو الدوافع أو السلوكيات الجنسية المستمرة والتي تتضمن مراقبة فرد غير مرتاب والذي يكون عاريا، أو أثناء عملية نزع الثياب أو الإنخراط في نشاط جنسي. بالإضافة إلى ذلك، ومن أجل تشخيص اضطراب التلصص، يجب أن يكون الفرد قد تصرف بناء على هذه الأفكار أو التخيلات أو الدوافع أو يشعر بالضائقة الشديد منها. يستبعد اضطراب التلصص على وجه التحديد السلوكيات التلصصية التوافقية التي تحدث بموافقة الشخص أو الأشخاص الذين يتم ملاحظتهم.(الحمادي، 2021، ص1004)

❖ **المبادئ التوجيهية التشخيصية المقترحة لإضطراب التلصص حسب ICD-11**

الميزات الأساسية (المطلوبة):

نمط مستدام ومركّز ومكثف من الإثارة الجنسية - كما يتجلى من خلال الأفكار أو التخيلات أو الإلحاحات أو السلوكيات الجنسية المستمرة - التي تتضمن منهات مثل مراقبة شخص عارٍ، أثناء عملية نزع ملابسه، أو الانخراط في نشاط جنسي.

يجب أن يكون الفرد قد تصرف بناءً على هذه الأفكار أو التخيلات أو الدوافع أو يشعر بالضيق الشديد منها.

الحدود مع الاضطرابات الأخرى والحالة الطبيعية:

بحكم التعريف، فإن إضطراب التلصص يستبعد على وجه التحديد السلوكيات المتلصصة التوافقية التي تحدث بموافقة الشخص أو الأشخاص الذين يتم ملاحظتهم.

إن حدوث السلوكيات التي تنطوي على مراقبة شخص غير مرتاب يكون عارياً ، أثناء عملية نزع ملابسه ، أو الانخراط في نشاط جنسي غير كافٍ لتشخيص اضطراب التلصص. بدلاً من ذلك، يجب أن تعكس هذه السلوكيات نمطًا مستدامًا ومركّزًا وشديدًا من الإثارة الجنسية. عندما لا يكون الأمر كذلك، يجب مراعاة الأسباب الأخرى للسلوك. على سبيل المثال، قد تحدث السلوكيات المتلصصة التي لا تعكس نمطًا كامنًا ومستمرًا من الإثارة الجنسية في سياق بعض الاضطرابات العقلية والسلوكية، مثل نوبات الهوس أو الخرف، أو في سياق تعاطي المواد.

قد تعكس العديد من الجرائم الجنسية التي تنطوي على التلصص ببساطة الأفعال أو السلوكيات التي لا ترتبط بنمط الولع الجنسي المستمر والثابت. بدلاً من ذلك، قد تكون هذه السلوكيات عابرة وتحدث بشكل اندفاعي أو انتهازي. يتطلب تشخيص الاضطراب التلصص أن تكون هذه السلوكيات مظهرًا من مظاهر نمط الإثارة الجنسية المستمر والمركّز والشديد.

ميزات إضافية:

فعل الملاحظة هو لغرض تحقيق الإثارة الجنسية ولا ينطوي بالضرورة على محاولة لبدء نشاط جنسي مع الشخص الذي تتم ملاحظته. قد تحدث النشوة الجنسية عن طريق العادة السرية أثناء نشاط التلصص أو لاحقًا استجابةً لذكريات ما شاهده الفرد. في الآونة الأخيرة، تم وصف ما يسمى بـ"المختلسون بالفيديو" الذين يستخدمون معدات الفيديو لتسجيل الأفراد في الأماكن العامة أو الخاصة حيث يوجد إختراق للخصوصية. (Krueger et al., 2017, p 1537)

5/ المعايير غير الواضحة في الدليل الأمريكي التشخيصي الخامس لإضطراب التلصص:

عادة ما يكون المعيار الذي يجعل من الإضطرابات الجنسية اضطرابًا واضح المعالم هو المعيار B، الذي يحدد أن المضطرب تصرف بناءً على دوافعه / تخيلاته، أو أن الدوافع والأوهام تسببت في ضائقة أو ضعف كبير سريريًا في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من مجالات الأداء المهمة .

يبدو أن بعض اللغة المعيارية الجديدة في معايير DSM-5 لإضطراب التلصص تفتقر إلى الوضوح، إذ ينص المعيار B لهذا الاضطراب على أن "الفرد قد تصرف بناءً على هذه الحوافز الجنسية مع شخص غير موافق عليه، أو أن الدوافع أو التخيلات الجنسية تسبب ضغوطًا أو ضعفًا كبيرًا سريريًا في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من مجالات الأداء المهمة". يعتقد Balon من أن الجزء الذي ينص على أن المضطرب "قد تصرف بناءً على هذه الحوافز الجنسية مع شخص غير موافق" غير واضح بعض الشيء ومفتوح لتفسيرات مختلفة. من وجهة النظر

السائدة للخبراء وحتى الأفراد، يُنظر إلى المتلصص الجنسي / أو يوصف بأنه مختلس النظر يستمني أثناء مشاهدة شخص ما وهو يرتدي ملابسه أو يمارس الجنس، أو يفعل ذلك لاحقًا عندما يتخيل ما يشاهده. لكن القول بأن الشخص قد تصرف بناءً على دوافعه مع شخص غير راغب ... يعني ماذا؟ هل يشير هذا إلى العادة السرية أثناء مشاهدة شخص مطمئن أو ممارسة الجنس مع شخص غير راغب؟ هذا الأخير يعني في الواقع الاغتصاب.

جزء من ملامح هذا التشخيص يقول أن "هذا السلوك ذو الدوافع الضطربة يسبب ضررًا للآخرين (من خلال الوفاء بالمعيار B)". هذا غير واضح مرة أخرى. لا يوجد تعريف لكيفية تسبب هذا السلوك في إلحاق الأذى بالآخرين (الذين لا يشكون في أن تتم مراقبتهم).(Balon,2016,p 391 -392)

فإضطراب التلصص هو نوع فرعي معترف به اضطرابات الولع الجنسي في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الإصدار الخامس (DSM 5). يتميز بإثارة جنسية متكررة ومكثفة من مراقبة شخص غير مرتاب يكون عارياً، أثناء عملية نزع ملابسه، أو الانخراط في نشاط جنسي، كما يتجلى في الأوهام والحث والسلوك، على مدى 6 أشهر على الأقل. تصرف الفرد بناءً على هذه الدوافع الجنسية مع شخص غير موافق، أو تسبب الدوافع أو التخيلات الجنسية ضغوطًا أو ضعفًا كبيرًا سريريًا في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو أي مجالات مهمة أخرى من الوظائف. ومع ذلك، لم يتم تضمين إدمان المواد الإباحية في الدليل الإحصائي للاضطرابات العقلية، الإصدار الخامس (DSM 5) والسبب في عدم وجود أدلة كافية لإنشاء معيار تشخيصي. تم اقتراح "المواد الإباحية" لتكون محددًا ضمن "اضطراب فرط النشاط الجنسي" للدليل الإحصائي للاضطرابات النفسية، بالتحديد في الإصدار الخامس (DSM 5) بواسطة (Kafka 2010)، واقترح الدليل الإحصائي للاضطرابات النفسية، الإصدار الخامس (DSM 5) أن فرط النشاط هو مرض مشترك محتمل مع اضطراب التلصص. ومع ذلك، فإن الأدبيات التي تربط إدمان الجنس على الإنترنت بالاضطراب التلصص محدودة. (Lung et al., 2018, p54)

فمن المثير للاهتمام، أن DSM-5 أسقط نقطة مهمة تناقش ما إذا كانت مشاهدة المواد الإباحية تعد استراق النظر وتلصص أم لا. تنص إصدارات DSM السابقة، على سبيل المثال ، DSM-III صراحةً على أن "مشاهدة المواد الإباحية، سواء تم تصويرها أم مباشرة، تسبب الإثارة. ومع ذلك، فإن الأشخاص الذين تتم ملاحظتهم يتم النظر إليهم عن طيب خاطر، على الرغم من أن المراقب في الخيال قد يتخيل (لكنه يعرف بشكل أفضل) أن الناس غير مرتابين، ومن المدهش أنه في أوقات التوفر الموسع للمواد الإباحية من خلال وسائل الإعلام المختلفة لم يتم تضمين هذه المناقشة (بينما تم تضمينها في DSM-III خلال أوقات توفر المواد الإباحية بشكل أقل).(Balon,2016,p 391 -392)

كما أن الدليل التشخيصي الأمريكي الثالث وصف إضطراب التلصص بشكل أفضل من الدليل الخامس؛ الميزة الأساسية هي النظر المتكرر إلى الأشخاص المطمئنين، وعادة ما يكونون غرباء، سواء كانوا عراة، أو يقومون بالتعرية، أو يمارسون نشاطًا جنسيًا، كطريقة مفضلة أو حصرية لتحقيق الإثارة الجنسية، فعل النظر ("اختلاس النظر") هو بغرض تحقيق الإثارة الجنسية، ولا يُطلب أي نشاط جنسي مع الشخص. النشوة الجنسية، التي تنتجها عادة قد يحدث الاستمناء أثناء النشاط المتلصص، أو في وقت لاحق استجابةً له ذكرى ما شهده الفرد. غالبًا ما يستمتع هؤلاء الأفراد بالتفكير في أن الأفراد الذين تم رصدهم يشعرون بالعجز والشعور بالإهانة إذا علموا أنه يتم رؤيتهم. (American Psychiatric Publishing , 1980,p 272 -273)

بالنظر إلى كل هذا معًا، يبدو أن معايير التشخيص DSM-5 لاضطراب التلصص تفتقر إلى الوضوح. يبدو هذا مؤسفًا، ومع ذلك فإن معايير DSM-5 لإضطراب التلصص موجودة في بعض الجوانب الأخرى، مثل التمييز بين التلصص وإضطراب التلصص وإدراج المعيار C الذي يحدد أن المضطرب يجب أن يكون 18 عامًا على الأقل من العمر. (Balon,2016, p392)

فإضطراب التلصص هو "مراقبة شخص غير مرتاب يكون عارياً، أثناء عملية نزع ملابسه، أو الانخراط في نشاط جنسي". ومع ذلك، فإن هناك العديد من مواقع الإنترنت التي تلبي الاهتمامات المتلصصة لذا يجب إعادة كتابة المعايير: "المراقبة غير الراضية لشخص ما لأغراض جنسية"، وليس سلوك الضحية هو القضية. وإنما ما يجعل الفعل متلصصًا هو حقيقة أن الضحية لم تعط موافقتها ويتم مراقبتها لغرض جنسي. (Fedoroff, 2011, p240)

6/ المشكلات التي قد تحد من تصنيف إضطراب التلصص كإضطراب جنسي مستقبلا:

إن عدم وجود تجارب ميدانية، بالرغم من رغبة APA في إنشاء نظام تشخيص صالح علميًا للاضطرابات النفسية، قد تم انتقاده بشدة بسبب عدم نجاح جهودها. وربما تكون هذه الانتقادات غير عادلة لأن APA ليست منظمة علمية ومهمتها ليست إجراء البحوث. ومع ذلك، فقد ولّد DSM-IV-TR قدرًا كبيرًا من المال لـ APA. نظرًا لادعائها بأن الدليل التشخيصي والإحصائي DSM-5 يستند إلى العلم، وكان ينبغي إجراء تجارب ميدانية أولية على الأقل لإثبات موثوقية معايير التشخيص.و تم إجراء التجارب الميدانية ولكن لم يتم تمويلها من أجل البارافيليا. هذا لا يعني فقط أن صلاحية معايير DSM-5 غير معروفة، ولكن أيضًا غير موثوقة. (Fedoroff et al., 2013, p363)

لا يعترف (Långström , 2010) ضمنيًا بأن تشخيصات إضطرابات الولع الجنسي لا تحظى بالدعم العلمي الكافي فحسب، بل يدرك أنها يمكن أن تضر المرضى، وهذا لأن العار والوصمة الاجتماعية والعواقب القانونية السلبية تمنع الناس من التحدث عن أعراضهم، فإذا كان تشخيص الإصابة بالإنحرافات الجنسية يمكن أن يضر بالمرضى، فإن حتمية عدم الأذى تتطلب حذف هذه التشخيصات ما لم يكن من الممكن إثبات أن فائدتها تفوق هذا الضرر بشكل كبير.(Hinderliter, 2010, p1236)

إنه من الغريب أن لا يتبع الإستعراء والتلصص والإحتكاك مصطلح "اضطراب" فإذا اعترف الفرد (أو لوحظ بشكل غير مباشر أنه يمتلك) مبادئ (المعيار A) حسب DSM-IV-TR وقد تصرف بناءً على هذه الحوافز الجنسية، أو كان محبطًا أو ضعيفًا بين الأشخاص نتيجة لهذه الحوافز والتخيلات (وفقًا للمعيار B)، فلابد من إدراج مصطلح إضطراب قبل هذه الإنحرافات الجنسية، كما يجب التخلي عن استخدام المصطلحات الإستعراء والتلصص والإحتكاك لأغراض التشخيص. ومع ذلك، يمكن استخدامها لأغراض البحث والتطوير، ولكن فقط لأولئك الذين لا يستوفون (المعيار B) (وبالتالي لا يستوفون المجموعة الكاملة من معايير التشخيص لإضطرابات الولع الجنسي حسب الدليل التشخيصي الأمريكي. (Långström , 2010, p321)

يبدو أن DSM-5 يتجاهل درجة النضج الجسدي لدى المراهق المتأخر أو البالغ من العمر 12 عامًا، فإن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5) يحد من تشخيص اضطراب التلصص للأفراد الذين لا تقل أعمارهم عن 18 عامًا، وقد تعتبر بعض الثقافات، حتى داخل أمريكا الشمالية حيث تمت كتابة الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية 5 ، أن الاهتمام بالتلصص من قبل فرد يبلغ من العمر 16 عامًا كافيًا. (Fedoroff et al., 2013, p363)

خاتمة:

يعد إضطراب التلصص من بين أهم إضطرابات الإنحرافات الجنسية نظرا لما يميزه من مظاهره إكلنيكية أهمها إستراق النظر ومراقبة أشخاص وهم عراة أو في وضع جنسي دون علمهم ولمدة 6 أشهر، ويسبب هذا الإضطراب ظائقة نفسية وإجتماعية هامة للفرد، وبالرغم من أن هذا الإضطراب قد أدرج ضمن اضطرابات الانحرافات الجنسية إلا أن ميدان البحث فيه قليل، وتحديد نسبة إنتشاره صعب نظرا لصورته التي تتم بشكل سري، لأن مبدأه الأساسي إستراق النظر، وهذا الأخير يتم دون أن يعلم الطرف الآخر بأنه مراقب ويصعب كشفه، ولهذا يعد البحث فيه صعب وتشخيصه صعب، لأن الفرد المتلصص لا يكشف نفسه للمجتمع أو للأخصائي النفساني بأنه متلصص جنسي، لأنه بطبيعة الحال متلصص، أضف إلى ذلك دور الأنترنت وإنتشار المواقع الإباحية

التي قد تغيب من سلوك التلصص الجنسي، نظرا لتسهيلاتها في الحصول على الشهوة الجنسية عن طريق ما تنشره من أفلام منحرفة، فيلجأ الفرد لها خوفا من أن يجازف بنفسه ويسترق النظر ويتم كشفه، كما وجد أن بعض المتلصصين الجنسيين لا يعانون من ظائقة نفسية وإجتماعية بسبب سلوكهم هذا، ومادام الأمر يتم بسرية ودون كشفهم ويحصلون على ما يريدون منه (النشوة الجنسية)، بالتالي لا يسبب لهم هذا التلصص إزعاجا (خصوصا لدى الأفراد الذين يعانون من نقص في الكفاءة الإجتماعية، أو مشكلات في العلاقات الزوجية)، الأمر الذي جعل من معاييره التشخيصية في التصنيفات الدولية للأمراض غير واضحة المعالم وبالتالي وضعه في محل الإنتقاد والمطالبة إما بحذفه أو تكثيف البحث فيه.

ورغم المحاولات التي تدعو لإبعاد هذا الإضطراب من التصنيف في الدلائل التشخيصية ما لم يتم إثباته بشكل دقيق في المجتمع عن طريق البحث العلمي، إلا أننا لا يمكننا أن ننكر وجود المتلصصين، فهم موجودون في كل مكان، فهذا الإضطراب لا يرتبط بطبقة إجتماعية محددة ولا بيئة فقيرة أو غنية ولا بمستوى علمي متدني أو عال، ولكن صبغته التكتمية السرية هي التي تصعب من كشفه وتحديده بشكل أدق.

وبالتالي نوصي في الأخير بما يلي:

.ضرورة توعية الأباء بأهمية التربية الجنسية وضرورة تقديمها لأبنائهم وفق تعاليم الدين الإسلامي الحنيف، لأن أغلب هذه الإنحرافات الجنسية المنتشرة في مجتمعنا سببها الأول هو غياب التربية الجنسية التي مازالت ينظر إليها على أنها طابو.

.إعداد برامج توعوية حول الإنحرافات الجنسية وإنتشارها في المجتمع وخطرها على المنحرف بحد ذاته وعلى أسرته والمجتمع ككل.

. إعداد برامج إرشادية حول كيف أحمي إبني من الإنحرافات الجنسية؛ تتمحور حول كيفية تقديم التربية الجنسية للطفل بما يتناسب مع عمره العقلي والزمني والدين الإسلامي.

قائمة المراجع:

- براميلي، صونيا .(2009) .*الإنحرافات الجنسية " أسبابها – أنواعها والطرق العلاجية"* . لبنان: المؤسسة الحديثة للكتاب .

- الحمادي ، أنور .(2015) . *خلاصة الدليل التشخيصي و الإحصائي الخامس للإضطرابات العقلية -DSM 5* ، الدار لبنان:العربية للعلوم ناشرون .

- الحمادي، أنور. (2021). *الإضطرابات العقلية والسلوكية في التصنيف الدولي للأمراض-11* . استنادا من file:///C:/Users/shift/Downloads/Noor-Book.com%20%20%D8%A7%D9% 2011%20(1).pdf

- خطاب، محمد أحمد محمود. (2022). ديناميات التلصص الجنسي لدى الذكور. *مجلة الإرشاد النفسي*، 69 (01)، 1-325.

- علي، أشرف محمد أحمد. (2017). الإنحرافات الجنسية وسط الشباب الجامعي (دراسة تطبيقية على بعض الجامعات السودانية). *مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية*، العدد 07، 258- 284.

- عمران، منى. (2008). دور تعرض المراهقين للانترنت والقنوات الفضائية في ممارستهم الإنحرافات الجنسية. *المجلة المصرية للدراسات المتخصصة*، 1(07)، 189-329.

- كرينغ ، آن.، جونسون، شيري . ، دافيسون ، جيرالد .، جون ، نيل.(2016) . *علم النفس المرضي إستنادا على الدليل التشخيصي الخامس*. (ترجمة أمثالي هادي الحويلة ، فاطمة عياد ، شويخ هناء ، ملك الرشيد، نادية عبد الله الحمدان) . مصر: مكتبة آنجلو المصرية.

- النادر، أيوب أحمد. (2005). *مشكلات الشباب النفسية والجنسية*. الجزائر: مكتبة وهران.

- النادر، رابح وراء. (2016). الإنحرافات الجنسية: المشكلة والحل. *مجلة التواصل في الإقتصاد والإدارة والقانون*، العدد 45، 148 – 163.

- نصار، غادة. (2017). *التربية الجنسية و الفضائيات وتأثيرها على الشباب* (ط1). القاهرة: العربي للنشر والتوزيع.

- American Psychiatric Association. (1980) .*Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd Edition) :DSM-III*. American Psychiatric Publishing, Washington DC.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. American Psychiatric Publishing, Washington D.C.

- Balon, R. (2016). Lack of clarity in the DSM-5 criteria of Voyeuristic Disorder. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *42*(5), 391-392.

- Fedoroff, J. P. (2011). Forensic and diagnostic concerns arising from the proposed DSM-5 criteria for sexual paraphilic disorder. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, *39*(2), 238-241.

- Fedoroff, J. P., Di Gioacchino, L., & Murphy, L. (2013). Problems with paraphilias in the DSM-5. *Current Psychiatry Reports*, *15*, 1-6.

- Fisher, K. A., & Marwaha, R. (2020). *Paraphilia*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.

- Hinderliter, A. C. (2010). Disregarding science, clinical utility, and the DSM's definition of mental disorder: The case of exhibitionism, voyeurism, and frotteurism. *Archives of Sexual Behavior*, *39*, 1235-1237.

- Krueger, R. B., Reed, G. M., First, M. B., Marais, A., Kismodi, E., & Briken, P. (2017). Proposals for paraphilic disorders in the International Classification of Diseases and Related Health Problems, eleventh revision (ICD-11). *Archives of sexual behavior*, *46*, 1529-1545.

- Långström, N. (2010). The DSM diagnostic criteria for exhibitionism, voyeurism, and frotteurism. *Archives of sexual behavior*, *39*, 317-324.

- Lung, D. W. T., Sidi, H., Salleh, H., & Tajjudin, I. (2018). Voyeuristic disorder and internet pornography addiction: A case report. *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences*, 13(04), 54-56.

- Popa, T., & Delcea, C. (2019). Voyeurism and Scopophilia. *International Journal of Advanced Studies in Sexology*. 01(01), 53-55.

- Sidi, H., & Midin, M. (2008). Voyeurism with sexual fantasy on female body parts: a subtype of obsessive-compulsive disorder?– a case report. *Malaysian Journal of Psychiatry*, *17*(1), 82-88.

- William L. Marshall, L.M. (1998). Adult Sexual Offenders. *Comprehensive Clinical Psychology*,09, 407- 420.

الاعتداء الجنسي على الأطفال "البيدوفيليا"
Pedophilia

د.بولحبال آية/ المركز الجامعي ايليزي / الجزائر
Dr. Boulahbak Aya/ University Center Of Illizi/ Algeria
د. عبد الصمد صورية /جامعة باتنة 1/ الجزائر
Abdessemed.psy@gmail.com/ Université de Batna 1/Algérie

ملخص الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى إبراز أحد الاضطرابات الجنسية، والذي اتسعت دائرة انتشاره بدرجة كبيرة وأصبح يدق ناقوس الخطر في الآونة الأخيرة، يعرف هذا الاضطراب بالبيدوفيليا أو اشتهاء الأطفال، أو ما يعرف بالاعتداء الجنسي على الأطفال وهو المصطلح الشائع والمتداول في أوساط أفراد المجتمع.

حيث يشير مصطلح البيدوفيليا إلى اضطراب نفسي يصيب من بلغوا 16 سنة فأكثر، ويتميز بالانجذاب والميول الجنسي للأطفال من كلا الجنسين أو أحدهما، وغالبا للأطفال من سن 7 إلى 13 سنة، بحيث يكون فرق العمر بين المضطرب والطفل لا يقل عن خمس سنوات.

الكلمات المفتاحية: الاعتداء الجنسي، البيدوفيليا، اشتهاء الأطفال.

Abstract:

The current study aims to showing one of the sexual disorders, the circle of which has expanded considerably and has recently sounded the alarm, known as pedophilia.

The term pedophilia refers to a psychiatric disorder that affects those aged 16 and over, and is characterized by the attraction and sexual orientation of children of either or one sex, often children aged 7 to 13, so that the age difference between the disordered and the child is at least five years.

Keywords: sexual abuse, pedophilia, children's appetite.

مقدمة:

لقد انتشرت في الآونة الأخيرة العديد من الظواهر والتي أضحت حديث الكثير من الناس ومحط اهتمام العديد من الباحثين في شتى الميادين، ومن هذه الظواهر نجد ظاهرة الاعتداء الجنسي على الأطفال والتي تعرف بالبيدوفيليا، هذه الأخيرة أصبحت شبحا يهدد كيان الكثير من العائلات لما لها من أثر بالغ على المجتمع والأسرة وبالأخص الطفل ضحية الاعتداء الجنسي.

فمرحلة الطفولة تعتبر من أهم المراحل العمرية التي يمر بها الانسان والتي تؤثر في بنائه النفسي وتشكيل شخصيته، وحدوث الاعتداء الجنسي في هذه المرحلة يشكل صدمة كبيرة في حياة الطفل، يترتب عليها العديد من المعاناة النفسية وحتى الاجتماعية.

فالبيدوفيليا والتي تعرف عند معظم شرائح المجتمع بالاعتداء الجنسي على الأطفال، هو اضطراب نفسي يصيب من وصلوا سن 16 سنة فأكثر وهو يتميز باشتهاء الأطفال من كلا الجنسين، يستعمل المعتدي سلوكه الجنسي كوسيلة لفرض سيطرته على الضحية دون أخذ موافقتها.

ونظرا لعدم اكتمال النضج النفسي والاجتماعي للطفل فإن صدمة الاعتداء الجنسي عليه تكون فوق طاقته، مما يجعله يبدي ردود فعل متعددة على الصعيد النفسي، الاجتماعي، والفسيولوجي.

ونظرا لأهمية هذا الموضوع بالنسبة للمجتمع والأسرة والطفل جاءت هذه المداخلة لتسليط الضوء على أحد الاضطرابات النفسية الجنسية المنتشرة في المجتمع، وذلك من خلال التطرق إلى النقاط التالية:

- تعريف البيدوفيليا ومميزات الشخص البيدوفيلي
- تقدير خطورة البيدوفيل ومراحل وقوع الفعل البيدوفيلي
- معايير تشخيص البيدوفيليا
- أعراض ومؤشرات الفعل البيدوفيلي على الطفل
- إجراءات التدخل في حالة الاعتداء الجنسي على الطفل

1- تعريف البيدوفيليا ومميزات الشخص البيدوفيلي:

البيدوفيليا هذا المصطلح له عدة معاني، نذكر من بينها على سبيل المثال لا الحصر: حب الأطفال، عشق الأطفال، الميل الجنسي للأطفال، التحرش الجنسي بالأطفال، الاعتداء الجنسي على الأطفال اغتصاب الأطفال إلا أنها جميعها تدل على قيام البالغ بجلب انتباه الطفل والاعتداء عليه جنسيا بدءا من التحرش به وصولا إلى الاعتداء الجنسي الكامل عليه. (عزري،2021)

استعمل هذا المفهوم لأول مرة للدلالة على المعنى المستعمل حاليا سنة 1968 والذي اشتق من Pédophilia Erotica، اقترحه الطبيب النمساوي ريتشارد فون كرافت ابنغ Richard Von Krafft- Ebing في كتابه "الاعتلال النفسي-الجنسي" لوصف الانجذاب الجنسي لشخص دون سن المراهقة أو في بداية البلوغ الجنسي.

يصنف هذا المشكل بأنه أحد أصناف الاضطرابات النفسية الجنسية التي يشار اليها بلفظ اخر هو البرافيليا Paraphilie، وهو يدل على مجموعة الاضطرابات النفسية المرضية المتمثلة في تخيلات أو انجذاب أو أي تصرف جنسي مخالف للطبيعة مثل الانجذاب الجنسي نحو الحيوانات والجمادات أو

الاطفال، ويترجم هذا الاضطراب من خلال عدة سلوكات قد تتمثل في الاكتفاء بالنظر بشهوة، أو ملامسة او التعرية، أو أشكال أخرى من الاتصال الجنسي بالضحية. لذا فإن ادراج البيدوفيليا ضمن البارافيليا كان في اطار الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية DSM. (عباسي،2018)

فالبيدوفيليا هي إستخدام الطفل لإشباع الرغبات الجنسية لبالغ او مراهق، ويشمل تعرض الطفل لأى نشاط جنسي كملامسته او حمله على ملامسة المعتدى عليه او حتى تعريضه لأفلام وصور إباحية. (أحمد عمر،2019، ص26)

وهو اضطراب نفسي يصيب من بلغوا 16 سنة فأكثر، ويتميز بالانجذاب والميول الجنسي للأطفال من كلا الجنسين أو أحدهما، وغالبا للأطفال من سن 7 إلى 13 سنة، بحيث يكون فرق العمر بين المضطرب والطفل لا يقل عن خمس سنوات. (ناسا بالعربي، ص1)

وانطلاقا من تعريف البيدوفيليا فإن البيدوفيلي هو الشخص الذي يقوم بهذا النوع من السلوك الشاذ وعلى رغم أن المعتدي جنسيا على الأطفال أي البيدوفيلي هو شخص شاذ جنسيا، إلا انه لا يمكن التعرف عليه من أول وهلة، أو من خلال سلوكات بادية للعيان مباشرة لأنه يتمتع بالقدرة على اخفاء شذوذه أمام العوام. إلا أنه رغم ذلك يمكن ذكر أهم ما يميز البيدوفيل في مايلي:

- ✓ المعتدي يكبر الطفل بخمس سنوات فأكثر، وهو شخص شاذ جنسيا سواء كان شذوذه الجنسي نحو نفس الجنس أو للجنس المعاكس أو للجنسين معا.
- ✓ يمكن أن يكون البيدوفيل رجلا كما يمكن أن يكون امرأة، وقد يكون مراهقا ومن مختلف الاعمار.
- ✓ يكون البيدوفيل غالبا من معارف الطفل "أقارب، أصدقاء، جيران..."، كما يمكن أن يكون من مختلف المناصب المهنية سواء السامية أو مناصب مهنية أدنى، وقد يكون شخص يظهر عليه التدين.
- ✓ هؤلاء الاشخاص كثيرا ما يميلون الى المهن التي تقربهم باستمرارمن الاطفال: كالتعليم، التدريب الرياضي، المخيمات الصيفية، اطباء، قضاة... الخ.
- ✓ أغلب المعتدين جنسيا على الاطفال هم أشخاص لم يتزوجوا بعد.
- ✓ البيدوفيل هو شخص يتمتع بمهارات: الاستماع، الاقناع، التعاطف، التواصل، لأنهم يجدون أن هذه المهارات هي الاسلوب الوحيد الذي يمكنهم من استمالة الطفل أو الاحتفاظ بالعلاقة معه. (عباسي،2014)

2- تقدير خطورة البيدوفيل ومراحل وقوع الفعل البيدوفيلي:

حسب Bernard Cordier لا توجد معطيات علمية تمكن من تقدير خطورة الأشخاص المعتدين جنسيا على الأطفال، خاصة وأن أكثر الأشخاص ولوعا بالأطفال هم الأشخاص الأكثر ذكاء.

ويرى Coutanceaux أنه لا توجد أي خطورة عند هذه الفئة، لأن 80 % منهم يتوقفون عن سلوكهم بعد أول عقوبة، ومن 10 إلى 20% منهم يصابون بالانتكاس، إلا أن تقدير درجة خطورتهم في حد ذاتها غير سهلة، لذا يقترح أن يوضع تصنيف لخطورتهم في الأقل خطورة، متوسط الخطورة، شديد الخطورة. (Robert Belleret, Alain Salles,2009)

ولتحويل الطفل إلى ضحية جنسية فهناك عدة مراحل يتبعها البيدوفيلي لتحقيق ذلك، هي المراحل تتمثل فيما يلي:

1- التودد والاغواء (المنحى):

إن الاعتداء الجنسي على الطفل عمل مقصود مع سبق الترصد، وأول شروطه أن يختلى المعتدى بالطفل، ولتحقيق هذه الخلوة عادة ما يغري المعتدي الطفل بدعوته إلى ممارسة نشاط معين كالمشاركة في لعبة مثلاً، ويجب الأخذ بالاعتبار أن معظم المتحرشين جنسياً بالأطفال هم أشخاص ذو صلة بهم، وحتى في حالات التحرش الجنسي من أجانب (أي من خارج نطاق العائلة) إن المعتدي عادة ما يسعى إلى إنشاء صلة بأم الطفل أو أحد ذويه قبل أن يعرض الاعتداء بالطفل أو مرافقته إلى مكان ظاهر برئ للغاية كساحة لعب أو متنزه عام مثلاً . أما إذا صدرت المحاولة الأولى من بالغ قريب كالأب أو زوج الأم أو أي قريب آخر، وصحبتها تطمينات مباشرة للطفل بأن الأمر لا بأس به ولا عيب فيه، فإنها عادة ما تقابل بالاستجابة لها، وذلك لأن الأطفال بطبيعتهم يميلون إلى الرضوخ لسلطة البالغين، خصوصاً البالغين المقربين لهم، وفي مثل هذه الحالات فإن التحذير من الحديث مع الأجانب يغدو بلا جدوى ولكن هذه الثقة العمياء من قبل الطفل تنحسر عند المحاولة الثانية وقد يحاول الانسحاب والتقهقر ولكن مؤامرة السرية والتحذيرات المرافقة لها ستكون قد عملت عملها واستقرت في نفس الطفل وسيحول المتحرش الأمر إلى لعبة (سرنا الصغير) الذي يجب أن يبقى بينا، وتبدأ محاولات التحرش عادة بمداعبة المتحرش للطفل أو أن يطلب منه لمس أعضائه الخاصة محاولاً إقناعه بأن الأمر مجرد لعبة مسلية وانهما سيشتريان بعض الحلوى التي يفضلها مثلا بعد أن تنتهي اللعبة. (مصطفى الديب،2015)

2- التفاعل الجنسي:

إن الإعتداء الجنسي بالأطفال، شأن كل سلوك إدماني آخر، له طابع تصاعدي مطرد. فهو قد يبدأ بمداعبة الطفل أو ملامسته ولكنه سرعان ما يتحول إلى ممارسات جنسية أعمق.

3- السرية:

إن المحافظة على السر هو أمر بالغ الأهمية بالنسبة للمعتدي لتفادي العواقب من جهة ولضمان استمرار السطوة على ضحيته من جهة أخرى، فكلما ظل السر في طي الكتمان، كلما أمكنه مواصلة سلوكه

المنحرف إزاء الضحية، ولأن المعتدى يعلم أن سلوكه مخالف للقانون فإنه يبذل كل ما في وسعه لإقناع الطفل بالعواقب الوخيمة التي ستقع إذا انكشف السر.

وقد يستخدم المعتدون الأكثر عنفاً تهديدات شخصية ضد الطفل يهددونه بإلحاق الضرر بمن يحب كشقيقه أو شقيقته أو صديقه أو حتى أمه إذا أفشى السر ولا غرابة أن يؤثر الطفل الصمت بعد كل هذا التهديد والترويع، والطفل عادة يحتفظ بالسر دفينا داخله إلا حين يبلغ الحيرة والألم درجة لا يطيق احتمالها أو إذا انكشف السر إتفاقا لا عمدا.

والكثير من الأطفال لا يفشون السر طيلة حياتهم أو بعد سنين طويلة جدا، بل إن التجربة بالنسبة لبعضهم تبلغ من الخزي والألم درجة تدفع الطفل إلى نسيانها ولا تنكشف المشكلة إلا بعد أعوام طويلة عندما يكبر هذا الطفل المعتدى عليه ويكتشف طبيبه النفساني مثلا أن تلك التجارب الطفولية الأليمة هي أصل المشاكل النفسية العديدة التي يعانيها في كبره. (بطرس،2007، ص551-552)

3- معايير تشخيص البيدوفيليا:

في الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية DSM5 يندرج اضطراب البيدوفيليا ضمن اضطرابات الولع الجنسي والتي تضم الاضطرابات التالية:

- ✓ اضطراب التلصص
- ✓ اضطراب الاستعراء
- ✓ اضطراب الاحتكاك
- ✓ اضطراب المازوخية الجنسية
- ✓ اضطراب السادية الجنسية
- ✓ اضطراب الولع بالأطفال
- ✓ اضطراب الفيتشية
- ✓ اضطراب لبس مالبس الجنس الآخر
- ✓ اضطراب الولع الجنسي المحدد الآخر
- ✓ اضطراب الولع الجنسي الغير المحدد

ويتم تشخيص اضطراب البيدوفيليا حسب المعايير التالية:

المعيار أ: استثارات جنسية أو خيالات أو اندفاعات أو سلوكيات متكررة وكثيفة تتضمن نشاطا جنسيا مع طفل أو أطفال دون سن البلوغ وهذا على مدى 6 أشهر على الأقل.

المعيار ب: تصرف الفرد وفقا لهذه الاندفاعات الجنسية أو التخيلات والتي تسبب احباطا أو صعوبات على مستوى العلاقات الشخصية أو غيرها من مجالات الحياة.

المعيارج: أن يكون الفرد قد بلغ سن 16 سنة على الأقل، وأن يكون أكبر بخمس سنوات من الطفل.

بالإضافة إلى هذا يجيب تحديد ما إذا كان: نمط حصري (أي ينجذب نحو الأطفال فقط)، نمط غير حصري، ينجذب جنسيا للذكور، ينجذب جنسيا للإناث، ينجذب جنسيا لكليهما، أيضا ما إذا كان يقتصر على زنى المحارم. (Delavenne, Lamy, & Thibaut,2014)

4- أعراض ومؤشرات الفعل البيدوفيلي على الطفل:

إن للاعتداء الجنسي على الطفل أعراض ومؤشرات تدل على ذلك، وفيما يلي سنعرض أهم المؤشرات التي يمكننا أن نستدل بها على حصول الفعل البيدوفيلي على الطفل.

4-1- المؤشرات النفسية:

- ✓ التغير في سلوك الطفل وابداء الانزعاج أو الخلوف أو رفض الذهاب إلى مكان معين أو البقاء مع شخص معين بحد ذاته.
- ✓ استعمال كلمات جنسية أو أساء جديدة لأعضاء الجسم محددة.
- ✓ المبالغة في إظهار العواطف بشكل غير طبيعي. التصرفات الجنسية أو التولع الجنسي المبكر.
- ✓ الإحساس بعدم إرتياح الطفل أو رفض العواطف الأبوية المألوفة.
- ✓ ظهور مشاكل النوم، الكوابيس، رفض النوم وحيدا أو الإصرار على إبقاء الضوء.
- ✓ إبداء سلوكيات تدل عن نكوص مثل مص الأصابع، التبول اليلي التصرفات الطفولية و غيرها من مؤشرات الإرتباط.
- ✓ التعلق الشديد الذي يدل على الخوف و القلق.
- ✓ التغير المفاجئ في شخصية الطفل.
- ✓ ظهور مشاكل دراسية و عدم التركيز والسرحان.
- ✓ الهروب من المنزل أحيانا.
- ✓ الإهتمام الغير الطبيعي بالمسائل المرتبطة بالجنس سواء من ناحية الكلام أو التصرفات.
- ✓ فقدان الثقة في الآخرين الذين كان يحبهم.
- ✓ ظهور سلوك عدواني أو منحرف غير معتاد لدى الطفل.
- ✓ ثورات الغضب والانفعال الغير مبررة خاصة منها سلوكات تدمير الذات.
- ✓ السلوك السلبي والانسحابي ومشاعر الحزن والإحباط وغيرها من أعراض الإكتئاب.

4-2- المؤشرات الجسدية:

ومن أهم المؤشرات الجسدية التي تدل على تعرض الطفل للإعتداء الجنسي:

- ✓ صعوبة الجلوس.

- ✓ صعوبة المشي.
- ✓ الإحساس بالألم.
- ✓ حك الأعضاء التناسلية.
- ✓ ويمكن أيضا ملاحظة ملابس ممزقة أو ملابس داخلية عليها بقع من الدم. (بطرس،2007، ص552-553)

3-4- المؤشرات الاجتماعية والتربوية:

الأطفال المعتدى عليهم يظهرون سلوكيات غير مرغوبة اجتماعيا مع الأقران ومن ثم يجدون صعوبة في التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، كما أنهم يظهرون نقص في الكفاءة الاجتماعية وتتمثل المشكلات الاجتماعية التي يعانيها الضحايا في: التعلق الغير الآمن بالوالدين أو القائمين على رعاية الأطفال، صعوبة الثقة في الآخرين، نقص في تكوين الأصدقاء، وعدم الرضا عن علاقات الراشدين والشعور بالعزلة والوحدة وسوء التوافق الاجتماعي.

بالإضافة إلى كل ما تقدم فإن الأطفال الذين تعرضوا للاعتداء نجدهم يعانون من تراجع في التحصيل الدراسي وصعوبات في التركيز والاستذكار وسرعة الغضب وفرط النشاط الحركي. (طاوس،2016، ص80)

5- إجراءات التدخل في حالة الاعتداء الجنسي على الطفل:

إنه لا بد من الانتباه أولا إلى إمكانية لجوء الطفل الضحية إلى الكذب بشأن وقائع الاعتداء، عندما يعرف الأولياء أو المختصين أن الطفل قد تعرض إلى اعتداء جنسي، يشعر هؤلاء بالأسى تجاه هذه الوضعية، هذا الأسى تصاحبه مجموعة من التظاهرات السلوكية التي دون قصد تؤثر سلبا على الطفل الضحية. لذا هناك مجموعة من الإجراءات التي لا بد من أدائها لأجل التخفيف من توتر الطفل والتخفيف من أثر الصدمة، وهي كالآتي:

- ✓ تشجيع الطفل على التكلم بكل حرية، مع تجنب أي تعقيب أو تأنيب.
- ✓ أن نظهر للطفل أننا نتفهمه، وأن يؤخذ كلامه مأخذ الجد، حيث أظهر المختصون في علم النفس الطفل والمراهق وعلم أعصاب الطفل والمراهق أن الأطفال الذين يحظون بالاستماع والتفهم يكونون أكثر ارتياحا من غيرهم ممن اعتدي عليهم جنسيا ، ذلك أن إتاحة الفرصة للضحية بالتحدث يلعب دورا هاما في التخفيف من حدة صدمة الاعتداء.
- ✓ طمأنة الطفل بأن سعيه إلى التعبير عن وضعيته هو أمر إيجابي، خاصة إذا كان المعتدي هو من أقارب الضحية، الأمر الذي يجعل الطفل يحس بتأنيب الضمير والالتزام بالسرية، خاصة إذا تلقى تهديدا من المعتدي بالانتقام منه أو من أقرب الناس إليه في حال باح بالسر.

- ✓ عدم تحميل الضحية مسؤولية حدث له جراء الاعتداء، لأن أغلب الأطفال يظنون أن ما يحدث لهم من اعتداء هو بسببهم، كما يهيأ لهم أن ما تعرضوا له هو عقاب جراء خطأ اقترفوه.
- ✓ توفير الحماية للطفل، وطمأنته بأنه سيتم مساعدته على تجاوز مشكلته في اقرب وقت.
- ✓ متابعة الوضعية الصحية للطفل من طرف المختصين في طب الأطفال والمختص النفساني، إلى غاية أن يتحقق الشفاء. (عباسي،2018)

6- وقاية الطفل من الاعتداء الجنسي:

من أهم الإجراءات التي تتخذ لوقاية الطفل من الاعتداء الجنسي هو التركيز على تعليمهم كيفية حماية أنفسهم ، وذلك بإكسابهم آليات « الوقاية والحماية والدفاع » ضد أي مشكلة تعترضهم، خاصة في حالة التعرض الى مواقف خطيرة. لذا على الأولياء والمعلمين أن يتمتعوا بالكفاءة لتحديد هذه المخاطر كي يعلموها للطفل . كما أن تدخل المصالح الاجتماعية والخلايا الملحقة على مستوى كل منطقة يمكنها أن تساهم في هذا المجال بتقديم دعم خاص يوفر المراقبة واليقظة الدائمة بما فيها ما يمكنه أن يساهم في وقاية وحماية الطفل من الاعتداءات الجنسية.

إن وقاية الطفل من الاعتداءات الجنسية، تكون عن طريق مؤسسات أخرى كذلك، ففي اوربا عمدت رياض الاطفال والمدارس إلى وضع برامج وقائية خاصة، تهتم بإشراك الأولياء والمختصين العاملين بالمؤسسات المتخصصة بهذا النوع من المشكلات. إذ أن أكثر ما توفره هذه المؤسسات هو تعليم الطفل وتوعيته بمعنى الاعتداء الجنسي وتعليمهم كيفية الوقاية والحماية .

ومن الناحية الاجرائية تتم عملية اعداد الطفل لمواجهة أي نوع من الاعتداءات بالتركيز على المحاور الآتية :

- ➢ إعداد الطفل للحياة: اعداء الطفل للحياة يبدأ بتوفير جو آمن، وبالسهر على أن يكون بصحة جيدة من الناحية الفيزيولوجية والعقلية والاجتماعية والنفسية. ومما يجب التركيز عليه هو مساعدة الطفل على تنمية ثقته بنفسه، لأنه في اغلب الحالات المتحرش جنسيا يتجنب الاطفال الواثقون بأنفسهم لأنهم واعون بالموقف واقل هشاشة، كما انهم سرعان ما ينسحبون من المراوغات التي تتم عليهم من طرف المتحرش جنسيا. تنمية الثقة بالنفس عند الطفل يمكن أن تتحقق من خلال مايلي :
  - ✓ تأكيد الذات والقدرة على التعبير عن حاجاته وأحاسيسه.
  - ✓ القدرة على معالجة المشكلات وعلى اتخاذ القرار.
  - ✓ احترام الذات، والاحتراف المعترف به من طرف الاخرين.
  - ✓ حوار إيجابي حول الجنس.
- ➢ الوعي بالمواقف الخطيرة والقدرة على الاستجابة حيالها:

- ✓ حتى يكتسب الطفل الآليات التي تساعده على التعرف على المواقف الخطيرة، وعلى الاستجابة المناسبة حيالها، لا بد من التركيز على مبدأ انه لكل فرد الحق في الامن.
- ✓ أن يتعلم الطفل مبدأ لكل فرد الحق في الأمن هذا يجعل منه فردا مسؤولا تجاه ذاته وتجاه المجتمع، كما يجعله يفكر في الرد المناسب تجاه أي خطر، كما يكسبه مجموعة من القيم أمها التعاون والتضامن وتقديم المساعدة .
- ✓ أن يتعرف الطفل على نوعية المواقف التي يمكن أن تكون مهددة لأمنه ولأمن غيره، وإعطائه أمثلة واقعية.
- ✓ تعليم الطفل المؤشرات والأعراض التي تظهر على جسمهم في حال وجود خطر مهدد، كانتفاخ البطن، سرعة نبضات القلب، ارتعاش القدمين... الخ
- ✓ أن يتعلم الطفل طلب المساعدة من الشخص المناسب. (عباسي،2014)

الخاتمة:

من خلال ما تم التطرق اليه نستخلص أن البيدوفيليا مشكلة خطيرة جدا، أثارها وجيمة بدرجة كبيرة على المعتدى عليه "الطفل" قد تمتد على المدى الطويل، وهذا إذا ل يتم التكفل به مبكرا، هذه الأخيرة تعد مشكلة أخرى نظرا لعدم الإفصاح عن هذا الفعل والذي يرجع لأسباب ثقافية واجتماعية.

فالفعل البيدوفيلي يشير إلى الاعتداء الجنسي على الأطفال سواء عن طريق استعراض صور جنسية، أو ملامسة الأعضاء التناسلية، وصولا إلى فعل العملية الجنسية كاملة مع الطفل، هذا الفعل ناتج عن اضطراب نفسي يتم تشخيصه وفق معايير معينة تم تحديدها من قبل الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية DSM5.

قائمة المراجع:

أحمد عمر، محمد آدم. (2019). *الأسباب الاجتماعية والنفسية للإعتداء الجنسي على الأطفال -دراسة ميدانية على بعض المترددين على شرطة حماية الأسرة والطفل بقسم أمدرمان-*، رسالة ماجستير، قسم الاجتماع والانتربولوجيا والخدمة الاجتماعية، جامعة النيلين.

بطرس، حافض بطرس.(2007). *التكيف والصحة النفسية للطفل*، دار المسيرة: عمان، الأردن.

الديب، مصطفى.(2015). *آليات حماية الأطفال من التحرش الجنسي من وجهة نظر الأمهات في مرحلة ما قبل المدرسة (نظرة مستقبلية)*، مجلة الطفولة والتربية، العدد 22، ص ص 333-379.

طاوس، هشام.(2016). *فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي في تعديل سلوك أطفال ضحايا الاعتداء الجنسي*، أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي، قسم علم النفس، جامعة الجزائر 2 أبو قاسم سعد الله، الجزائر.

عباسي، سعاد.(2014).*ثنائية المعتدي والمعتدى عليه جنسيا أثناء الطفولة وتداعياتها خلال مرحلة الرشد*، مجلة العلوم النفسية والتربوية، المجلد 6، العدد 2، ص ص 146-163.

عباسي، سعاد.(2018). *الاعتداء الجنسي على الأطفال -أشكاله وتبعاته حسب الذكور والاناث*، المجلة الجزائرية للطفولة والتربية، المجلد 2، العدد 2، ص ص 97-112.

عزري، نزيهة.(2021). *البيدوفيليا Pedophilia وعلاقتها بجرائم الاخطاف والاعتداء الجنسي على الأطفال في الجزائر-مقاربة نفسية-قانونية*، المجلة العلمية للعلوم التربوية والصحة النفسية، المجلد 3، العدد 3، ص ص137-154.

ناسا بالعربي.(دس). *البيدوفيليا: اضطراب اشتهاء الأطفال*، مقال منشور في الموقع الالكتروني التالي: https://nasainarabic.ne/r/a/5644 تم استرجاعه يوم: 2023/03/30 على الساعة 10.00

Belleret.R, Salles. A.(2009). *La personnalité des pédophiles*. Antipedocriminel.wordpress-com/2009/03/01/La-personnalité-des-pédophiles/

Delavenne,H. Lamy,S. & Thibaut.F.(2014). *Pedophilia: diagnostic and treatment*, La Lettre du Psychiatre, Vol. X - n° 4-5, p p 119-123.

اضطرابات الهوية الجنسانية عند المراهق
Adolescent gender identity disorders

دشريفة بوشي /جامعة تيارت / الجزائر
د.فوزية بوشي /جامعة تيارت / الجزائر

ملخص الدراسة:

تتحدد هوية الفرد الجنسية عند ولادته ذكر أو أنثى، وتتطور عن طريق التنشئة مع مراحل نموه، بحيث يتوافق شعوره مع نوع جنسه، ويتصرف بناءا على ذلك منذ مراحل طفولته الأولى، إلا أن هناك من يبدي اضطرابا جنسانيا في مرحلة مراهقته، بحيث يسلك سلوكيات تختلف عن جنسه، ويشعربعدم الارتياح لانتمائه إليه، على هذا فإن لهذا البحث النظري طابعا استكشافيا يأتي للإجابة على عدد من التساؤلات المتعلقة بهذا الموضوع، من أهمها:

ما هو الاضطراب الجنساني لدى المراهق؟

ما هي العلاجات المناسبة لإعادة توافق المراهق الذي يعاني من هذا الاضطراب النفسي مع ذاته؟

الكلمات المفتاحية :

المراهق ، الهوية الجنسانية ،اضطرابات الهوية الجنسانية، الدور الجنساني .

Abstract:

An individual's gender identity is determined when he or she is born male or female and develops by nurturing with his or her stages of development, so that his feeling is compatible with his gender, and he acts accordingly from his early childhood, However, there are those who show gender disorder in their adolescence. so that he takes behaviours different from his gender, and feels uncomfortable with his membership This theoretical research, therefore, has an exploratory nature, which responds to a number of questions on this subject, the most important of which are:

What is the adolescent's gender disorder?

What are the appropriate remedies to reconcile a teenager suffering from this psychiatric disorder with himself?

Keywords:

Adolescent, gender identity, gender identity disorders, gender role

مقدمة:

يعتبر بناء الهوية الجنسانية التي استخدمت لأول مرة عام 1960 ليعنى بها رؤية الذاتية للفرد لنوعه الاجتماعي، وتحقيقها الانجاز الأهم الذي يقوم به المراهق، إذ تعتبر هذه الخطوة مسألة

استراتيجية . كلمة هوية من مصدر هو وهي تكريس فردية الشخص هذه الفردية التي تعتبر قاعدة أساسية للشخصية، أما من الوجه النفسية فإن الهوية توازي الجواب على السؤال التالي " من أنا ومن سأكون وما سيكون عليه دوري في الحياة وفي المجتمع؟

يستوعب أفراد المجتمع الأدوار الجنسانية عن طريق التعلم المجتمعي بما يتوافق وجنسهم،إذ تترسخ لديهم منذ الطفولة من 18 إلى 24 شهرا، يدرك خلالها الطفل الذكر أنه ذكر والفتاة أنها فتاة. ويتصرفون عن طريق اللعب وفقا لذلك. تتحدد الهوية الجنسية للفرد نتيجة لعوامل طبيعية وثقافية، أي نتيجة التفاعل بين الكروموسومز والهرمونات، من ناحية، وتأثير الأهل من تخصيص الجنس عند الولادة إلى التفاعلات مع الآخرين وفقا للتوقعات والأعراف الاجتماعية للآخر.

في بداية المراهقة التي تقابل مرحلة البلوغ الجنسي، أحيانا قد يواجه الفرد اضطرابا في هذا الدور الجنساني، إذ يواجه حالة من الخلط بين جنسه التشريحي وشعوره الداخلي بالجنس الآخر، ويسبب هذا الشعور خللا في هويته الجنسانية ، ينطوي في عدم الارتياح الذي يبديه المراهق المضطرب بذاته كمذكر أو مؤنث. ويظهر مشاعر سلبية بشأن أعضائه التناسلية، ويمارس نشاطات خاصة بالجنس الآخر، كالرغبة في ارتداء ملابس الفتيات. التشبه الكلامي بالجنس الآخر.

من ناحية العلاج، يمثل التكفل النفسي والدعم الاجتماعي الممارسات الطبية الفاعلة لضبط هذا الاضطراب النفسي ومساعدة المراهق على إعادة التوازن النفسي وتطويع الهوية الجنسية.

أولًا: تحديد المفاهيم الأساسية:

_الجنس: هو الحالة البيولوجية للشخص: ذكر أو أنثى أو ثنائي الجنس.

_الهوية الجنسية: هي الجنس الذي ينجذب إليه الشخص جنسياً.

_الهوية الجنسانية: وتسمى كذلك بـ"الهوية الجندرية"، وتعني مجموعة من الظواهر البيولوجية والتشريحية و الفيزيولوجية والسيكولوجية و الاجتماعية المتعلقة بعملية التناسل وبالعمليات الممددة لها وما ينتج عن ذلك من نتائج تتجاوز حدود الفرع إلى النوع .(الصالح، 2013 ، ص491)، فهي تشمل:

_الجنس: ما يشمل الجنس البيولوجي للفرد.

_والدور الجنساني: ما يعني الطريقة التي يقدم بها الفرد ذاته للذوات الأخرى من حيث الجنس، أي الجندر الاجتماعي للشخص من حيث انتمائه لنوع الجنس. حيث يتجاوز النفسي، البيولوجي في الشعور بالانتماء الجنسي.

وتعرف كذلك ":نسق مركب من المعتقدات عن الذات ،وإحساس بالذكورة أو بالأنوثة لدى الشخص ،ولا ترتبط مطلقا بجذور هذا الإحساس ،أي إذا ما كان الشخص ذ كرا أم أنثى ،ومن ثم فان لها مضامين نفسية فقط ،أي الحالة الذاتية

.التي يشعر بها الشخص ،الهوية الجنسية – إذن-يمكن أن تضطرب(اشكنا ني، 2012 ، ص14) . مما يعني أن الهوية الجنسية هي التجربة العميقة التي يختبرها كل شخص داخليًا فيما يتعلق بجنسه والطريقة الفطرية التي يشعر بها الشخص تجاه جنسه البيولوجي . أو أن اقتناع الفرد بكونه ذكرا أو أنثى وتبنيه السلوكات الثقافية الخاصة بجنسه هو ما التجربة الخاصة لدور الجنس، ودور النوع الاجتماعي هو التعبير العام عن الهوية الجنسية ينتج الهوية الجنسية .وبالتالي يمكن اعتبار أن الهوية الجنسية هي العمود الفقري للصحة العقلية إنها نتيجة التوحيد النفسي الذي يحافظ على الشعور بالاستقرار والتماسك بين الذات عبر الزمن وتقلبات التاريخ الفردي.

_اضطراب الهوية الجنسانية: اضطراب الهوية الجنسية أو مايعرف باللغة الانجليزية بـdisorder Gender identity وهو تصنيف نفسي أطلقه" توماس فيلا,Thomas Villa ، لتحذفه منظمة الصحة العالمية في عام 2019 باعتباره اضطرابًا عقليًا وأعادت تصنيفه على أنه «حالة صحية جنسية». كانت إحدى نتائج هذا التغيير هي الاعتراف بأن التحول الجنسي ليس مرضًا عقليًا " ,Peggy, 2022) https://sante.journaldesfemmes.fr)

ويعرفه ربور Reber بانه نوع من الاضطرابات التي توصف بوجود شعور قوي بالاهتمامات غير المناسبة لهوية الجنس الأخر، كأن يهتم الذكر بأمورتخص الأنثى (308; PP 307 ; 1995 ; Reber)

ويعرف حسب الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع ما هي إلا تماهي شديد ومستديم بالجنس الآخر ،أي انزعاج من جنسه أو الإحساس بعدم الملائمة في الدور الجنسي لجنسه الفعلي .(تيسير، 2004 ، ص ص 163-164).

أو بأنها مجموعة من الاضطرابات التي تتميز بالتناقض بين جنس الشخص المحدد بيولوجيا وهويته الجنسية. (المعمرية، 2007 ،ص5)

أي هو حالة تم فيها تعيين شخص بجنس واحد (عادة عند الولادة)، ولكنه يُعرف بأنه ينتمي إلى جنس آخر، أو

لا يتفق مع الدور الجنساني الذي يحدده لهم مجتمعهم يجعله يشعر بتوتر شديد حول جنسه وإصراره على أنه من الجنس الآخر ، أو الرغبة الملحة في أن يصبح في جنس غير جنسه إما صراحة أو من خلال رفضه التام للتركيب التشريحي لأعضائه التناسلية وانشغاله بأنشطة الجنس الآخر . لذلك

عرف هذا النوع من الاضطراب على أنه شعور بالانزعاج أو المعاناة التي قد يعبر عنها بعض الأشخاص الذين لا تتطابق هويتهم الجنسية مع جنس الولادة. أو هي مجموعة من الاضطرابات التي تتميز بالتناقض بين جنس الشخص المحدد بيولوجيا وهويته الجنسية.

_المراهقة: يعرفها جيرزلد Gerzeled على أنها "امتداد السنوات التي يقطعها البنون و البنات متجاوزين مدارج الطفولة إلى مراقي الرشد " (جسماني، 1994، ص192)، ما يعني أول البلوغ الجنسي، الذي يقع نحو 18 سنة، و قد تمتد إلى 21سنة مع فروق فردية في ذلك، ويعرفها اريكسون Erikson في نظريته النفسية الاجتماعية التي بناها على مبادئ التحليل النفسي على أنها."مرحلة تحديد الهوية في وقت يستطيع فيه المراهق التعامل مع العالم الخارجي مقابل تشوش الدور، حيث يؤدي نقص القدرة على تحقيق الذات إلى تشويش الأدوار خاصة فيما يتعلق بالأدوار الجنسية، و الاختيار المهني" (كامل، 1998، ص11).

ثانيًا: مكونات الهوية الجنسانية:

_المكون البيولوجي:يتحدد بالتكوين الجيني (x or y) ونشاط الغدد الصماء خاصة تلك التي تفرز هرمون الذكورة (testosterone) أو الأنوثة(ستر وجان و البروجسترون) ويرى بعض العلماء أن العوامل البيولوجية من أبرز العوامل المؤدية إلى اضطراب واختلال السلوك الجنسي و بالتالي يتم تحديد الميل الجنسي سواء الذكور أوالإناث(غازي نسرين ، 2001 ، ص 15).

_المكون النفسي:وهو صورة الذات كما يستقبلها صاحبها ذكرا أو أنثى ،وهذه الصورة تتأثر إلى حد كبير بالبيئة المحيطة و طريقة التربية.

_المكون الاجتماعي: من خلال السياق الثقافي تتحدد طريقة التصرف وفق ما هو مباح وماهو ممنوع بل يتحكم حتى في سلوك الأفراد تبعا لجنسهم مصدقا لقوله تعالى "فلما وضعتها قالت رب إني وضعتها أنثى والله أعلم بما وضعت وليس الذكر كالأنثى واني سميتها مريم واني أعيذها بك وذريتها من الشيطان الرجيم 36" (القران الكريم ، سورة آل عمران)فعلى سبيل المثال الأنثى في المجتمعات العربية منذ صغرها تحضر لكي تكون زوجة وأم في المستقل فتتعلم الطبخ ، تدبير البيت أما الذكر فيوجه للحياة العملية خارج البيت أي التكفل المادية في حين " قبائل منطقة كونور بجنوب الهند فالرجال لا يعملون شيئا سوى الاشراف على المعابد و الرقص في الحفلات الدينية و التزين بالمساحيق البيضاء و الحمراء، وشعورهم طويلة و آذانهم يتدلى منها الحلق وأيدهم ناعمة .أما النساء فإنهن يعملن نهارا في حقول الشاي والبطاطس وفي آخر النهار يعدن إلى البيوت ليطبخن ويغسلن ويطعمن الأزواج و الأطفال "(السعداوي ،1990، ص65)

ثالثا كيفية تشكل الهوية الجنسانية :

لا تُمنح الهوية الجنسية لنا مرة واحدة وإلى الأبد عند الولادة. إنه يشير إلى عملية معقدة، بناء نفسي شخصي حميم، يتطور ويتطور ديناميكيًا في التفاعل المستمر مع المجتمع الذي ينتمي إليه كل فرد، وهذا طوال حياتنا. ومع ذلك، فإن هذا المجتمع منظم بنظام جنسي يقوم في حد ذاته على نظام ثنائي الجانب من الأعراف الجنسية، وتسلسل هرمي ومنتشر للغاية: نظام الأنوثة/الذكورة لا يزال يسمى الجنس. بعد التذكير بالقيود المختلفة التي يفرضها هذا النظام، حتى في جسده، على الفرد، مما يعزز الاعتماد على جنس كل فرد. يبدأ بناء الهوية الجنسية بمعرفة الطفل له،و تتضمن الهوية الجنسية المراحل التالية :

_منذ سن الثانية : يمكن للطفل أن يشير إلى ما إذا كان الشخص رجلاً أم امرأة، وغالبًا ما يستخدم كلمتي «أبي» و «أمي». لقد أنشأ مجموعة من القرائن التي تخص الذكر أو الأنثى، مثل الشعر القصير أو الطويل، ويمكنه، من هذه القرائن، تصنيف الأشخاص بطريقة متسقة في إحدى الفئتين. وبالتالي، إذا تم تقديم صورة لطفل تم وضع له شعر طويل مستعار ، فسوف يضعها في كومة « المرأة »/ « الأم ».

_منذ سن الثالث أو أربعة سنوات، يدخل الطفل في هذا الاعتراف رابط الزمان: مهما كانت الفئة العمرية، فهو يفهم أن هناك من جانب فتيان ورجال، ومن الجانب الآخر الفتيات والنساء .سيصبح الصبي «أبًا»، وستصبح الفتاة «أماً .«ومع ذلك، فإنه لا يبتعد عن فكرة أن المؤشرات الخارجية فقط هي التي يمكن أن تحدد جنس الشخص .لذلك يعتقد الطفل أنه من الممكن التحول من جنس إلى آخر دون أي مشكلة، خاصة عن طريق قص الشعر أو تغيير الملابس .بالنسبة له، الجنس ليس عنصرًا ثابتًا. لذلك في ذلك العمر، من المهم جدًا للطفل ألا يفعل أشياء يصفونها بالجنس الآخر، لأنهم يعتقدون حينها أن جنسهم سيتغير .إذا كان الطفل الصغير لديه شعر مجعد يسقط على كتفيه، فمن الطبيعي جدًا أن يطلب قصة شعر، لإظهار أنه ليس فتاة.

_في سن 5-7 سنوات، يصل الطفل إلى مرحلة الثبات بين الجنسين .وهو يدرك أن جنس الشخص غير قابل للتغيير في الوقت المناسب، ولا يعتمد على وضع ما بل على علم الأحياء الداخلي المستقر، وأن الوجه الظاهر للجنس هو الجهاز التناسلي.

المرحلة الرابعة : والأخيرة من 7- 12 سنة وتشمل هذه في حد ذاتها عدة مراحل: أولا يفهم الطفل أنه بغض النظر عما يفعله، حتى عندما يكون شيئًا موصوفًا بالجنس الآخر، فإن جنسه بيانات مستقرة .على سبيل المثال، تعرف فتاة صغيرة أنه حتى لو قصت شعرها أو ارتدت زي

شقيقها باتمان، فستظل فتاة صغيرة .ومع ذلك، فهي مقتنعة بأن أصدقائها سيرونها كصبي .
الخطوة 2 ثم يطبق الطفل هذه الملاحظة على أصدقائه .سيدرك أن صديقه خالد لا يزال صبيًا حتى لو كان يرتدي فستان الأميرة في الحضانة أو إذا كان لديه شعر طويل.
الخطوة 3: الطفل قادر على تعميم هذا المنطق على جميع الناس. وعندما يواجه صعوبة في نطق نفسه، لأن القرائن الخارجية تجعله يشك، فلن يتردد في طرح السؤال. راشد ليس لديه لحية ويرتدي قرطًا وشعرًا طويلًا، سيسألها: ما أنت ؟ ولد أم فتاة ؟ لماذا لديك شعر طويل ؟ " لذلك ليس من المستغرب أنه منذ سن 7 هناك المزيد من الفتيات يلعبن كرة القدم! يدخل الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 7 و 12 عامًا مرحلة من المرونة، مدركين أن الرغبة في الحصول على تسريحة شعر أو ارتداء ملابس أو ممارسة رياضة مرتبطة عادة بالجنس الآخر، يمكن أن توجد دون تغيير الجنس.

رابعا أنواع اضطراب الهوية الجنسانية:يمكن أن نحصر أنواع اضطراب الهوية الجنسية في:

_اضطراب التمايز الجنسي: هو ذات طبيعة بيولوجية، وهو عبارة عن تشوه خلقي يصيب الأعضاء التناسلية للطفل الذي يولد بمزيج من الأعضاء التناسلية الذكورية والأنثوية، لذلك يسمى بالجنس المختلط، وهو ما يحول دون تحديد هوية المولود عند ولادته لعدم وضوح الجنس، لذلك يطلق عليه كذلك باضطراب الجنس المبهم." كما هو موضح في الشكل أدناه:

الشكل رقم (01): الجنس المبهم "الخنوثة الكاذبة الأنثوية"

المصدر:https://www.google.com/search?q=ambiguit%C3%A9+sexuelle&rlz

يتطلب تعيين هوية الطفل في حالة التمايز الجنسي فحص طبي فيزيقي كامل، واختبارات خاصة تشمل: تحليل الدم، اختبار الكروموزوم والهرمونات. لتتم عملية تصحيح الجنس لاحقا عن طريق الجراحة.

_اضطراب الانتماء الجنسي: وهو ذات طبيعة نفسية اجتماعية، يتمثل في التماهي الجنسي، حيث يظهر الفرد الذي يعاني من هذا الاضطراب رغبة قوية في العيش كفرد ينتمي للجنس الآخر من خلال:

_اكتساب المظهر الفيزيقي للجنس الآخر عن طريق المعالجة الموضعية بمواد التجميل، اللباس، الهرمونية أو التحول الجنسي الجراحية.

_ تبني الدور الاجتماعي للجنس الآخر عن طريق محاكات سلوكياته..

_الانزعاج من انتمائه لنوع جنسه الحالي،وهو ما يصطلح عليه بـ"الانزعاج الجنسي أو الجندري".

يظهر التماهي مع الجنس الآخر لدى الذكور بالاهتمام الشديد بالأنشطة الأنثوية، والعكس بالنسبة للإناث ويمكننا توضيح ذلك من خلال الشكل الآتي:

الشكل رقم (02):نموذج عن اضطراب التمايز الجنسي.

المصدر: https://www.maghrebvoices.com/2017/06/24/

يظهر الشكل حالة أخر لمضطرب هوية جنسية بمظهر فيزيقي ووضع اجتماعي أنثوي.

الشكل رقم (03): حالة تحول جنسي لمضطرب هوية جنسية

المصدر: https://www.google.com/

يتجلى من خلال الصورة حالة لتحول جنسي لشخص مضطرب الهوية الجنسية

يظهر الشكل حالة أخر لمضطرب هوية جنسية بمظهر فيزيقي ودور اجتماعي أنثوي.

رابعا: أعراض اضطرابات الهوية الجنسانية لدى المراهقين: وهي:

_الخصائص الجنسية (على سبيل المثال، طلب الهرمونات أو الجراحة أو الإجراءات الأخرى تغيير الخصائص الجنسية جسديا لمحاكاة الجنس الآخر). يعتقدون أنهم ينبغي أن يكونوا، من الجنس الآخر. إنهم غير مرتاحين لجنسهم

والدور الجنسي وقد يعبرون عن رغبتهم في تغيير أجسادهم. بينما لا يتم تصنيف جميع الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الهوية الجنسية على أنهم متحولون جنسياً، وهناك أولئك الذين عقدوا العزم على الخضوع لإجراءات تغيير الجنس أو الذين فعلوا ذلك، وبالتالي، يصنفون على أنهم متحولون جنسيا.

_الرغبة في العيش كشخص من الجنس الآخر حيث يلبسوا ويتصرفوا بطريقة تتفق مع نوع الجنس الذي يتصرفون بهمن أدلة مثل وضع الجسم، والإيماءات، وتعبيرات الوجه، والقرب، والصوت ، ونمط الكلام، والمساحة الاجتماعية، والملابس، والزينة، ومستحضرات التجميل.

_الانعزال الاجتماعي . يتسبب اضطراب الهوية الجنسية في تعرض الشخص لانزعاج خطير بميله الجنسي البيولوجي. كما يسبب مشاكل للمراهق في المدرسة أو البيئات الاجتماعية

_الاكتئاب المعتدل إلى الحاد

_قلق متوسط إلى شديد.

خامسا: أسباب اضطراب الهوية الجنسانية عند المراهق: ترجع اضطراب الهوية الجنسية الى مايلي :

_تشجيع الوالدين أو صمتهم أوحتى عدم اكتراثهم بسلوكيات الطفل الجنسية مما يؤدي إلى تأصل شعور الانتماء للجنس الأخر.

ارتداء الطفل للملابس الأنثوية بإيعاز من والدية –لاسباب متعدد منها الخوف من الحسد مثلا وتشجيعه على استخدام أدوات الزينة النسائية واطلاق لقب أنوثة عليه (عكاشة،2007،ص 339)

_التساهل في تربية الطفل على المثل الجيدة لمعاني الرجولة أو الأنوثة، وضعف العمل على تنمية المشاعر المرتبطة بجنسه في شتى المواقف والمجالات.

_الأذى الجسدي أو الجنسي الذي يقع على الطفل في سن مبكر قد يجعله يحلم باختفاء هذا الاذى وزواله لو تحول للجنس الآخر.

_ملامح الأنثوية لدى الأطفال الذكور قد تجلب لهم تعليقات و التحرشات التي تؤدي لانحراف هويتهم .

_وحسب greenقسوة الأب وبعده العاطفي وتوحد الطفل الذكر مع الأم وفي ذلك كف للخصائص الذكورية.

_الثنائية الجنسية وجود الخصائص الجنسية للذكر والأنثى لدى الكائن الحي .

صمت المجتمع والإعلام والتعامي عن انتشار هذه المشكلة التي شاعت في السنوات الأخيرة.

رفقة السوء، وعدم اهتمام الوالدين بمن يصاحب أولادهم وهذه الصحبة لها تأثير بالغ في ذلك.

سادسا: تشخيص الاضطراب: وتتم العملية عن طريق:

_المساءلة الطبية من طرف مختص في الصحة العقلية والفحص الالكلينيكي للجسم.

_متابعة طبية ما بين 3 إلى 6 أشهر.

_استخدام DSM-5: لتشخيص حالة الاضطراب باستخدام هذه الأداة النفسية، يتعين أن يظهر أعراض المفحوص (المراهق) ولمدة 6 أشهر أو أكثر 6 أعراض من هذه الأعراض وهي (Chaillet, 1994 ;P 250 ;251):

1 حسب D.S.M IV المعايير التشخيصية لاضطرابات الهوية الجنسية هي :

التشبه بشدة وإصرار بالجنس الآخر(لايهتم حصريا بالرغبة في الحصول على المزايا الثقافية المكتسبة من الجنس.

عند المراهقين أو البالغين يظهر الاضطراب عن طريق علامات مثل : التصريح بالرغبة بالانتماء للجنس الآخر، التبني المتكرر لسلوكات أين يتم يتم التظاهر بأنه ينتمي إلى الجنس الآخر، الرغبة في العيش والتعامل معه كأنه من الجنس الآخر أو الاعتقاد بأنه أو أنها يمتلك أو تمتلك مشاعر وردود أفعال خاصة بالجنس الآخر

إحساس متكرر بعدم الارتياح بالنسبة لجنسه أو إحساس بعدم تطابق بالنسبة لهوية الدور المقابل.

عند المراهق والبالغين تظهر العاطفة عند طريق علامات مثل الرغبة في التخلص من صفاته الجنسية الأولية و الثانوية (مثلا طلب علاج هرموني، طلب تدخل جراحي أو عمليات (تقنيات) آخري من أجل التشبه بالجنس الآخر عن طريق تغيير صفاته الجنسية الظاهرة أو التفكير في أن جنس ولادته (جنسه الأصلي) ليس بالمثالي.

ت العاطفة ليست مصاحبة. العاطفة مسئولة عن النمط الجيني للخنثى.

العاطفة نابعة عن معاناة إكلينيكية (سريرية)كبيرة أو عن تدهور التسيير الاجتماعي المهني أو على مستوى مجالات أخرى ذي أهمية .

سابعا العلاج النفسي لاضطرابات الهوية الجنسانية عند المراهق

حتى سبعينيات القرن الماضي، كان العلاج النفسي هو العلاج الرئيسي لاضطراب الهوية الجنسانية وكان يهدف عمومًا إلى مساعدة الشخص على التكيف مع الخصائص الجنسية الجسدية المتسقة مع جنس الولادة. .العلاج النفسي هو تفاعل علاجي يهدف إلى علاج مشكلة نفسية. على الرغم من أن بعض الأطباء لا يزالون يستخدمون العلاج النفسي فقط لعلاج لاضطراب الهوية الجنسانية ، إلا أنه يمكن استخدامه الآن بالإضافة إلى التدخلات البيولوجية كمرافقة أو دعم بالتوازي مع الانتقال البدني.

من خلال تدخلات العلاج النفسي المختلفة، بدءًا من العلاج الفردي إلى العلاج العائلي والجماعي. والتدخلات الاجتماعية والتعليمية زتحسين العافية النفسية، وجودة حياة الحالة ، ورضاه عن لذاته. لا يهدف العلاج السلوكي إلى تغيير الهوية الجنسية. بل يمكن أن يساعده العلاج على مواجهة المخاوف المتعلقة بنوع الجنس وإيجاد طرق لتخفيف حدة اضطراب الهوية الجنسية. أي مساعدته في الشعور بالراحة عند التعبير عن هويتك الجنسية بما يحقق لك النجاح في العلاقات والتعليم والعمل. ويمكن أن يتصدى العلاج أيضًا لأي مخاوف أخرى مرتبطة بالصحة العقلية. مفيدة أيضا. ومن المهم أن تكون هذه الأنشطة منسقة بشكل جيد ومتكاملة في خطة إدارية شاملة

يهدف هذا العلاج النفسي وتشمل مراحل العلاج النفسي مايلي

الوعي: يجب على المعالج النفسي جعل الحالة يعي بالاضطراب الذي يعاني منه . أي الاعتراف بمشكلة الهوية الجنسية من خلال تشخيص اضطرابه وتوضيح حالة عدم التوافق التي يعيشها .

مواجهة اكتشاف الذات : تتمثل مهمة المعالج في تسهيل فهم والتعبير عن شعوره من خلال استكشاف العوائق التي تعترضهم لتشجيع استكشاف العلاقة بين العقل والجسد وماذا يريد هل يعدل جسده؟ أو يقبل نفسه ؟.

معالجة الآثار العقلية والعاطفية للضغوط الناتجة عن التعرض للتفرقة والتمييز بسبب الهوية الجنسية وهذا لتحقيق الانسجام المحتمل للحالة في نظام أسرته ومجتمعه هذه الخطوة أساسية لأن مواقف الحالة السلبية المضادة والقلق أحيانًا و حالات الرفض التي حدثت سابقًا حواجز أمام القبول. من خلال إعادة صياغة مشاعر العار والرفض والإذلال التي عانى منها

استكشاف الهوية الجنسية والتآلف معها وتقبل الذات وذلك عن طريق إعادته إلى الواقع مع استمرار الاستكشاف النفسي والدعم والمراقبة البدنية.

تعديل السلوك بتعزيز الكلاسيكي لاطفاء السلوكيات التي لاتنطبق مع مورفولوجية الجسدية من خلال التركيز على الايماءات و الكلام .

الدعم الاجتماعي من الأقارب والأصدقاء والأقران الذي يشكّل عاملاً وقائيًا ضد الإصابة بالاكتئاب أو التفكير في الانتحار أو محاولات الانتحار أو القلق أو السلوكيات عالية الخطورة

خاتمة:

انطلقنا في دراستنا النظرية في بحث اضطراب الهوية الجنسانية لدى فئة المراهقين من حيث أنها اضطراب نفسي قابل للتطويع، واخترنا فترة المراهقة لأنها تقابل البلوغ الجنسي. يتحدد هذا الاضطراب الجنساني بعدم الرضا الجنساني وممارسة المراهق المضطرب جنسانيا بسلوكيات الجنس الآخر.

ما يميز الاضطراب الجنساني لدى المراهقي في كونها نمائية تنطوي على عدم التوافق بين الجانب البيولوجي من حيث أعضائه التناسلية والنفسي والاجتماعي .

يسبب اضطراب الهوية الجنسية لدى المراهقين شعور بالاختلاف بين هوياتهم الجنسانية الداخلية والجنس المحدد عند الولادة،

وقد أدرج اضطراب الهوية الجنسانية في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5)، الذي تنشره الجمعية الأمريكية للطب النفسي. ويعتمد تشخيص المرض أساسا على التشخيص النفسي والتكفل المبكر لمساعدة المراهق في التوازن النفسي وحمايته من الانحراف

التوصيات : في ضوء ماسبق نخلص الى التوصيات التالية :

-تجنب إنشاء أنشطة بين الفتيات/الفتيان في لعبة ما .

-التثقيف الجنسي منذ الطفولة .

- التربية الجنسية للطفل.

- احترام كيفية تعريف الطفل أو المراهق لأنفسهم وعلى نطاق أوسع كرامته.

- مناقشة مع المراهقين قضايا الهوية والتوجه الجنسي.

- تجنب الدخول في نقاش حيث لا يمكنك التحكم في المداخل والعموميات

المصادر :

القرآن الكريم

المراجع :

بالعربية :

الجسماني،عبدالعالي.(1994).سيكولوجيةالطفولة والم ا رهقة وحقائقها الأساسية).ط .1).الكويت:دار العربية للعلوم

السعداوي نوال(1990)، المرأة و الجنس ، ط 4. الاسكندرية - دار ومطابع المستقبل .

الصالح، خالد.(2013).مجتمعنا يعاني من ظواهر الشذوذ الجنسي. صحيفة الشرق،العدد165.

تيسير،حسون.(2004) .المرجع السريع إلى الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعتدل للاضطرابات النفسية).د.ط.(دمشق:مشفى ابن سينا الأم ا رض النفسية.

جسماني عبد العلي، (1994).سيكولوجية الطفولة و المراهقة و حقائقها الأساسية، ط1، بيروت ، الدار العربية للعلوم

خالد محمد عبد الغني ،(2014) اضطراب الهوية الجنسية والقلق والضغوط – دراسات حالة تطبيقية -، عمان ، الوراق للنشر و التوزيع .

عكاشة ،أحمد (2007)، الطب النفسي المعاصر ، القاهرة ،مكتبة الأنجلو المصرية

كامل أحمد،(1998) سيكولوجية نمو الطفل: دراسات نظرية و تطبيقات عملية، ب ط ،القاهرة،.مركز الإسكندرية.

بالفرنسية :

1.Chaillet, M.-A.Croco,et autres ,Mini DSM –IV Critères diagnostiques ,Masson Paris ,

2.Reber.A1995 ;Dictionary of psychology england penguin ; Books 2nd

المواقع الالكترونية :

https://www.maghrebvoices.com/2017/06/24/

https://www.google.com/

Peggy Cardin-Changizi, (2022),« Dysphorie de genre : symptômes, traitement, c'est quoi ?

« https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-psycho-psychiatrie/2821603-dysphorie-genre-symptomes-cause-traitement

التنشئة الاجتماعية الخاطئة ودورها في ظهور الاضطرابات الجنسية

Wrong socialization and its role in the emergence of sexual disorders

د.مسعودة منتصر/ جامعة حمه لخضرالوادي / الجزائر
Dr.mountasser messouada/ Hamma Lakhdar El-Oued University/ Algeria
ط.د زنيررشا/ جامعة حمه لخضرالوادي /الجزائر
s.d zennir racha/ Hamma Lakhdar El-Oued University/ Algeria

الملخص :

يعتبر النشاط الجنسي للفرد عملية ووظيفة طبيعية، تنمو وتتطور مع الإنسان خلال كل مراحل حياته، وتسعى التربية إلى تهذيب مكونات هذا النشاط، من رغبات و غرائز وميولات من خلال التنشئة الاجتماعية، التي تهدف إلى تحويل الفرد من كائن بيولوجي إلى كائن اجتماعي، له القدرة على الضبط الذاتي لرغباته وشهواته، وإشباعها بطريقة سليمة سوية من جهة، وأن تكون مقبولة اجتماعيا تتماشى مع القيم الجنسية، والسلوك الاجتماعي المقبول داخل حيز ثقافتهم، وبيئتهم من جهة أخرى، كما تسمح للفرد بتكوين اتجاهاته الخاصة وميولاته، وهذا لا يكتسبه إلا من مصادر التنشئة، وعلى رأسها الأسرة والبيئة الاجتماعية والمؤسسات التعليمية.

ومن هنا يمكننا القول انه في حالة تعرض الفرد إلى أي نوع من أنواع التنشئة الاجتماعية غير السليمة، تؤدي إلى عدم اكتساب تربية جنسية سليمة، ومنه لسلوكيات شاذة غير مقبولة اجتماعيا، نذكر منها الاضطرابات الجنسية paraphilia، وهي اضطرابات يكون الموضوع الجنسي فيها ليس مثير بالنسبة للأسوياء، يمكن القول أنها تخيلات للإثارة الجنسية، متكررة وشاذة، تنطوي على أشياء جامدة أو حيوانات أو أطفال.

وهذا ما سيكون فموضوع مداخلتنا الموسومة ب "أساليب التنشئة الاجتماعية الخاطئة ودورها في ظهور الاضطرابات الجنسية" .

الكلمات المفتاحية : التنشئة الاجتماعية ،الاضطرابات الجنسية، الطفل، المجتمع ،الاسرة.

Abstract:

The sexual activity of the individual is considered a natural process and function, which grows and develops with the person during all stages of his life, Which aims to transform the individual from a biological being into a social being, with the ability to self-control his desires and desires, and to satisfy them in a sound manner on the one hand, And to be socially acceptable in line with sexual values, acceptable social behavior within their cultural space, and their environment on the other hand, It also allows the individual to form his own tendencies and

inclinations, and this can only be acquired from the sources of upbringing, especially the family, the social environment and educational institutions.

Hence, we can say that if the individual is exposed to any kind of improper socialization, it leads to not acquiring a sound sexual education, and from it to abnormal behaviors that are socially unacceptable, We mention paraphilia, among them sexual disorders, These are disorders in which the sexual subject is not exciting for normal people, It can be said that they are erotic fantasies, recurrent and abnormal, involving inanimate objects, animals or children.

KeyWords: Socialization, sexual disorders , child, society,family.

مقدمة :

ان مرحلة الطفولة من أهم مراحل نمو الانسان ،خلال هده المرحلة يتعرف الطفل على ذاته وجسده وتطور فيها نشاطه الفكري ،المعرفي ،الاجتماعي والجسدي ، ولعل هذا الأخير يعتبر أهم ما يثير فضول الأطفال، فهم يسعون دائما لمعرفة ما يجهلونه عن ذواتهم و أجسادهم و كل ما له علاقة بحاجيات اجسامهم الفيزيولوجية، و عادة ما يظهر هذا الفضول في سن مبكر على شكل أسئلة متكررة موجهة لابائهم، وعادة ما تبدأ بالسؤال عن أعضائهم التناسلية و محاولة لمسها ،من هنا تظهر أهمية التربية الجنسية للأطفال والتي تهدف الى تعريفهم على وظيفة من وظائف جسدهم الطبيعية و نشاطهم الجنسي بطريقة سليمة، بعيدة عن الشدود، يستطيع فيها التحكم و الضبط الذاتي لهذا النشاط والرغبات المصاحبة له، واشباعها بطريقة صحيحة مقبولة اجتماعيا تتماشى والمعتقدات الجنسية للمجتمع الذي يعيش فيه. ولا تتحقق هذه التربية إلا عن طريق التنشئة الاجتماعية و هي "العملية التي يستطيع الأفراد المنشؤون اجتماعيا بمقتضاها كبح نزواتهم ،وتنظيمها وفق متطلبات المجتمع، ونظامه الاجتماعي السائد، ويكون سلوكهم هذا متناقضا لسلوك الافراد غير المنشئين اجتماعيا، والذين تؤدي أنانيتهم في اشباع نزواتهم للإضرار بالأخرين وبسلامة المجتمع " (الخطيب، 2001)، من هنا يمكننا القول ان عملية التنشئة الاجتماعية هي عملية تصاحب الانسان طوال فترة حياته تؤثر على شخصيته و مواقفه و توجهاته و ميولاته بصورة ايجابيه أو سلبية بطريقة مباشرة، أو غير مباشرة من خلال عوامل عديدة كالتربية و الدين والتعليم و العادات و التقاليد وتأثيرات الإعلام و العولمة و مواقع التواصل الاجتماعي و غيرها.

على الرغم من كل الايجابيات التي تحملها عملية التنشئة الاجتماعية للفرد يمكن لها ان تؤثر عليه بطريقة سلبية في حالة ما كانت عن طريق أساليب خاطئة يمكن لها أن تكون سببا مباشر أو غير مباشر، عامل مفجر بمساعدة عوامل أخرى في ظهور العديد من الاضطرابات، خاصة الاضطرابات ذات الصلة بالمعتقدات و الميولات وعلى رأسها الاضطرابات الجنسية "البارافيليا"، وهو اضطراب يكون الموضوع الجنسي فيه شاد وغير مثير، فهو ولع جنسي غير نمطي والمنبهات الجنسية فيه غير

عادية ولا تثير الاشخاص الاسوياء ،يتم تشخيص هذا الاضطراب حسب الدليل التشخيصي و الاحصائي للاضطرابات النفسية في حالة كان المثير الجنسي الشاد الوسيلة الوحيدة للإثارة و الجذب الجنسي لمدة لا تقل عن 6اشهر تسبب قلق دائم و مستمر اكلينيكيا اواجتماعيا او مهنيا مع ضرورة ان تكون هذه الشهوات الجنسية تحقق شرط الاذية الجسدية و النفسية و ان تكون متضمنة اشخاص غير راغبين بهذا الفعل.

لو اردنا البحث في اسباب هذا الاضطراب فإننا لن نجد سببا مباشر مسؤول مباشرة في ظهوره لكن يمكننا التطرق لبعض العوامل المفجرة له او المساعدة على ظهوره. على غرار أساليب التنشئة الاجتماعية الخاطئة و دورها في ظهور البارافيليا .

مشكلة الدراسة :

ان الاضطرابات النفسية في مجملها تتميز باختلالات اكلينيكية سواء في ادراكات الفرد و اتجاهاته و ميولاته نحو مواضيع معينة هذا من جهة او في ضبط سلوكاته و كبح نزواته و تقنين رغباته حتى تكون مقبولة في المجتمع الذي يعيش فيه من جهة اخرى ،والاضطرابات الجنسية من الاضطرابات التي تسبب للأفراد غير الاسوياء في نشاطهم الجنسي قلقا دائما في جميع وظائفهم الحياتية اجتماعية كانت او نفسية من خلال خلق عدم استقرار و توازن بسبب صعوبة عدم اشباع رغباته الغير نمطية بالإضافة الى الضرر الممكن ان يصيب الاخرين بسبب انانيته و محاولاته في تلبية حاجياته الغير مقبولة، هذا ما دفعنا للبحث في اسباب هذا الاضطراب ومحاولة اسدال الستار عن مختلف اساليب التنشئة الاجتماعية الخاطئة التي يمكن ان يتعرض لها الافراد من مصادرها المختلفة وتكون عامل مفجرا او سبب مساعد مباشر او غير مباشر في ظهورها ،من هنا جاء تساؤلنا :" الى اي مدى تلعب اساليب التنشئة الاجتماعية الخاطئة دورا في ظهور الاضطرابات الجنسيةّ ؟ "

أهداف الدراسة :

محاولة تسليط الضوء ومحاولة الكشف عن:

- بعض اساليب التنشئة الاجتماعية الخاطئة التي تطبقها الاسرة و المجتمع و الثقافة على الفرد و التى يمكن ان تكون سبب في ظهور الاضطرابات الجنسية

-اهمية التربية الجنسية من طرف الاباء لضمان نمو جنسي سليم لأطفالهم تقيهم من الاضطرابات الجنسية مستقبلا .

أهمية الدراسة :

ان انتشار الاضطرابات الجنسية و الاخطار الناجمة عنها سواء على الفرد من خلاله عدم الاستقرار والتوازن النفسي الذي يصيبه بسبب عدم قدرته على اشباع رغباته ذات الطابع الشاذ والمرفوضة اجتماعيا وبعضها الممنوع قانونيا او من خلال الضرر الممكن ان يسببه للأخرين عند محاولة البحث عن ما يشبع هذه الرغبة الغير طبيعية يجعلنا نحاول البحث على كل ما يمكنه التأثير بطريقة مباشرة او غير مباشرة في ظهور اضطراب البارافيليا على غرار اساليب التنشئة الاجتماعية الخاطئة بغرض التوعية بمخاطرها على الفرد و المجتمع و الوقايه منها.

مصطلحات الدراسة:

1-التنشئة الاجتماعية Socialization :

جاء في لسان العرب لابن المنظور كلمة تنشئة من الفعل نشأ ،ينشأ، نشوءا او نشاءا بمعنى ربا و شب. (المنظور، 1991)

يشير معنى التنشئة الى انها عملية يتعلم من خلالها الطفل المعتقدات و السلوكات و القيم و كل مايجعله قادر على التفاعل اما التنشئة الاجتماعية نقصد بها العملية التي من خلالها يتحول الفرد من كائن بيولوجي الى كائن اجتماعي له القدرة على التفاعل الاجتماعي ،كما تعرف التنشئة الاجتماعية على انها "عملية تعلم و تعليم وتربية ،تقوم على التفاعل الاجتماعي، وتهدف إلى إكساب الفرد سلوكات ومعايير واتجاهات مناسبة، لأدوار اجتماعية معينة ،تمكنه من مسايرة جماعته، والتوافق الاجتماعي معها، وتكسبه الطابع الاجتماعي ، وتيسر له الاندماج في الحياة الاجتماعية" (زهران، 2000)

و عليه فان التنشئة الاجتماعية نقصد بها كل الطرق و السبل التي ننتهجها بغرض تحقيق عملية تعليم و تعلم السلوكات و زرع للمعتقدات و الاتجاهات و الميولات بشكل مقبول اجتماعيا يسمح للفرد بالاندماج و التفاعل داخل مجتمعه.

2-الاضطرابات الجنسية sexual disorders :

وهو مصطلح يصف الرغبة الجنسية غير الطبيعية والسلوكيات والتصرفات غير الفطرية؛ ففي هذه الحالة يشعر الأشخاص بالرغبة الجنسية تجاه أشياء أو أغراض غير طبيعية وغالبًا ما يكون الشذوذ الجنسي مرضًيا؛ خاصةً أنّ هذه السلوكيات أو الرغبات الجنسية تلحق ضررًا بالشخص نفسه أو بمن حوله، كما تمنعه غالبًا من عيش حياته بصورة طبيعية.

3- الطفل child :

مفهوم الطفل في الاصطلاح فإنَّه مبنيٌّ على المرحلة العمريّة الأولى من حياة الإنسانِ والتي تبدأُ بالولادةِ، إذ تَتَّسمُ هذه المرحلة المُبكّرة من عمر الإنسانِ باعتمادِه على البيئة المُحيطة به كالوالدين والأشقّاء بصورة شبه كليَّة، وتَستمرّ هذه الحالة حتَّى سنَّ البلوغ. (القرطبي م.، 1964)

4-المجتمع society :

ممكن تعريفه على أنّه عدد كبير من الأفراد المستقرّين الذين تجمعهم روابط اجتماعية ومصالح مشتركة ترافقها أنظمة تهدف إلى ضبط سلوكهم ويكونون تحت رعاية السلطة. (الجزولي، 2014).

5-الاسرة family : هي نسق و جماعة صغيرة تتكون من شخصين فاكثر يرتبط افراد هذا النسق بالدم او الزواج .

و المجتمع هو أكبر جماعة يمكن أن ينتمي إليها الأفراد، وله القدرة على التكيّف بذاته، وأن يكون مكتفياً بحيث يستمر إلى اللاّنهاية، ويُعتبر من الصعب أن تُرسم حدود معيّنة وثابتة لأيّ مجتمع معيّن، حيث إنّ هذه الحدود تتغيّر وتختلف باختلاف الأحوال، وحسب الغرض المراد من تحديدها. (الجوهري، مدخل لعلم الاجتماع)

1- عوامل و أسباب ظهور الاضطرابات الجنسية :

إن أسباب الاضطرابات الجنسية لحد الساعة لاتزال غير واضحة و معلومة و على الرغم من هذا يوجد العديد من الدراسات والابحاث بهذا الخصوص تحاول البحث فيها بغرض ايجاد و فهم الاسباب الحقيقية التي تتسبب في ظهور البرافيليا .

1-1 الاستعدادات الفردية : توجد دراسات و ابحاث كثيرة تشير الى احتمال وجود علاقة بين ظهور البارافيليا و الافراط في التعرض لهرمون الاستروجين قبل الولادة هذا مايرجح فرضية ان التعرض لإصابات على مستوى الدماغ قد يلعب دورا في ظهور الاضطرابات الجنسية، وان للجينات الوراثية ايضا تؤثر أيضا لكنه تأثير ضئيل جدا مقارنة بتأثيرات البيئة و العوامل الاجتماعية و التنشئة الاجتماعية على هذا النوع من الاضطرابات.

2-1 التنشئة الاسرية : يرى عالم النفس سيغموند فرويد ان البرافيليا تنشأ من خلل في مرحلة النمو الجنسي للفرد وانها تعكس عدم القدرة على التكيف و تحويل نشاط جسده ورغبات نفسه بشكل صحيح و يعزو هذا الخلل الى العوامل النفسية والتجارب القاسية التي يمر بها الفرد نذكر منها:

1-2-1 التعرض لاعتداء جنسي : ان تعرض الطفل لاعتداءات جنسية في محيطه و في سن مبكرة قد يسبب له صدمات وكبت حاد يمكن ان تظهر فيما بعد على شكل اضطرابات جنسية.

1-2- 2 الاهمال الجنسي : و هو عدم تلبية حاجيات الطفل وعدم الحرص على تلقينه و تعليمه كل ما يخص جسده و الوظائف التي قوم بها هذا الاخير بشكل صحيح يتماشى والمرحلة العمرية التي يمر بها.

3-2-1 المعاملة الوالدية : يمكن للمعاملة الوالدية كالعنف و الاهمال العاطفي و انعدام الحب و الاهتمام و لغة سليمة للتواصل و الدعم النفسي خلال التنشئة الاجتماعية يؤدي بهم الى تلف الثقة بالنفس و شعورهم بالعزلة و الوحدة، كما تعتبر العلاقة الغير سليمة بين الوالدين مصدر من مصادر القلق والتوتر للطفل وتؤثر على صحتهم النفسية والعاطفية و الجنسية فيما بعد .

1-2-4 التربية الجنسية : قد يؤدي التقصير وانعدام التربية الجنسية للأطفال من طرف ابائهم وعدم الاجابة عن تساؤلاتهم و اشباع فضولهم بما تقتضيه المرحلة العمرية التي يمرون بها الى البحث عن الاجوبة من مصادر اخرى يمكن ان تكون خاطئة او تفهم بطريقة خاطئة .

1-2-5 الخجل المرضي والتشدد : قد يتعرض الفرد الى تربية متشددة بطريقة تشجع على الخجل والتقيد الجنسي ما يؤدي الى عدم قدرته على تطويره لمفاهيمه الجنسية بشكل صحيح.

1-2-6 التعرض المبكر للوسائل الاعلامية : تعرض الطفل الدائم في سن مبكرة الى محتوى جنسي شاذ من خلال الالعاب او التلفاز قد يؤثر في حياته ونشاطه الجنسي فيما بعد.

وعليه يمكننا القول ان البارافيليا قد تنشأ نتيجة لعدم القدرة على تحقيق الرغبات الجنسية الطبيعية و في علاقات جنسية طبيعية نتيجة لضعف في الشخصية و قلة الثقة بالنفس بسبب تنشئة اسرية غير سليمة يسودها العنف و الاهمال و غياب الدعم ،او من خبرات سيئة في الطفولة كالتعرض للاعتداءات الجنسية الصدمات.

2- العوامل الاجتماعية والثقافية و دور التكنولوجيا الحديثة في ظهور الاضطرابات الجنسية :

حضي موضوع الاضطرابات الجنسية في الآونة الخيرة اهتمام الكثير من الباحثين و لعل البحث في اسبابه اكثر ما يشغلهم لان معرفة الاسباب ييسر الوصول للعلاج و الوقاية، و ما يمكن قوله بهذا الخصوص ان كل الابحاث والدراسات اتفقت على ان العوامل الاجتماعية و الثقافية و التنشئة الاجتماعية لها دور كبير في ظهور الاضطرابات الجنسية ،سوآءا من خلال التعرض لمعتقدات خاطئة من طرف المجتمع تسبب تشوهات معرفية لمفهوم الرغبات و كل ماله علاقة بالميولات الجنسية الطبيعية خاصة في المجتمعات المتشددة و المحافظة جدا و التي لا تقبل الخوض لكل ماله علاقة بالحياة الجنسية للفرد و تعتبره من المحظورات، وعادة ما تكون نفسها المجتمعات التي تتبع تربية جنسية خاطئة مبنية على الترهيب تجعل الطفل يشعر دائما بالخجل و الذنب في حالة اراد فهم حاجة من حاجيات جسمه الطبيعية، فيكبت كل تساؤلاته وينعزل خجلا من هذا الفضول

بسبب شعوره بالذنب، هذا ما قد يؤدي به لإشباع هذا الفضول الى البحث على طريقة سرية تجيبه عن تساؤلاته الدائمة حول الحياة الجنسية، و في ظل العولمة و الانفتاح الذي يشهده العالم في الوقت الراهن، و الانتشار الواسع للتكنولوجيا و الانترنت و توفر هاذين الاخيرين لجميع فئات المجتمع تقريبا حتى الاطفال و مع صعوبة مراقبة كل ما يتعرضون له من هذا العالم بسبب عدم وجود ضوابط تأخذ بعين الاعتبار لهذه الفئة العمرية للمستخدمين و تحاول حجب كل ما لا يتلائم و مدركاتهم لما هو ايجابي وما هو سلبي ، يصبح هو الملجأ الوحيد الذي يجد فيه الطفل ما يبحث عنه، وهنا تصبح امكانية تعرضه للمواد الاباحية الشاذة او العنيفة ممكن ما قد يساهم في تكوين فكر مغلوط و منه سلوكات شاذة تؤدي بيه الى الاضطراب وهذا بسبب التعرض لتعلم خاطئ أثر في تشكيل معتقداته و ميولاته ومنه ممارساته في المستقبل، خاصة اذا صاحب هذا عملية الاشباع الذاتي التي تصبح مع التكرار المثير الوحيد للرغبة الجنسية لديه لارتباطه بالنشوة الجنسية، بمعنى اخر الوصول الى الذروة الجنسية من خلال الاستمناء بالتعرض للإباحية ذات الطابع الشاذ او العنيف، و هو نفس الحال في حالة حدوث عملية الاشباع الذاتي بصورة دائمة و متكررة في حضور مثير غير طبيعي خلال العملية، فيرتبط الشعور بالنشوة الجنسية بالمثير الغير طبيعي الدائم الوجود خلال عملية الاستمناء، فتصبح الاستجابة لهذا المثير الغير طبيعي شرطية مستقبلا .

الى جانب هذا فان التعرض لثقافات مستورة تعتبر بعض السلوكات الجنسية الغير اعتيادية امر طبيعي تحت شعار الحريات في المعتقد و الممارسات ،و الاحتكاك بأفراد تتبنى هذا الفكر و تدعمه يساهم و بشكل كبير في ظهور الاضطرابات الجنسية خاصة اذا كانا لتعرض لها في سن مبكرة .

المراجع:

الجزولي ,م .ب .(2014) .الشمائل النبوية و اثرها في اصلاح الفرد و المجتمع.

الجوهري ,م .(s.d.) .مدخل لعلم الاجتماع.

الخطيب ,س .ع .(2001) .نظرة معاصرة في علم الاجتماع المعاصر .القاهرة :النيل .

القرطبي ,م .(1964) .تفسير القرطبي .القاهرة :دار المتب المصرية.

المنظور ,ا .(1991) .لسان العرب .دار الطباعة و النشر بيروت.

زهران ,ح .ا .(2000) .علم النفس الاجتماعي .القاهرة :دار الكتب.

قراءة تحليلية سيميولوجية لصور البيدوفيليا عبر موقع تويتر

Analytical, semiological reading of images of pedophilia via Twitter

ط د.الزهرة ناصري/جامعة تيارت/ الجزائر
Zohra Naceri/University of tiaret/Algeria
ط د.صفاء قديري/جامعة تيارت/ الجزائر
Safa Guediri/University of tiaret/Algeria

ملخص الدراسة:

تهدف الدراسة إلى معرفة الأبعاد السيميولوجية لظاهرة البيدوفيليا من خلال الصور المنشورة على موقع التواصل الاجتماعي تويتر، وانطلاقا من هذه الدراسة، سنحاول التعرف على دلالات البيدوفيليا، ومدى مساهمة الصور المنشورة على موقع تويتر في التعريف بها وكذا الكيفية التي تساهم بها هذه الصور في الترويج ونشر هذه الظاهرة كسلوك جنسي مقبول في المجتمع. ولفهم مدلول هذه الصور والرسائل الألسنية المصاحبة لها، تم الاعتماد على المنهج السيميولوجي الذي يسمح باستخراج الرموز والدلالات وفهمها ضمن السياق الذي جاءت فيه، وذلك من خلال مجموعة من المقاربات التي تختلف بحسب شكل ومضمون الرسالة المراد تفكيكها لفهم مدلولاتها، وقد اعتمدنا في دراستنا على مقاربة رولان بارث لتحليل الصورة، وهي ترتكز على ثلاث مستويات للتحليل وهي: المستوى التعييني، المستوى التضميني والرسالة الألسنية. أما عن مجتمع الدراسة فيتمثل في كل الصور المعبرة والمروجة للبيدوفيليا المنشورة عبر موقع التواصل الاجتماعي تويتر، ولصعوبة حصر المجتمع الكلي سيتم اختيار عينة قصدية ممثلة في صورة لقت رواجا وخلقت ضجيجا إعلاميا حول موضوع البيدوفيليا من شركة BALENCIAGA للأزياء. من أهم نتائج الدراسة نجد أن الصورة المنتشرة على موقع التويتر تحمل العديد من الدلالات الرمزية المبطنة التي تروج للبيدوفيليا. وأن الشركات العالمية تستغل شهرتها وعدد متابعيها على منصة تويتر من أجل الترويج لمظاهر وسلوكيات شاذة على غرار البيدوفيليا بالاعتماد على التقنيات الحديثة للصورة.

الكلمات المفتاحية: بيدوفيليا، بيدوفيل، الأطفال، موقع توتير، سيميولوجيا، الصورة.

Abstract:

The study aims to know the semiological dimensions of the phenomenon of pedophilia through the images published on the social networking site Twitter, and based on this study, we will try to identify the indications of pedophilia, and the extent to which the images published on Twitter contribute to the definition of it, as well as how these images contribute to the promotion and dissemination of these The phenomenon as acceptable sexual behavior in society. In order to understand the meaning of these images and the linguistic messages accompanying them, the semiological approach was relied upon, which allows the extraction of symbols and connotations and understanding them within the context in which they came, through a set of approaches that differ according to the

form and content of the message to be dismantled to understand its meanings. In our study, we have relied on the Roland Barth approach for image analysis, which based on three levels of analysis: the designative level, the implied level, and the linguistic message. As for the study population, it is represented in all the expressive and promoting images of pedophilia published through the social networking site Twitter, and due to the difficulty of counting the total community, an intentional sample will be chosen represented in an image that was popular and created media hype about the subject of pedophilia from the BALENCIAGA fashion company. Among the most important results of the study, we find that the image spread on Twitter carries many implicit symbolic connotations that promote pedophilia.And that international companies are taking advantage of their fame and the number of their followers on the Twitter platform in order to promote abnormal appearances and behaviors such as pedophilia, by relying on modern image technologies.

Keywords: Pedophilia, pedophile, children, twitter, semiology, photo.

مقدمة:

تعد البيدوفيليا مظهرا من مظاهر الاضطرابات الجنسية، فهي تعبر عن سلوك جنسي غير سوي بين فئتين عمريتين مختلفتين في المجتمع، ينجم عنه خروج عن الفطرة البشرية التي تحدد العلاقة الجنسية بين الذكر والأنثى وفق متطلبات ومعايير متفق عليها في المجتمع. بيد أن عدم العمل بهذه المعايير من قبل فئة قليلة أدى إلى إحداث خلل جزئي على مستوى منظومة العلاقات الاجتماعية، ما استدعى تفعيلا للحس الجماعي ليقف ضد هذه الظاهرة. فالمبادئ التي تربى عليها كل فرد وكذا المنطق والفكر يأبى قبول هكذا انحرافات ناهيك عن دعمها. لهذا ندر الحديث عنها لأحد السببين الأول قلة ممارسة البيدوفيليا باعتبارها سلوك من المشين تواجده في المجتمع دينيا وأخلاقيا والثاني هو لتكتم المعتدى عليهم من الأطفال أو أهاليهم عند حدوثها إلا أن الأمر الذي أدى لبروز الظاهرة للعلن كموضوع للنقاش واعتبارها حرية ممارسة مؤخرا هو انعكاس ثورة الاتصال وثورة التكنولوجيا على حياة الأفراد، واحداثها لتغيرات سريعة عليها من خلال تشكل مجتمعات افتراضية موازية لمجتمعاتهم الواقعية سمحت بإنشائها مواقع التواصل الاجتماعي التي تمتاز بسهولة الاستخدام وسرعة الانتشار وكذا العدد الهائل من المستخدمين المتفاعلين مع المضامين المنشورة عبرها. فنظرا إلى التسارع الحاصل في مجال الحصول على المعلومة ونشرها -بمختلف أشكالها سواء كانت

نص، صورة، فيديو، -وكذا التطور التقني الذي تعرفه مستويات إخراج الصورة بجودة فائقة الدقة بمقاسات وأبعاد جذابة للمشاهد لها، بات من السهل توظيف أجندات جنسية تخدم أطرافا بعينها، تروج لإشتهاء الأطفال وتبيح ممارسة علاقة جنسية معهم من خلال رسائل مبطنة ضمن تفاصيل مدرجة في المضامين المنشورة عبر مواقع التواصل الاجتماعي من بينها ما الصور الترويجية التي نشرتها شركة الأزياء العالمية BALENCIAGA حول حقيبة دب فاخرة ما يستدعي البحث عن مدلولاتها من خلال فك رموزها وألوانها والعبارات المصاحبة لها خاصة بعد الضجة التي أحدثها المغردون حولها عبر موقع تويتر .

ومن هنا نطرح **التساؤل الرئيسي**: ماهي الأبعاد السيميولوجية لظاهرة البيدوفيليا من خلال الصور المنشورة عبر موقع تويتر؟

وهذا يقودنا إلى **التساؤلات الفرعية** التالية:

- ما هي دلالات البيدوفيليا من خلال الصور المنشورة عبر موقع تويتر؟
- كيف ساهم موقع تويتر في التعريف بالبيدوفيليا؟
- كيف تساهم الصورة في الترويج لظاهرة البيدوفيليا كسلوك جنسي مقبول في المجتمع؟

- **تحديد المفاهيم والمصطلحات**
- **البيدوفيليا:**

اصطلاحا: على كل إثارة يتعرض لها الطفل أو الطفلة عن عمد، وذلك بتعرضه للمشاهد الفاضحة أو الصور الجنسية أو العارية، أو غير ذلك من مثيرات كتعمد ملامسة أعضائه التناسلية أو حثه على لمس أعضاء شخص آخر أو تعليمه عادات سيئة -كالاستمناء مثلا-فضلا عن الاعتداء الجنسي المباشر في صوره المعروفة، الطبيعي منها والشاذ. (إ. السيد 2004، بدون صفحة)

كذلك هو إستخدام الطفل لإشباع الرغبات الجنسية لبالغ أو مراهق ويشمل تعريض الطفل لأي نشاط أو سلوك جنسي يكون مجبرا من خلاله مهددا بالإيذاء ويحدث دون وعيه وإدراكه، ويتضمن ملامسة الضحية أو حملها على ملامسة المتحرش جنسيا ومن أشكاله المجامعة، بغاء الأطفال، الاستغلال الجنسي عبر الصور الخليعة والمواقع الإباحية. (مقلاتي و سواكري 2021، 89)

إجرائيا: هو سلوك جنسي شاذ غير مقبول اجتماعيا يقوم به شخص بالغ فوق سن 16 حيث يبدأ بالاشتهاء الجنسي للأطفال دون السن 13 وينتهي بالاعتداء عليهم.

- **البيدوفيل:**

اصطلاحا: هو شخص غالبا يتمتع بقدرات عقلية وسط أو معتدلة، لذلك فهم يعيشون في المجتمع بصفة عادية جدا وينقضون على فريستهم من الأطفال بكل عناية وذكاء شديدين. (عرزي 2021، 141)

إجرائيا: هو كل شخص بالغ يعاني من اضطراب جنسي تجاه الأطفال.

- **الأطفال:**

اصطلاحا: هو أي شخص يقل عمره عن 18 سنة. (المادة 01 من اتفاقية حقوق الطفل بلا تاريخ)

إجرائيا: هو كل فرد ينتمي إلى الفئة العمرية من 0 سنة إلى 13 سنة، والذي يمكن أن يتعرض للاشتهاء أو الاعتداء الجنسي من قبل شخص سنه فوق 16 سنة.

- **صورة:**

اصطلاحا: كل تقليد تحاكيه الرؤية في بعدين (رسم، صورة) أو في ثلاث أبعاد (نقش، فن، التماثل)، كما أنها دعامة من دعائم الاتصال، إذ تتميز بقدرة اتصالية فائقة... ووفقا لسيميولوجيا الأيقونة، فالصورة هي نظام يحمل في الوقت نفسه المعنى والاتصال ويمكن أن تتعتبر إشارة أو أداة وظيفتها نقل الرسائل. (الحساني د س ن، 9 - 10)

إجرائيا: هي الصور المنشورة عبر موقع تويتر تحمل رسائل مشفرة عن بيدوفيليا.

- **تويتر:**

اصطلاحا: هو شبكة معلومات فورية تصلك بآخر الأخبار عما يثير اهتمامك، ويتم الاتصال بواسطة تغريدات يطلق عليها (Tweets) وتعرف بأنها تدوينات قصيرة (post) تسمح بحمل ملفات تتضمن الصوت والصورة، والروابط المكملة للمضمون. (فهد 2022، 429)

إجرائيا: هو شبكة اتصال رقمية يشترك فيها الأفراد للتعبير عن أرائهم وأفكارهم من خلال تغريدات.

- **منهج الدراسة:**

المنهج السيميولوجي هو "مدخلا مغايرا للتحليل والتفسير يتيح النفاذ إلى البنية العميقة للنظام الحاكم للاتصال الإنساني بشكل عام والاتصال غير اللفظي بشكل خاص". (الهامي 2015، 6). والتحليل السيميولوجي حسب رولان بارث" (Roland Barth) يعد شكلا من أشكال البحث الدقيق في المستويات العميقة للرسائل الأيقونية والألسنية على حد سواء يلتزم فيها الباحث الحياد تجاه الرسالة. من خلال الوقوف على الجوانب السيكولوجية والاجتماعية وكذا الثقافية التي من شأنها أن تدعم التحليل" .(شقير،2015، 6) أو هو كما يعرفه اللغوي الدنماركي" لويس هايمسلف" (LOUIS) (HJEMSLEV) .يعتمد التحليل السيميولوجي مبادئ ضرورية في مراعاة النصوص السردية وهي كالتالي:

أ) تحليل محايث Analyse Immanente:

"يقصد به البحث عن الشروط الداخلية المتحكمة في الدلالة، وإقصاء كل ما هو إحالي خارجي، كظروف النص، سيرة المؤلف وافرازات الواقع الجدلية، وعليه فالمعنى يجب أن ينظر إليه على أنه أثر ناتج عن شبكة من العلاقات الرابطة بين العناصر، ومن ثم فالتحليل المحايث يتطلب الاستقراء الداخلي للوظائف النصية التي تساهم في توليد الدلالة، ولا يهمها العلاقات الخارجية ولا الحيثيات السوسيوتاريخية التي أفرزت عمل المبدع. كما أنها تبحث عن تحديد شكل المضمون عبر العلاقات التشاكلية أو التضادية الموجودة بين العناصر داخل العمل الفني نفسه" (شرشار 2017-2018، 36).

ب)تحليل بنيوي Analyse Structurale:

"وينظر من خلاله إلى المعنى باعتباره مكتسبا لوجوده بالاختلاف وفي الاختلاف، وبالتالي فإن إدراكه يفترض وجود نظام مبني على مجموعة من العلاقات، تتوقف عليها دلالة النص، كما يتطلب التحليل البنيوي الدراسة الوصفية الداخلية للنص، ومقاربة شكل المضمون". (الأحمر 2000، 61).

ج) تحليل الخطاب Analyse Discours :

"تفترق السيميائية النصية عن لسانية الجملة، لأن الأخيرة تركز على الجمل في تمظهرها البنيوي أو التوزيعي تريد فهم كيفية توليد الجمل اللامتناهية العدد، وكيفية توزيع الجمل حسب مكوناتها الفعلية والاسمية والحرفية مع تحديد وظائفه التداولية، في حين أن السيميائية تبدو أكثر شمولية واتساعا من ذلك،تحاول البحث عن كيفية توليد النصوص و اختلافها سطحيا و اتفاقها عميقا". (شرشار, 2018, 36).

يعتمد المنهج السيميولوجي في تحليله للرموز أو العلامة على مجموعة من المقاربات، تختص كل واحدة أو أكثر في التعامل مع شكل من أشكال الرموز الخاضعة للتحليل كما تختلف باختلاف الباحث. يلجأ الباحث في المجل السيميولوجي إلى هذه المقاربات للمساعدة في تحليل الظاهرة المدروسة واستشفاف مظاهر اللبس فيها. يشير مصطلح المقاربة لغة " إلى الاقتراب من الشيء دون تحديده تحديدا واضحا وكون ذلك خصوصا في مجال العلم الذي يعتبر نسبيا وقد انتشر هذا المصطلح حديثا، بهدف عدم الجزم جزما قاطعا بالنتائج العلمية المتوصلإليها في أي ميدان من الميادين". (طكوك،2010، 85).

مقاربة رولان بارث

ورد في التراث المتخصص في التحليل السيميولوجي عدة شبكات تحليلية للصورة الثابتة بالذات، تَم اقتراحها من طرف مناهجة تحليليين اعتمد معظمهم على ثلاثية "بارث" في تحليله لصورة إشهارية ثابتة لعجائن إيطالية. (دليو 2019، 23) والتي يستخلص منها أن الصورة الإشهارية حاملة لثلاث رسائل هي:

1-الرسالتان الأيقونيتان :

أ-الدلالة التعيينية (Dénotation): "وهي القراءة الأولية السطحية للرسالة وهو ما يقابل الدال عنددي سوسير.

ب-الدلالة التضمينية (Connotation): وهي القراءة المعمقة للرسالة، وهي القراءة الثانية للنص والخطاب والصورة واستكشاف دلالتها والقيم الرمزية التي تحملها، تحدد هذه الدلالة القيم

الثقافية والاجتماعية لكل مجموعة بشرية، كما يقول "يالمسلاف": " إن التضمين هو النظام الثاني للفهم الأيديولوجي، الاجتماعي". (شيقر، 2015، 90-91)

2- **الرسالة الألسنية(اللسانية):** تتمثل الرسالة اللسانية للصورة في الشعار أو العنوان أو النصوص المكتوبة الأخرى... و الرسالة اللسانية المرافقة للصورة تدمج الانفعالات و العواطف ورغبات المتلقي و المشاهد للصورة", (بلخيري 2016، 152) بمعنى آخر "هو المجال الذي يتم فيه دراسة علاقة الكلمة –الرسالة اللغوية- بالمكونالإيقوني- الصورة" (يخلف 2012، 122)، من خلال استقراء الوظائف التالية :

1-وظيفة التوجيهFonction d'orientation: الصورة ليست واضحة لأنها متعددة المعاني فهي لا تحمل معنى محدد، لكن النص المرفق أو الشعار يوجه المستقبل نحو معنى معين، مرغوب فيه.

2-وظيفة الترسيخ Fonction d'encrage: الترسيخ كما يقول باري هو نوع من التلاعب المتبادل بين الصورة و النص، يوجه القارئ نحو مدلولات خاصة وذلك لتثبيت سلسلة المعاني الطائفة.

3-وظيفة المناوبةFonction d'relais: تظهر هذه الوظيفة عندما تعجز الصورة عن أداء الشروحات اللازمة ... فيأتي دور الرسالة اللسانية للحد من المعاني العينية. (بلخيري 2016، 153)

- **مجتمع البحث وعينة الدراسة:**

مجتمع البحث: يتمثل مجتمع البحث في جميع صور البيدوفيليا المنشورة عبر الأنترنت بصفة عامة، ومواقع التواصل الاجتماعي بصفة خاصة.

العينة القصدية: العينة التي يقوم الباحث باختيار مفرداتها بطريقة تحكمية لا مجال فيها للصدفة، بل يقوم هو شخصيا باقتناء المفردات الممثلة أكثر من غيرها لما يبحث عنه من معلومات، وهذا لإدراكه المسبق ومعرفته الجيدة لمجتمع البحث، وبالتالي لا يجود صعوبة في سحب مفرداتها بطريقة مباشرة. (مرسلي 2010، 198)

وفي هذه الدراسة تم اختيار صورة واحدة تعبر عن البيدوفيليا من مجموعة من الصور المنشورة عبر موقع توتير، بأسلوب قصدي وذلك لتحقيقها لمجموعة من ا لشروط المتمثلة في:

- توفر الصورة على طفل دون سن 13سنة.
- توفر الصور على إيحاءات جنسية تعبر عن مظاهر بيدوفيلية.

الجانب التطبيقي:

1- بطاقة فنية لعلامة BALENCIAGA

هي علامة تجارية عريقة مخصصة للأزياء الراقية أنشأها مصمم الأزياء الإسباني كريستوفر بالانسياغاChristopher Balenciaga عام 1917 باسبانيا إلا أنه ونظرا للحرب الأهلية الإسبانية سنة 1936، اضطر إلى الانتقال إلى العاصمة الفرنسية باريس لتبدأ الشهرة الفعلية للعلامة ذلك لإرتباطهابشركات كيرينغKering التي تضم غوتشي Gucci وإيف سان لوران Yves Sain Laurent.

2- التحليل السيميولوجي للصورة الفوتوغرافية

أ) معلومات حول الصورة:

تمثل الصورة المراد تحليلها صورة فوتوغرافية نشرت بتاريخ2022/11/24 تم تحميلها من موقع تويتر لطفل يقوم بالترويج للماركة العالمية للأزياء BALENCIAGA. المصدر الأصلي للصورة الفوتوغرافية هو حساب شركة BALENCIAGAعلى الانستغرام تم التقاطها ضمن جلسة تصوير خاصة بحقيبة دب من تصميم الشركة، ونظرا لاحتواء الصورة على أساليب دعائية خفية روجت للبيدوفيليا قام المغردون بمشاركتها من الحساب الرسمي للشركة وتداولوها على موقع تويتر مما جعلها تتعرض للنقد فقامت الشركة بدورها بحذفها من موقع الانستغرام الخاص بها.

صورة لجلسة تصوير لشركة الأزياءBALENCIAGA

ب) تحليل الصورة:

المستوى التعييني

توضح الصورة الفوتوغرافية مشهدا لطفل بعمر لا يتجاوز الخمس سنوات، أبيض البشرة بملامح وجه جميلة وقصة شعر طويلة مجعدة من جهة رأسه اليسرى ومسرحة في جهة رأسه اليمنى، بلون أشقر مع غرة. يكتسي وجه الطفل شبه ابتسامة مع شفاه مفتوحة بشكل خفيف. يرتدي الطفل طقم رياضي بنفسجي اللون مكون من قميص وبنطال قصير مع حذاء بنفسجي فاتح اللون من نوع رياضي وجوارب بيضاء قصيرة. يقف الطفل بحذائه فوق الاريكة فاتحا قدميه بزاوية منفرجة خلال جلسة تصويرية حيث تم التقاط الصورة الفوتوغرافية بزاوية تصوير عادية بمستوى النظر محددة الأطراف بإضاءة طبيعية يصدرها ضوء الشمس الصادر عن النافذة المفتوحة على مصرعيها خلف

الطفل مباشرة أينتم قطع الجزء العلوي للنافذة والاكتفاء بالجزء السفلي منها فقط، بحيث يطل المنظر على حديقة المنزل ذات الأشجار الخضراء في أجواء ربيعية مشمسة.

أما بالنسبة للديكور فيتضمن أريكة رمادية اللون وضع في أعلى طرفها الأيمن ما يظهر وسادة سوداء اللون كتب عليها باللون الأبيض تكرار لكلمة BALENCIAGA وذلك بالبند العريض أما في الجهة اليسرى وضعت بطانية بيضاء اللون بقماش فرو النيفرين.

وضع فوق الطاولة البيضاء أمام الأريكة مجموعة من الكؤوس والاكواب يتوسطها كوب مشروبات بمصاصة فضي اللون على كلا جانبيه ثلاثة كؤوس زجاجية بأشكال وأحجام مختلفة كتب عليها في الوسط فوق شريط احمر كلمةBALENCIGA بجانبها الاخر أيضا كوب شوب للقهوة أسود به كلمة BALENCIGAمكتوبة باللون الأبيض و اسفل منها بخط اصغر كلمة paris وفي الجهة الأخرى كوب فخار للمشروبات الساخنة أسود وعليها نفس الكلمات بالإضافة إلى رمز يشبه الرقم ثلاثة باللونالأخضر اعلى الكوب.

يحتضن الطفل بيديه إلى صدره دب بنفسجي اللون بعيون زرقاء وأنف أسود مفتوح الذراعين يرتدي قبعة صغيرة صفراء اللون بربطة شعر رمادية منقطة بالأسود يرتدي الدب حزام أسود bondageركبت به قطع معدنية فضية ملفوفة حول عنقه متصلة بحلقة بها حزام ينزل أسفل البطن مع حزام لحمل الدب من الظهر.

المستوى التضميني

الصورة الفوتوغرافية خاصة بجلسة تصوير لشركة الأزياء العالمية BALENCIAGAتهدف من خلالها إلى التسويق إلى مجموعتها الملابس ربيع 2023 من بينها حقيبة الدب التي أنتجتها مؤخرا وللتسويق استعانت الشركة بمجموعة من الأطفال.إلا أن اختيار الطفل كان بناء على شروط من بينها أن يكون أبيض البشرة أملس وطويل الشعر بملامح وجه جميلة وبريئة بعيون سوداء دائرية وشفاه مكتنزة فكانت أول الرسائل المبطنة في اختيار هذه الملامح للطفل محور الصورة هو محاولة إظهاره بصورة جذابة من خلال تشبيهه بفتاة فالملابس وملامح الوجه توحي للوهلة الأولى بأنه ولد في حين أن

تصفيفة الشعر و إنزال الغرة توحي لكونها بنت أكثر من كونه ولد، فالمتعارف عليه أن الجمال يكون للجنس المؤنث والقوة والشدة تكون للجنس الذكوري الا أن محاولة الدمج بين الجنسين واختيار الطفل بهذه الملامح الأنثوية توحي بميولات جنسية غير سوية للجهة صاحبة الصورة في محاولة لإغراء مشاهديها البالغين و إثارة شهوتهم تجاه الأطفال.

وما يعزز ذلك حقيبة الدب البنفسجية المخصصة للبالغين. إذ تظهر الصورة طفلا يحتضن حقيبة لدب بملامح تنم عن ضحكة ساخرة بعيون زرقاء توحي بالمكر وكأنها مستعدة للانقضاض في أسرع وقت وهو عكس ما تحمله حقائب الأطفال عادة من شخصيات كرتونية أو حيوانات مرحة ولطيفة بألوان فاتحة وزاهية باعتبارها ألوان خفيفة تجذب انتباههم وتتناسب مع مرحلتهم العمرية. بحيث أن عيون الأطفال تميل عادة لاختيار الألعاب والحقائب ذات الألوان الباردة. المعروف عن الدب أنهرمز للحب، إلا أن الإشكالية تكمن في طوق الرقبةالأسود الذي ترتديه الدمية وهو ما يعرف بـ bondageرمزا للعبودية والذي يستخدم في ممارسة الربط أو تقييد الشريك لغرض الإثارة الجنسيةأاو الجمالية وهو ما يندرج ضمن الجنس القائم على الاستمتاع من خلال السيطرة والعقاب وتمثيل أدوار شهوانية بين المسيطر والمسيطر عليه.

وما يعكس الجانب الجنسي للصورة أيضا هو التوظيف المبالغ فيه للون البنفسجي في لباس الطفل وكذا الحقيبة إذ يعد أحد أكثر الألوان تأثيرا على الرغبة الجنسية والذي يعبر أيضا عن الحب المطلق والإخلاص ويعطي شعورا بالدفيء والقوة.

وما يوحي أنها ليست بالصورة الفوتوغرافية البريئة استخدامهم لطفل عمره أقل من 13 سنة للترويج لأدوات جنسية خاصة بالبالغين ما ينم عن عملية استغلال لهذه الفئة من أجل إظهاره بهيئة جنسية تجذب مشتهي الأطفال أو ما يعرف بالبيدوفيلي في محاولة لدعم هذه الظاهرة الشاذة.

فما الغرض من وجود حقائب ومواد إباحة خاصة بالبالغين وكذا وجود كؤوس للمشروبات الكحولية في إعلان من المفترض أن يكون بصيغة ومحتوى طفولي يضم ألعاب وأدوات؟ إلا أن يكون توظيفا للإعلان من أجل الترويج لشرعية اشتهاء الأطفال برسائل خفية.

لهذا فالظاهر أن الغرض من الصورة هو تسويق الماركة العالمية BALENCIAGAلحقيبتها الفاخرة إلا أن الرسالة المبطنة من الصورة هي محاولة للترويج للبيدوفيليا علنا في محاولة أولية لجس نبض المجتمعات لمعرفة رد فعلها إزاء هذا السلوك غير السوي.

وما يؤكد أن الشركة تعمدت توظيف أدوات جنسية تروج للبيدوفيليا هو حذفها للصور من على حسابتها على مواقع التواصل الاجتماعي وكذا تقديمها اعتذار على المحتوى المنشور عبر موقع الانستغرام بعدما تعرضت لحملة جماهيرية شرسة من قبل رواد مواقع التواصل الاجتماعي من أفراد ومشاهير و مؤثرون وحتى عارضي الأزياء المحسوبين على علامة بالانسياغا إذ دعو لمقاطعتها كردت فعل على ما تروجه من سلوكات جنسية شاذة متعلقة بفئة عمرية صغيرة ومحمية بموجب القيم المتعارف عليها في المجتمع وكذا من قبل القانون الذي يمنع أي انتهاكات جنسية ضدها. إذ أن للطفل أولويات أخرى في هذه المرحلة على رأسها اللعب والدراسة واكتساب المعارف من محيطه وذلك لبناء ذاته.

وإذا أخذناها من ناحية الجسد فان صغر حجمه لا يتناسب مع هكذا نوع من الممارسات فالطفل لا يتحمل الممارسة الجنسية كالبالغين هذا من جهة ومن جهة أخرى فإن تحقق الإشباع سيكون للبيدوفيلي وحده على حساب الطفل.

ونظرا لضغوطات التي تعرضت لها BALENCIAGA أكدت بأنها ستقوم بملاحقة قانونية ضد المسؤولين عن هذا الأمر.لكن الإيطالي غابرييل غايمبرتي ملتقط الصور الذي تعاقدت معه الشركة صرح على انستغرام بأنه خلال جلسة التصوير كان دوره يقتصر على توجه الإضاءة وإلتقاط الصور بأسلوبه، وأن الملحقات والإكسسوارات التي تمت اضافتها للمشهد من مسؤوليات الشركة فهي من رتبت طريقة عرضها.

الرسالة الألسنية:

ظهرت في الصورة كلمة BALENCIAGA عدة مرات من خلال مجموعة من الاكسسوارات المعروضة في المشهد، فكتبت على الوسادة السوداء بلون أبيض وبخط Majusculeكبير الحجم مع

تكرارها بشكل مائل على كل الوسادة بما يوحي بأهمية الكلمة المكتوبة في محاولة لترسيخها في ذهن المشاهد. كما كتبت نفس الكلمة على الكؤوس والاكواب الموضوعة على الطاولة مع اختلاف في حجم الخط مع إضافة لكلمة PARIS المكتوبة ببنط Majuscule وباللون الأخضر أسفلها مباشرة.

جاءت الكلمتين باللغة اللاتينية وتم وضعها على الكؤوس أمام مشاهد الصورة مباشرة في كلا الزاويتين اليمنى واليسرى بشكل يضمن مشاهدتها تلقائيا عند الاحتكاك مباشرة بالصورة.

تشير كلمة BALENCIAGAإلى دار الأزياء العالمية وتعود التسمية للقب مؤسس الشركةمصمم الأزياء الإسباني كريستوفر بالنسياغاChristopher Balenciaga. أما كلمة PARIS فهي إشارة للعاصمة الفرنسية باريس باعتبارها المقر الرئيسي للشركة.

تم كتابة شعار دار الأزياء باللون الأبيض فوق خلفية سوداء ذلك أن الأبيض يظهر للمشاهد أكبر من المساحة الحقيقية الموضوع فوقها فأضاءت السواد المنتشر على مستوى الوسادة والأكواب وهذا يرتبط بتباين الألوان في ظاهرة الانتشار البصري .ذلك أن الهدف من وضع الكلمتين في الصورة هو التعريف بالشركة والاشارة إلى أنها هي المسؤولة عن الحملة التسويقية للملابس وحقيبة الدب وبقيت الاكسسوارات وهي عملية ترويجية تهدف إلى تحقيق عائد مادي وكذا الترويج لظاهرة شاذة في المجتمع متمثلة في البيدوفيليا من خلال أساليب وطرق مخفية.

نتائج الدراسة:

خلصت الدراسة من خلال تحليلنا لصورة الطفل المروج لعلامة BALENCIAGAعلى موقع تويتر إلى مجموعة من النتائج لعل أبرزها :

- تحمل الصورة المنتشرة على موقع التويتر العديد من الدلالات الرمزية المبطنة، فمع الإخراج، الاضاءة، زوايا التصوير وكذا الكاميرات ذات الجودة العالية والتقنية الفائقة التي اكسبتها إياها تكنولوجيا الإعلام والاتصال أصبح بالإمكان توظيف الصورة في الدعوة إلى ممارسة الجنس مع الأطفال من خلال الاستعانة برموز ذات دلالات جنسية.فتظهر في الوهلة الأولى بأنها صورة

خالية من أي مدلولات مبطنة في حين وبمجرد التدقيق في جزئياتها سيتم الخروج بمضامين مغايرة تدعم البيدوفيليا وتستبيحها من خلال الدمج بين العنصر الطفولي في الصورة مع أدوات خاصة بالبالغين.

- الشركات العالمية تستغل شهرتها من أجل الترويج لمظاهر وسلوكيات شاذة على غرار البيدوفيليا فشركة BALENCIAGAوالتي تعد رائدة في عالم الأزياء والموضة استغلت زبائنها و المعجبين بأزيائها لبث مظاهر عن ميولات جنسية للبالغين تجاه الأطفال من خلال صور ترويجية لحقائب دب فاخرة، وما عزز من انتشار الصورة هو استخدامها لمواقع التواصل الاجتماعي للترويج لمنتجاتها في محاولة لاستغلال عدد متابعيها وضمان وصول الرسالة لأكبر عدد منهم إلا أنه ولشذوذ المحتوى وعدم تسامح قيم المجتمع مع المعتدين على الأطفال فإن الحملة انعكست بالسلب على الشركة.

- لا يمنع أن يكون الهدف من الجلسة التصويرية هو جس نبض المجتمعات حول البيدوفيليا، لمعرفة مدى قبولهم لها من عدمه.فالشذوذ الجنسي الذي بدأ بالحديث عن وجوده كظاهرة ثم عن كون أفراده يعانون من اضطرابات جنسية غير متحكم فيها، لتتطور الأمور للترويج له ودعمها علنا مع المطالبة بالحقوق المدنية لممارسيه وسن القوانين لحمايتهم باعتبارهم جزء من المجتمع. وهذا ما ستسير عليه الأمور لدعم البيدوفيليا مستقبلا فقد بدأت حيثياته فعلا مع شركات عالمية وكذا سياسيين غربيين يشرعنون الظاهرة بأجندات مستترة كتمهيد لانتشار الظاهرة أكثر وفرضها على المجتمع لقبولها.

- سمح موقع التويتر من خلال ما توضحه الصورة بإحداث وتشكيل ضغوط على الأفراد الداعين للبيدوفيليا إذ أصبح منصة للتراشق بين مؤيدي الظاهرة وبين الأغلبية الرافضة لها فبمجرد أن نشرت BALENCIAGAالصور على الانستغرام تعرضت لحملة شبه ممنهجة من التغريدات على موقع التويتر للتصدي لها وما أحدث التأثير الأكبر هو مشاركة مشاهير عالمين ووجوه الماركة في حد ذاتها لاستنكار ما تروج له هذه الأخيرة بدعوى حماية أطفالهم ضد ممارسات لا أخلاقية في حق الطفولة تحت ما يسمى بحرية الممارسة الجنسية.

الخاتمة

خلصت الدراسة إلى أن الصورة المعبرة عن البيدوفيليا عبر موقع التواصل الاجتماعي تويتر تلعب دورا أساسيا في تشجيع البيدوفيلي لإبراز ميولاته الجنسية وذلك بالتعريف بوجود الظاهرة والدعوة للاعتراف بها وهذا لما للصورة من قدرة على مزج عدة عناصر منها الألوان ،الأشكال ،الخطوط ،الإضاءة وزوايا التصوير معا، مما مكن من تضمينها دلالات جنسية تعبر عن اشتهاء الأطفال والرغبة في ممارسة الجنس معهم من قبل البالغين غير الاسوياء، فقد ساعدت الصورة في إبراز القضية للمجتمع والمطالبة بشرعنتها وجذب اهتمام الجهات الحكومية و الأفراد للتعاطف مع ممارسيها باعتبار أنهم محرومين من حقهم في الحصول على الاشباع الجنسي. إلا أن البيدوفيلي والجهات التي تبنت تأييده باستغلال موقع التواصل الاجتماعي تويتر وكذا باستغلال لخصائص وأبعاد الصورة في الترويج للبيدوفيليا قد وجدت حملات من الصور المضادة لانتشار هذه الظاهرة الشاذة في المجتمع باعتبار أنها مرفوضة على مستوى حكومات العالم ومجتمعاته. إلا أنه وفي الفترة الأخيرة أصبحت تجد من يدعمها بمستويات مختلفة بين من يشخصها كمرض واضطراب ويتعاطف مع ممارسيها وبين من يعترف بها كحرية جنسية، خاصة من قبل سياسيين في الدول الغربية. هذه الدول التي تعمل بازدواجية في معاييرها إذ ترى في زواج شخص بالغ بفتاة قاصر يعد جريمة في حق الفتاة في حين أن اشتهاء الأطفال واغتصابهم في سن عادة تكون أقل من سن الفتيات المتزوجات يعد تعديا على الحريات التي لا يمكن المساس بها باعتبار أن هذا يتنافى وحقوق الإنسان.

التوصيات:

- التأكيد على أهمية التربية الجنسية ودورها في حماية وتوعية الأطفال جنسيا.
- تكثيف جهود الجهات الأمنية في حماية الأطفال.
- سن قوانين أو إجراءات قانونية صارمة ضد الأشخاص البيدوفيليين.
- ضرورة توعية الوالدين بكيفية التعامل مع طفلهم المعتدى عليه جنسيا من خلال تنظيم دورات ومحاضرات توعوية من طرف أخصائيين اجتماعيين و نفسانيين .

قائمة المراجع:

1) أحمد بن مرسلي. *مناهد البحث العلمي في علوم الإعلام والاتصال*. المجلد 4. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، 2010.

2) أسماء هشام سالم سريح ال فهد. "الوظيفة السياسية لموقع تويتر: دراسة تحليلية في محتوى تغريدات السياسيين العراقيين خلال الأزمة الانتخابية 2021." *مجلة الآداب*، جويلية, 2022، الإصدار 2: 421-440.

3) "المادة 01 من اتفاقية حقوق الطفل."

4) إيمان السيد. *الحوار المتمدن*. 17 05, 2004.
https://www.ahewar.org/debat/show.art.asp?aid=18246 (تاريخ الوصول 09 05, 2023).

5) حسام الهامي. "سيميولوجيا التواصل الاجتماعي: دراسة تحليلية لبنية الرموز غير اللفظية على موقع فيس بوك." الرياض: جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، 2015.

6) حسناء الحساني. *الصورة الإعلامية وتأثيرها على المجتمع في ظل التطورات التكنولوجية الحديثة*. المجلد 1. حروف منثورة للنشر الإلكتروني، د س ن.

7) حياة طكوك ،"نشاط القراءة في الطور الأول مقاربة متواصلة"، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، تخصص تعليمية اللغةالعربة، قسم اللغة العربية وآدابها، جامعة فرحات عباس، سطيف، الجزائر، 2009-2010.

8) ـــــرضوان بلخيري. *سيميولوجيا الخطاب المرئي من النظريات إلى التطبيق*. الجزائر: جسور للنشر والتوزيع، 2016.

9) سليمة شقير ، "الأساليب البلاغية في الأشهر التلفزيوني دراسة سيميولوجية على عينة من الومضات الاشهارية في التلفزيون الجزائري"، مذكرة مكملة لنيل شاهدة الماستر في الإعلام والاتصال، تخصص إذاعة وتلفزيون، قسم العلوم الانسانية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية جامعة محمد خضير، بسكرة، الجزائر، 2015/2014.

10) فاطمة زهرة شرشار. *تجليات المنهج السيميائي في خطابات النقد الادبي العربي المعاصر*. 2017-2018.

11) فائزة يخلف. *سيميائيات الخطاب الصورة*. المجلد 1. بيروت: دار النهضة العربية، 2012.

12) فضيل دليو. "شبكة تحليل الصور الثابتة: نمذجة بيداغوجية لبعض المرجعيات السيميولوجية." *مجلة الأدب والعلوم الاجتماعية*، 2019، الإصدار 16.

13) فيصل الأحمر. *معجم السيميائيات*. المجلد 1. الجزائر: منشورات الإختلاف، 2000.

14) فاطمةزهرةشرشار،"تجليات المنهج السيميائي في خطابات النقد الادبي العربي المعاصر "،مذكرة مقدمة لنيل درجة دكتوراه علوم في النقد الادبي الحديث والمعاصر، قسم اللغة العربية وآدابها، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة جيلالي اليابس، سيديبلعباس،2017 -2018، ص36.

15) مقلاتي فاطمة الزهراء، و الطاهر سواكري. "البيدوفيليا في المجتمع الجزائري: دراسة حالة للأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي." *مجلة آفاق لعلم الاجتماع*، ديسمبر, 2021، الإصدار 11: 87-106.

16) نزيهة عرزي. "البيدوفيليا وعلاقتها بجرائم الاختطاف والاعتداء الجنسي على الأطفال في الجزائر - مقاربة نفسية- قانونية." *المجلة العلمية للعلوم التربوية والصحة النفسية*، سبتمبر, 2021، الإصدار 03: 137-154.

التربية الجنسية في الوسط المدرسي لحالات التخلف العقلي

دراسة حالات بمدارس ابتدائية بولاية أم البواقي

طالبة دكتوراه: بدرة عيساني، أستاذة ت ع : د. بوريدح نفيسة
جامعة الجزائر2 أبو القاسم سعد الله،
مخبر اللغة والمعرفة – نمو واضطراباتCOGLANG
badra.aissani@univ-alger2.dz

ملخص :

يمر المتخلفين عقليا بمرحلة البلوغ الجنسي في الغالب كغيرهم من العاديين، كما أن لهم الاحتياجات نفسها التي لدى الآخرين، وبالنظر لضعف إدراك هؤلاء للقيم والمعايير التي تحكم السلوك الإجتماعى، فإن كثيراً منهم قد لا يميزون بين السلوك المقبول والغير مقبول اجتماعيا، وبالتالي قد تتطور لديهم دوافع عاطفية أو جنسية مضطربة، كما يتسمون بشكل عام بسهولة انقيادهم للآخرين، وهو الأمر الذي قد يحدث في بعض الأحيان في الوسط المدرسي أو خارجه، لذلك جاءت هذه الورقة العلمية لتسليط الضوء على موضوع التربية الجنسية لدى حالات التخلف العقلي البسيط باعتبارها من الاتجاهات الحديثة في إعادة التربية ، خاصة وأن موضوع الجنس من الطابوهات في المجتمع الجزائري، لذلك هدفت هذه الدراسة لإبراز دور التربية الجنسية بالوسط المدرسي لدى أطفال التخلف العقلي البسيط، من خلال اقتراح خطة إرشادية تساهم في الحفاظ على الصحة النفسية لهذه الفئة.

الكلمات المفتاحية: التربية الجنسية، التخلف العقلي البسيط، الوسط المدرسي

Abstract :

Mentally retarded people go through sexual puberty mostly like other ordinary people, and they also have the same needs as others, and given the weak awareness of these values and standards that govern social behavior, many of them may not distinguish between acceptable and socially unacceptable behavior, and therefore may develop emotional or sexual motives disordered, as they are generally characterized by their docility to others, which may sometimes happen in the school environment or outside, so this scientific paper came To highlight the issue of sex education in cases of simple mental retardation as one of the recent trends in re-education,

especially since the subject of sex is one of the taboos in Algerian society, so this study aimed to highlight the role of sex education in the school environment among children with mild mental retardation, through a guidance plan that contributes to maintaining the mental health of this group

Keywords: sex education, mild mental retardation, school environment

مقدمة

تهدف المدرسة الى تطوير وتنمية مهارات الطفل والرقي بصحته النفسية والفكرية، وتزويده بمهارات جديدة تمكنه من الإدماج السلس في المجتمع والتكيف معه، مما يساعده عل التوافق الاجتماعي على نحو صحيح، غير أن وجود طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة قد يؤثر في سيرورة هذ النمو ويتفاوت هذا التأثير حسب الأسرة و درجة الإعاقة، كما يؤثر الوسط التربوي على تطوير و تنمية قدرات المعاق، فهو يحتاج الى رعاية خاصة وتكفل فردي، لكن ما لاحظناه من خلال عملنا كمستشارة توجيه وارشاد مدرسي ومهني في الميدان وجود حالات كثيرة من ذوي الاحتياجات الخاصة في الوسط المدرسي وخاصة من ذوي التخلف العقلي البسيط واعتبارهم افراد عاديين رغم أنهم ضمن الحالات الخاصة، وتم دمجهم في الأقسام العادية دون مراعاة لمستواهم العقلي او النفسي، بسبب جهل الاولياء وعدم الوعي بأساليب التربية، أو لعدم توفر مرافق للتكفل بأطفالهم من ذوي الاحتياجات الخاصة.

وفي ظل العدد الكبير للتلاميذ فإن الأساتذة وبحكم تكوينهم العلمي لا يمكن لهم تدريس هذه الفئة كسائر التلاميذ، في نفس الوقت لا يمكن تجاهلهم بسبب تصرفاتهم وسلوكهم الناتج عن وجود اضطراب معين، مما يجعل هه الفئة من الأطفال بحاجة الى تربية خاصة قبل ادماجهم مع الاطفال العاديين. لما تتميز به من سمات وخصائص محددة، بحيث تلعب أساليب التربية التي يتبعها الإباء والمدرسين والاخصائيين دورا كبيرا في مساعدة الطفل المتخلف عقليا في تنمية قدراته وتكيفه الاجتماعي.

لذلك تسعى هذه الدراسة الى التعرف على نمط من أنماط التربية الحديثة وهي التربية الجنسية، في السنوات الأخيرة، أدت التغييرات المهمة في السياسات والمواقف العامة إلى تحسين الفرص للأشخاص ذوي الإعاقات الجسدية والعقلية. ويأخذ الأشخاص ذوو الإعاقة مكانهم الصحيح في المجتمع على قدم المساواة مع الأشخاص غير المعاقين. لسوء الحظ ، تغيرت المواقف المجتمعية بشكل أقل فيما يتعلق بالجنس والإعاقة، حتى اليوم يرفض الكثير من الناس الاعتراف بأن جميع الناس لديهم مشاعر واحتياجات ورغبات جنسية، بغض النظر عن قدراتهم الجسدية و / أو العقلية. ونتيجة لذلك، لا يتلقى العديد من الذين يعانون من إعاقات التربية الجنسية، سواء في

المدرسة أو في المنزل(عودة ،2010)، والتربية الجنسية عملية تربوية مستمرة، تبدأ من سن عام إلى ما بعد البلوغ، وتشمل إمداد الأبناء بالمعلومات العلمية والأصول الشرعية والتجارب الجيدة المتعلقة بالمسائل الجنسية، بما يناسب قدراتهم العقلية والنفسية والجنسية، وبما يؤهلهم من مواجهة مشكلاتهم الجنسية في الحاضر والمستقبل (عبد المعطي، 2015، ص6).

فكثيراً من هؤلاء الأفراد قد لا يميزون بين السلوك المقبول إجتماعياً والسلوك الغير مقبول، وبالتالي فقد نجدهم يسلكون – بدوافع عاطفية أو جنسية – بعض أنماط من السلوك التي قد تتعزز – لسوء الحظ – نتيجة لبعض ردود الأفعال التي يظهرها بعض المحيطين بالطفل، حيث أن الأطفال المعاقين عقليا يتسمون بشكل عام بحبهم وتقبلهم للغرباء، وهذه الصفة قد شجعت بعضاً من ضعاف النفوس – من غير المعاقين- على إستغلالهم لمآرب غير أخلاقية , وهو الأمر الذي قد يحدث في بعض الأحيان إن لم نحسن تنشئة أطفالنا المعاقين وتربيتهم وتوعيتهم وتدريبهم، على كيفية حماية أنفسهم ومراعاة الأسس الدينية في التربية، وشغل أوقات فراغهم واستغلال الطاقة الموجودة عندهم بما يعود عليهم بالفائدة (المخزومي،2007ص4). وقد اهتم العديد من الباحثين بموضوع التربية الجنسية وكل حسب تخصصه واتجاهاته، فمنهم من ألقى الضوء على التربية الجنسية من جانب علاقتها بالدين وتفسيرها حسب الرؤية الإسلامية (فاروق عطية، 2010)، ومنهم من اهتم بالتربية الجنسية لذوي الاحتياجات الخاصة(فضال وسعادو، 2021).

وقد اهتم بعض الباحثين بتصميم برامج وقائية للتربية الجنسية (الزغبي، 2021)، بينما اتجهت بعض الدراسات الأجنبية إلى تبني برامج في التربية العلاجية أبدت فعاليتها مثل برنامج زيادة الوعي الجنسي للمرأة المتخلفة عقليا بأستراليا (&J. E. Chataway R. E. C. Penny 2009)، ودراسة T. J. Talbot, P. E. Langdon,2006 التي عملت على تحديث مقياس قصير موجه للمعرفة الجنسية.

من خلال ما سبق ومن واقع عملنا في مجال الإرشاد المدرسي وبالخصوص التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة، لم نجد برنامج أو خطة تحسن الوعي الجنسي لفئة المتخلفين عقليا، و قد لاحظنا أن هناك العديد من السلوكيات الغير مقبولة يبديها أطفال ومراهقي التخلف العقلي، ومنها عدم قدرتهم الدفاع عن أنفسهم في حالة الاعتداء عليهم، وعدم الحفاظ على خصوصية أجسامهم ونظافتها، إضافة إلى جهلهم بأعضائهم التناسلية ووظائفها، و نتفق كلية مع الرأي القائل بأهمية التربية الجنسية للمعاقين، حيث أن معظم الأطفال المعاقين عقليا يمرون بمراحل النمو الطبيعي نفسها التي يمر بها الأفراد الطبيعيين، و يمرون أيضاً بمرحلة البلوغ الجنسي كما أن لهم نفس الاحتياجات الاجتماعية والجنسية التي للآخرين والتي يجب أن يتم إعطاء الأسرة فكرة عنها من خلال الإرشاد الأسرى والتربية الجنسية للمعاقين عقليا، وقد تبين لنا أن معظم المشكلات الجنسية ترجع

على عدم إدراك الطفل من ذوي الإعاقة لأهمية التربية والوعي الجنسي، وأنه لا يوجد وعي كافي للأسر والأولياء، لاعتقادهم الخاطئ بان أطفالهم لا يمرون بنفس المراحل الطبيعية من الناحية الجنسية، ومنهم من يتجنب هذا النوع من الكلام في التربية الجنسية كونها من الطابوهات والغير مرحب بها عرفا ودينا، وهوما يؤد إلى أفكار سلبية حول أهمية التربية الجنسية، وهوما دفعنا لاقتراح خطة إرشادية تساهم الحفاظ على الصحة النفسية لهه الفئة من أطفال التخلف العقلي البسيط. فماهي مراحل وأهداف الخطة الإرشادية والتقنيات المستعملة وهل تعمل على تنمية الوعي الجنسي لأطفال التخلف العقلي المدمجين ؟

الدراسات السابقة:

- **دراسة** T. J. Talbot, P. E. Langdon,2006

كان الهدف من الدراسة الحالية هو تحديث مقياس قصير موجود للمعرفة الجنسية وتوليد بعض الموثوقية الأولية والبيانات المعيارية. الصدق والثبات، وتم إجراء مقارنات للمعرفة الجنسية عبر عدة مجموعات لفحص ما إذا كان نقص المعرفة الجنسية مرتبطًا بالجريمة الجنسية أم لا. وتم إنشاء استبيان جديد ، وهو استبيان المعرفة الجنسية العامة (GSKQ) ،

- دراسة (عبد التواب، 1990):

هدفت الدراسة الى إبراز واقع التربية الجنسية في مرحلة التعليم الثانوي في مدينة أسيوط ، باستعمال استبانة استطلاعية حول أراء الطلبة و الإباء عن فاعلية التربية الجنسية وأثرها في سلوك الطلبة .واشتملت على عينة مكونة من 132 طالبا و 182 طالبة .توصلت نتائج الدراسة إلى ضرورة الاهتمام بموضوعات التربية الجنسية التي تتناسب مع مرحلة التعليم الثانوي ، ودور الوالدين الوالدين في تحسنها (عبد التواب ،1990،ص80)

- دراسة(Marsman&Herold,1986)

هدفت الدراسة الى معرفة اتجاهات الوالدين حول التربية الجنسية، وتضمنت على عينة مكونة من 130 أب وأم لطلاب الصف السادس والثاني عشر في كندا . توصلت الدراسة الى نتائج تؤكد وجود دعم قوي من طرف بعض الوالدين لتزويد أبنائهم بمواضيع التربية الجنسية ، لكن هناك تعارضا في نوعية القيم في التربية الجنسية التي سيحصلون عليها(Marsman&Herold,1986 p.32-34)

دراسة سابقة ل: R. E. C. Penny &J. E. Chataway 2009

هدفت الدراسة الى لتقييم برنامج التربية الجنسية الذي أجرته جمعية تنظيم الأسرة في جنوب أستراليا في بعض ورش العمل ومراكز التدريب في جنوب أستراليا للأشخاص المتخلفين عقليًا. تم

اختبار المعرفة بالجنس مسبقًا واختبارها لاحقًا ، قبل وبعد البرنامج التعليمي ، باستخدام اختبار مفردات الجنس المصمم خصيصًا لهذا التقييم. تم اختبار المواد بعد الاختبار مرتين ، في أقل من أسبوع وبعد حوالي شهرين من انتهاء البرنامج. تدعم النتائج الاستنتاج القائل بأن البرنامج كان فعالاً ولكن المشاكل المنهجية تمنعنا من استنتاج أن البرنامج التعليمي ، على هذا النحو ، كان المسؤول الوحيد عن زيادة المعرفة بالجنس. يُقترح ، بالإضافة إلى ذلك ، أن وضع التدريس في المجموعة الصغيرة ربما يكون قد سهّل مشاركة المعلومات الجنسية بين أعضاء المجموعة. يبدو هذا مرجحًا لأن المعرفة بالجنس استمرت في الزيادة لبعض الوقت بعد الانتهاء من البرنامج التعليمي

دراسة سابقة : ل(Jason Travers et al, 2014)

هدفت الدراسة إلى تنفيذ برنامج منهجي للتربية الجنسية لتوفير التعليمات اللازمة للمرأة المتخلفة عقليًا لتكون قادرة على تسمية أجزاء الجسم الإنجابية الأساسية، ووصف وإثبات فحص الثدي واختبار عنق الرحم وفحص الحوض. سمح البرنامج التدريبي بتوثيق الموافقة المسبقة لفحص الصحة الإنجابية. تم تنفيذ التدريب في تصميم استقصاء متعدد عبر مجالات المهارة وتألف من تقديم معلومات واقعية، واطلب من الموضوع تكرار المعلومات الواقعية ، واستخدام وسائل تعليمية ملموسة ، وإظهار إجراءات الفحص ، ومطالبة الموضوع بإثبات الاختبارات المحددة ، وتقديم الثناء على الردود الصحيحة . أظهرت النتائج زيادات كبيرة في المعرفة الجنسية مع تنفيذ البرنامج. أشارت بيانات المتابعة إلى استمرار الزيادة في المعرفة الجنسية على مدى 3 أسابيع. Jason (Travers et al, 2014)

دراسة (فاروق يوسف بخيت، 2010):

دراسة ماجيستير منشورة لجامعة النجاح نابلس فلسطين، هدفت إلى وصف صور العدوان والشذوذ الجنسي والأمراض الناتجة عن العلاقات المشبوهة مبينا آليات التربية الجنسية في الإسلام ووساطائها كالأسرة والمدرسة و المسجد وطرق تعلم التربية الجنسية الصحيحة ، وبين الباحث دور كل منا المدرسة والاسرة في ل تعاليم القرآن الكريم والسنة النبوية

دراسة (لانا عماد سمعان ابوعيطة 2021)

هدفت للتعرف على فاعلية برنامج تدريبي وقائي لتحسين الوعي بالتربية الجنسية لدى طلبة ذوي الإعاقة العقلية في محافظة بيت لحماسة على عينة عددها (24) طالبا وطالبة من ذوي الإعاقة العقلية البسيطة في جمعية يميمة في بيت جالا ومتخصصين وتم تشخيصهم من قبل خبر مجال التربية الخاصة. تم بناء اختبار الوعي بالتربية الجنسية حيث تم التحقق من صدقه وثباته، تم تطبيق الاختبار قبل وبعد البرنامج لقياس مدى وعي الطلبة بالتربية وقد أظهرت النتائج وجود فاعلية للبرنامج

التدريبي الوقائي في تحسين الوعي بالتربية الجنسية لدى طلبة ذوي الإعاقة العقلية البسيطة في محافظة بيت لحم، ولكن اختلف مستوى الوعي حسب متغيري الجنس لصالح الاناث.(أبو عطية، 2021)

مناقشة الدراسات السابقة:

- الدراسات الأجنبية: هدفت الى التعرف عل الجرائم الجنسية (T. J. Talbot, P. E. Langdon,2006) وتحديث مقياس للمعرفة الجنسية، بينما هدفت دراسة أخرى للتعرف على اتجاهات الوالدين نحو التربية الجنسية (Marsman&Herold,1986)، واتجهت دراسة أخرى لمساعدة النساء ذوات التخلف العقلي عن طريق تعليمات لتسمية أعضائهن الجنسية(Jason Travers et al, 2014)، كل هذه الدراسات صبت في اتجاه واحد هو تقييم المشكلات الخاصة بالوعي الجنسي سواء عند الباء الأطفال او المتخلفين عقليا، كما تعتبر الدراسات الأجنبية من أولى الدراسات المبادرة في مجال التربية الجنسية لاختلاف المجتمع واعتبار الموضوع من التوجهات الطبيعية عكس الدراسات العربية التي كانت متأخرة لطبيعة الفرد العربي لصعوبة التصريح بالمشكلات الجنسية وهو ما يؤخر اكتشافها كما أن الباحثين يدون صعوبة في إيجاد في مواصلة الدراسات في هذا الباب التسع فيها، وتختلف طبيعة الاساءات الجنسية في المجتمعات الأجنبية اذا تتميز بارتفاعها و واختلاف مظاهر الوعي الجنسي لدى العاديين لانتشار المثلية الجنسية والشذوذ الجنسي
- الدراسات العربية : اشتملت على التعرف على واقع التربية الجنسية (عبد التواب، 1990) لدى مرحلة التعلم الثانوي ، وفي دراسة أخرى ل(ابوعيطة، 2021) تم التأكد من فعالية برنامج وقائي لتحسن التربية الجنسية ، بينما اتجهت دراسة أخرى لتسليط الضوء على التربية الجنسية على ضوء القرآن والسنة (فاروق يوسف بخيت، 2010) حيث تحدث فيها الباحث عن العديد من الأمراض الجنسية كالشذوذ اللواط و العلاقات المشبوهة و دور القرآن والسنة في توجيه الفرد والأسرة لعيش حياة جنسية سليمة ، من خلال ما سبق فإن الدراسات العربية ركزت على وصف وتحسين التربية الجنسية وتعتبر الدراسة الحالية من الدراسات الحديثة لتناولها موضوع تحسين الوعي الجنسي لدى ذو الاحتياجات الخاصة بصفتهم الفئة الأكثر تضررا من الإساءات الجنسية تقع عليهم عدوان جنسي أكثر من العاديين ، إضافة إلى أن كل الدراسات السابقة كانت في بيئة تختلف عن البيئة الجزائرية مع بعض التشابه في البيئات العربية فقط.

1-الجانب النظري:

1-1أهداف الدراسة

- بناء خطة إرشادية تهدف إلى زيادة إدراك الآباء والأبناء والمربين مفهوم التربية الجنسية وأهميتها والتعرف على دور التربية في توجيه السلوك الإنسانيّ، وزيادة الوعي الجنسي.

- إدراك خطورة الأفكار الغربية على المجتمع الجزائري بتوعية الإباء والابناء

- زيادة وعي المربين والآباء بمشكلات الأطفال والمراهقين الجنسية؛ كالاستمناء، والزنا، واللواط، والنتائج الخطيرة المترتبة عليها على مستوى الفرد والمجتمع. وتجنب الإساءات الجنسية على المتخلفين عقليا

2- 1 مصطلحات الدراسة :

1-1-2 التخلف العقلي:

تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية للتخلف العقلي: مستوى الأداء العقلي العام دون المتوسط ينشأ أثناء فترة الارتقاء ويصحبه خلل في جانب أو أكثر من الجوانب التالية: النضج، التعليم، التوافق الاجتماعي (عشوي،2001، 256).

تعريف منظمة الصحة العالمية: تعرف منظمة الصحة العالمية التخلف العقلي بأنه عبارة عن نمو ناقص أو غير كامل في القدرات أو الإمكانات العقلية(العيسوي، 1999،ص95)

ونتيجة لتطور حركة القياس النفسي على يد (1905 BINET)، وبروز مقاييس جديدة للقدرات العقلية منها مقياس وكسلر لذكاء الأطفال، بدأ الإعتماد على الأبعاد السيكومترية في قياس الذكاء محك لتعريف الإعاقة العقلية، ويعتبر الأشخاص الذين تقل نسبة ذكائهم عن75 درجة، معاقين عقليا على منحنى التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية (عبيد،2002،ص26).

وكتعريف إجرائي التخلف العقلي حالة من القصور تتميز بانخفاض واضح في كل من الأداء الوظيفي للذكاء و السلوك التكيفي وتظهر في مرحلة الطفولة.

2-1-2 التربية الجنسية:

تعرف التربية الجنسية على أنها ثقافة تربوية تعمل عملية تفسير النوع البشر (ذكرا أو أنثى) و إبراز وأهمية كل جنس بالنسبة للجنس الأخر، ويجب على جميع الأفراد إدراك أبعادها، أوهي تعريف الأفراد بالنمط الجنسي، والنمط هو نوع الجنس وليس العملية الجنسية، كما أن التنميط الجنسي: هو معرفة كل نوع بجنسه، فالفتاة لها الحق في التعرف على نوع جنسها وأنها أنثى، ويتوجب تعزيز قناعتها ورضاها نحو جنسها وعدم التقليل من شأنه لأي سبب كان، وكذلك الذكر على حد سواء، والمطلوب دائما هو تصحيح السلوك الخاطئ لصاحب ذلك الدور (عودة،2010، ص 15)

وتسعى التربية الجنسية إلى تحقيق أهداف تتناسب مع طبيعة المجتمع والتطور الحاصل وهي وسيلة وليست غاية في حد ذاتها، وتختلف باختلاف المجتمعات عاداتها وتقاليدها وأعرافها فأي تربية جنسية تخضع لما هو موجود في المجتمع (حلاوة،2010)

التربية الجنسية لذوي الاحتياجات الخاصة: هي نوع من التربية يمد ذوي الاحتياجات الخاصة بالمعارف العلمية والخبرات الصالحة والاتجاهات السليمة إزاء المسائل الجنسية، بقدر ما يسمح به نموهم الجسمي والفسيولوجي والعقلي والانفعالي والاجتماعي، وفي إطار التعاليم الدينية والمعايير الاجتماعية والقيم الأخلاقية السائدة في المجتمع، مما يؤهله لحسن التوافق في المواقف الجنسية ومواجهة مشكلاته الجنسية في الحاضر والمستقبل مواجهة واقعية تؤدي إلى الصحة النفس (عودة،2010، ص16)

ويمكن تعريفها إجرائيا بأنها التربية الهادفة إلى إدراك ووعي بالمعارف والمهارات في التربية الجنسية وتجعل الطفل يستوعب ويتصور عقليا طبيعته الجنسية ويصبح لديه الوعي الكافي لمواجهة المخاطر التي يمكن أن تعترضه في فترات حياته.

2-1-3الخطة الارشادرية :

تعريف الارشاد : الإرشاد محور هام من محاور عمل المستشار والإرشاد يمنع المشكلة قبل الحدوث، و الإرشاد النفسي فرع من فروع علم النفس التطبيقي، وله علاقة مهنية بين طرفين أحدهما متخصص وهو المرشد النفسي، والذي يسعى إلى مساعدة الطرف الآخر وهو صاحب المشكلة في موقف الإرشاد. كما أن الإرشاد النفسي لا يعني تقديم خدمات جاهزة لصاحب المشكلة ولكنه يهدف إلى تبصير صاحب المشكلة بمشكلته، وإعادة تقييم قدراته وإمكاناته وتشجيعه على إتخاذ القرار المناسب.(غانم،دمنهوري،2010،ص12)

تتمثل الخطة الارشادية في مجموعة حصص إرشادية توجه للتلاميذ والأولياء والمعلمين و جلسات إرشادية موجهة لتلاميذ التخلف العقلي .

التعريف الإجرائي بالخطة الإرشادية : خطة زمنية محددة تتكون من مجموعة الجلسات المنظمة ذات هدف واضح ومحدد تتكون من 08 ثمانية جلسات للتلاميذ و 02 جلستين للأولياء ، وتستند الخطة الإرشادية إلى توليفة من الأدب الأجنبي والعربي منها البرامج الإرشادية الأجنبية و العربية مثل Sex Education for Mentally Retarded 2009 التربية الجنسية للمرأة المتخلفة عقليا، و برنامج المعرفة الجنسية لبندر (BSKQ)، الخطة الإرشادية مكيفة على المجتمع الجزائري وبالضبط مناطق الشرق الجزائري وهو ما يعطي الطبيعة المختلفة للمجتمع وعاداته واعرافه المميزة له، وفي ظل تعاليم الدين الإسلامي.

واختلفت الآراء ووجهات النظر فيمن توكل إليه مسؤولية تقديم برنامج التربية الجنسية، هل هي الأسرة ؟ أم هي مسؤولية جهات أخرى، كالأطباء وأئمة المساجد ووسائل الإعلام المختلفة ومؤسسات التربية الخاصة. أم هي مهمة المؤسسة أو المركز الذي ينتمي إليه الطفل والمراهق، بحكم التأهيل المهني للقائمين عليه؟ والاتجاه الوسط هو الذي تجتمع في المسؤولية بين كل هذه الأطراف ويرى أن هذه المهمة مسؤولية مشتركة فيما بينهم كل في موقعه وبحدود إمكانياته وما تتيحه له ظروفه. ويجب توفر بعض الشروط والكفاءات المهنية في الشخص الذي يقدم التربية الجنسية للأفراد المعاقين عقلياً:

- أن يكون قدوة لغيره أدباً وأخلاقاً
- التحلي بالصبر والحنكة والحكمة
- سلامة المعتقد.
- الإلمام بخصائص النمو لكل مرحلة من مراحل الحياة.
- الإلمام بالمعلومات والحقائق المرتبطة بالحمل والولادة.
- القدرة على استيعاب المواقف والسيطرة عليها.
-القدرة على تبسيط المعلومات والألفاظ العلمية (سالم ، 2006 ، ص18)

2- الجانب التطبيقي:

2-1 منهج الدراسة:

اعتمدنا على المنهج الوصفي عن طريق دراسة الحالة وهذا لأنه الأكثر ملائمة لأهداف البحث، ولأن الهدف من الدراسة ليس فعالية برنامج وانما تطبيق خطة إرشادية وقائية للتربية الجنسية على حالات تخلف عقلي.

2-2 مجتمع وعينة الدراسة:

يتمثل مجتمع البحث في كل الأطفال ذوي التخلف العقلي البسيط في ولاية أم البواقي، واخترنا عينة قصدية من نفس المجتمع والمتواجدة في مؤسسات مقاطعة دائرة عملنا وذلك لتسهيل عملنا ولتواجدنا الدائم في مؤسسة عملنا ولكي يتسنى لنا متابعة الخطة الارشادية بحيث تكونت العينة من ثمانية حالات (08) منتشرة في عدة مدارس ابتدائية بمقاطعة تدخلنا تتراوح أعمارهم من 8 سنوات الى 13 سنة 4 ذكور و4 إناث .

الحالة	الجنس	السن	المستوى الدراسي
س ب	أنثى	11	الثالثة ابتدائي
م ج	ذكر	12	الرابعة ابتدائي
ع ع	ذكر	12	الثالثة ابتدائي
آ ب	ذكر	12	الرابعة ابتدائي

إ م	ذكر	11	الثالثة ابتدائي
م ر	أنثى	12	الرابعة ابتدائي
ر س	أنثى	11	الثالثة ابتدائي
ز ي	أنثى	12	الرابعة ابتدائي

جدول رقم 1 : عينة الدراسة

3-2 أدوات الدراسة :

تم التشخيص بالإعتماد على اختبار رسم الرجل: وهو اختبار يقيس مستوى ذكاء الطفل يعود إلى (جودنوف،1926) وقامت ماكوفر بتحسينه بعدما تأكد لها إمكانية صلاحية الاختبار كأداة اسقاطية، نعطي للطفل ورقة وقلم رصاص ونقول له التعليمة ارسم رجلا.

ثم نقوم بحساب معامل الذكاء بعد التنقيط.

الحالة	الجنس	درجة الذكاء	التفسير	المستوى الدراسي
س ب	أنثى	62	ضعف عقلي	الثالثة ابتدائي
م ج	ذكر	60	ضعف عقلي	الرابعة ابتدائي
ع ع	ذكر	55	ضعف عقلي	الثالثة ابتدائي
آ ب	ذكر	58	ضعف عقلي	الرابعة ابتدائي
إ م	ذكر	54	ضعف عقلي	الثالثة ابتدائي
م ر	أنثى	67	ضعف عقلي	الرابعة ابتدائي
ر س	أنثى	62	ضعف عقلي	الثالثة ابتدائي
ز ي	أنثى	63	ضعف عقلي	الرابعة ابتدائي

معامل الذكاء= العمر العقلي÷العمر الزمني x 100

وتحدد فئة التخلف العقلي البسيط من (70-50). وقد تحصلت الحالات على النتائج المبينة في الجدول أدناه

تم تشخيص الحالات بنقص الذكاء عن طريق اختبار الذكاء اختبار رسم الرجل المكيف على البيئة الجزائرية (البيئة السطايفية) تكييف (أ د بعيبع وآخرون،)

جدول رقم: 2 نتائج اختبار الذكاء

3- إعداد الخطة الإرشادية:

بهدف تحسين الوعي وزيادة المعرفة الجنسية لدى تلاميذ التخلف العقلي، لتمكنهم من التعرف على مشكلاتهم الجنسية والابلاغ عن الإساءات والتعديات والتحرشات الجنسية لأسرهم وللطاقم التربوي ومساعدتهم على التعبير عن مشاعرهم وتخلصهم من الخوف وتقبلهم لذاتهم:

تهدف الخطة إلى تخصيص جلسات إرشادية لأسر التلاميذ من ذوي التخلف العقلي البسيط

- التعرف على جنس التلميذ ومميزات كل جنس واختلافه عن الآخر
- التعرف على الجسم والأعضاء الإنجابية لدى الجنسين حسب السن والمرحلة العمرية
- تعريف التلميذ بأنواع السلوكيات الغير مقبولة من الناس والتلاميذ
- تعريف التلميذ كيفية النظافة الشخصية وطريقة اللباس والجلوس المحترم وستر العورة
- التعرف على الأشخاص الذين يمكن أن يبلغهم بالتحرش أو الإساءة
- تعريف الفتيات بمرحلة البلوغ وكيفية التعامل مع الحيض والنظافة الشخصية
- تعريف التلاميذ بطرق التعامل مع الغير وحدود العلاقة وطريقة الجلوس معهم
- إعطاء معلومات عامة حول الاستئذان وطريقة الدخول على الغرف في المنزل
- تعليم التلاميذ الفروق بين الجنسين دون إعطاء الأفضلية
- التفريق بين اللمسة الصحية والغير صحية وتحديد أجزاء الجسم التي لا يصلح معها اللمسات الغير صحية ولا يمكن أن يراها أحد والحرص على الحفاظ عليها
- تعريف التلاميذ بأهمية النوم في غرفة منعزلة عن الوالدين وعدم تشارك سرسر واحد مع أي أحد

1-3 مراحل الخطة الإرشادية

- تحدد اهداف الجلسات فكل جلسة محددة الأهداف حسب الحالة السن والجنس.
- تحديد محتوى الجلسات الارشادية والنشاطات.

- تحديد عدد الحصص الإرشادية (08 جلسات للتلاميذ وحصتن للأولياء)
- تحديد وقت الجلسات الإرشادية 45 دقيقة مقسمة على حصتين لضيق الوقت ولوجود برنامج دراسي محدد في المدرسة .
- تحديد تقنيات العمل الإرشادي وهي الحوار والمناقشة وأسلوب القصص الهادف، صور عروض نشاطات، ألعاب حركية جماعية وفردية، استعمال العاب أوراق أقلام تلوين ..الخ

2-3 الإطار النظري للخطة الإرشادية:

الخطة الإرشادية الهادفة للتربية الجنسية لتلاميذ التخلف العقلي خطة مكيفة حسب مجتمعنا الجزائري المحافظ على عاداته و أعرافه، وعلى ضوء القرآن والسنة المحمدية، وهي متبناة من الأدب النظري العربي وبرامج مختلفة منها برنامج 2009 Sex Education for Mentally Retarded التربية الجنسية للمرأة المتخلفة عقليا، و برنامج المعرفة الجنسية لبندر (BSKQ)، وصممت الخطة لتكون ملائمة لفئة التلاميذ مختلف الجنس والعمر مدمجين مع تلاميذ عاديين وتعتبر الدراسة بمثابة دراسة استطلاعية.

4-3 الاطار الزماني المكاني :

استغرق تطبيق الخطة الإرشادية شهرين تضمنت 08 جلسات في كل أسبوع جلسة لمدة 45 دقيقة وجلستين إرشاديتين للأولياء في بداية الخطة وفي نهايتها لتقييم تحقيق الاهداف ، تم تطبيق الخطة الإرشادية في المدارس الابتدائية التابعة لمقاطعة التدخل وهي مقاطعة متوسطة دلفي حمادة بولاية أم البواقي من الفترة الممتدة من 01 فيفري 2023 إلى 30 مارس 2023.

5-3 الأساليب المستعملة :

- أسلوب المناقشة
- أسلوب السرد القصصي
- المناقشة والحوار
- استخدام الكتابة والرسم
- الألعاب الحركية
- تقنيات لعب الأدوار

6-3 اعتبارات تقديم خطة التربية الجنسية:

- مرحلة النمو التي وصل إليها التلميذ
- المستوى الثقافي والتعليمي للأباء.
- مستوى التخلف العقلي وشدة حدة الإعاقة.
- جنس التلميذ
- المستوى التحصيلي والمعرفي الذي وصل إليه التلميذ.
- مقدار ومستوى الحصيلة اللغوية.
- مستوى النضج الانفعالي والاجتماعي.
- طبيعة البيئة والمستوى المعيشي .

7-3 اللغة في الخطة الارشادية للتربية الجنسية:

أ. استخدام اللغة المناسبة التي يفهمها الطفل أو المراهق.

ب. تبسيط المعلومات وتقريبها إلى ذهنه بما يتوافق مع قدراته.

ت. التكرار والتدرج في تقديم الخطة الإرشادية

ث. أن تكون المعلومة أو المهارة ملبية لحاجة الطفل أو المراهق.

ج. تقبل السؤال من الطفل أو المراهق أياً كان.

8-3 الجلسات الإرشادية الموجهة للأباء:

الجلسة الأولى :

أهمية التربية الجنسية للآباء: يتم توضيح لماذا يجب أن يهتم الآباء بالتربية الجنسية لأطفالهم المعاقين؟ إذ ينبغي أن يكونوا أول مربي في التربية الجنسية والاساسي لقربهم من أطفالهم، لكن العديد من الأولياء يخشون التحدث إلى أطفالهم سواء كانا اصحاء او لا عن الجنسين وفي الغالب ما يخشى الآباء أن: الحديث عن الجنس سيشجع على التجارب الجنسية، وانهم (الوالدان) لا يعرفون كيفية التعامل مع الأسئلة بشكل مناسب وهل أطفالهم يعرفون بالفعل الكثير أو القليل جدا. وقد يشعر آباء الأطفال ذوي التخلف العقلي بأن أطفالهم هم أهداف محتملة للاعتداء أو الاستغلال

الجنسيين، وأن أطفالهم قد لا يكونون قادرين على التعبير عن مشاعرهم الجنسية بشكل مناسب. هذا ما يشكل في حد ذاته مشكل.

الجلسة الثانية :

يتعرف الإباء على طرق التعامل مع الجنسين من ناحية العمر والجنس وتوضيح كل الأسئلة لأطفالهم وتعريفهم بأجسامهم وجنسهم وتحضيرهم للبلوغ وكيفية التعامل مع الأشخاص البالغين وطرق التنظيف والاستقلالية وستر العورة، كيف يتصرف الولدان تجاه بلوغ الفتاة ومرحلة الحيض تعليم أطفالهم عدم الخوف والتبليغ عن الإساءة، كذلك يتعلم الإباء طريقة التعامل مع أبنائهم (الأحضان و التقبيل)، كذلك النوم في غرفة منعزلة عنهم و عدم تشاركهم فراش احد مع إخوانهم أو أقاربهم ويمكن إيجازها في مايلي:

- تعليم الطفل آداب الاستئذان.
- التفريق في المضاجع بين الأولاد.
- متابعة وتقويم ما يشاهده على شاشة الهاتف والتلفزيون والألعاب الإلكترونية.
- التعرف على صداقاته والكشف عن نوع العلاقات التي ترتبط بينه وبينهم.
- تكون علاقة ود وثقة مع الابناء
- التعامل معهم باحترام والاستماع لحديثهم وآرائهم الشخصية.
- عدم إظهار كامل الجسم او الاستحمام مع الأطفال.
- تعليم الأبناء آداب النظر حتى يعرف ما يحل له وما يحرم عليه.
- ألا يخلع ملابسه أمام الآخرين وأن يتعود على ألا يخلعها.
- تعلم عدم إصدار كلمات أو عبارات جنسية وأن يدرك خطأها.
-عدم مشاركة النوم غيره وخاصة الجنس الآخر.

لفت انتباه الوالدان الى مؤشرات تدل عل وجود إساءة جنسية أو تحرش أو علاقة غريبة من خلال ملاحظة بعض السلوكيات، مثل غياب الطفل أو المراهق لفترات طويلة عن المنزل دون سبب مقنع، انعزال الأطفال مع بعضهم البعض وقتاً طويلاً، وأن يكون لديه معرفة ببعض المسائل الجنسية غير المناسبة لعمره وظروفه وقدراته. وأحيانا ظهور سلوكيات جنسية غير مناسبة لعمره. ومحاولة الطفل ممارسة العملية الجنسية أو مقدماتها مع أحد الأطفال، أن يتوفر في يد الطفل أو المراهق مال أو هدايا أو حلوى بشكل دائم غير معروفة المصدر.في حالة التأكد من وجود الإساءة الجنسية او تحرش يجب على الاباء عدم اللجوء لأساليب العقاب البدني أو الشتم والتهديد لأنها قد تدفع بالطفل المراهق ليزداد في ممارسة السلوك، تعزيز وتشجيع السلوكيات المقبولة والمرغوب فيها.

4-نتائج الدراسة:

الجلسة	الهدف	التقنية	تقييم الكفاءات المكتسبة
1	- التعرف على أسماء أعضاء الجهاز التناسلي والدور الجنسي له.	أسلوب المناقشة الألعاب الحركية	تم تحقيق الهدف
2	- تعليم الطفل آداب الاستئذان في البيت والمدرسة	أسلوب السرد القصصي المناقشة والحوار	تم تحقيق الهدف
3	- إدراك خصوصية دورة المياه له وللآخرين. - نزع الملابس في دورة المياه وعند الاستحمام - أن لا يحاول خلع ملابس أو لمس الأعضاء التناسلية لزملائه	تقنيات لعب الأدوار أسلوب السرد القصصي المناقشة والحوار	تم تحقيق الهدف
4	- تعلم آداب النوم كعدم مشاركة النوم مع غيره وخاصة الجنس الآخر. - عدم النوم في غرفة الاباء	المناقشة والحوار	تم تحقيق الهدف
5	- تعليم الطفل النظافة الشخصية، بالنسبة للفتيات طرق وضع مناديل الحيض وتغيير الملابس	المناقشة، أمثلة تطبيقية الصور...	تم تحقيق الهدف
6	- تعليم الطفل حدود العلاقات وعدم قبول الملامسات الغير صحية والاساءة الجنسية (القبلات، الحضن، الجلوس مع الغرباء ...)	الحوار وسرد القصص	تم تحقيق الهدف
7	- تعلم الإبلاغ عن الإساءة الجنسية - متى –كيف –من -	تقنيات لعب الأدوار القصص والحوار	تم تحقيق الهدف

8	- جلسة تقييم المكتسبات والأهداف السابقة	حوار –أسئلة – مناقشة	تم تحقيق الهدف

جدول :03 نتائج الخطة لإرشادية

بناءا على ما سبق وبعد تطبيق الخطة الإرشادية بهدف زيادة الوعي الجنسي لدى عينة من تلاميذ متخلفين عقليا مدمجين توصلنا إلى أن الخطة الإرشادية ساهمت في تحسين الوعي الجنسي للأطفال، وقد تم تحقيق الأهداف المخطط لها ، وقد ظهر هذا التحسن من خلال تفاعل الأطفال معنا ابتداءا من الحصة الثالثة والرابعة وملاحظات الأولياء التي وصفت الخطة بالناجحة على أساس ما لوحظ على أطفالهم قبل تطبيق الخطة وبعدها وزيادة ثقتهم بأنفسهم وارتفاع مستوى الوعي لديهم

5- خاتمة :

حاولنا من خلال دراستنا هذه تسليط الضوء عل دور التربية الجنسية في تنمية الوعي الجنسي لدى عينة من أطفال التخلف العقلي تراوحت درجات ذكائهم بين(50 و70درجة) ببعض المدارس الإبتدائية بولاية أم البواقي ،عن طريق خطة إرشادية تضمنت 10 جلسات إرشادية ثمانية (08) موجهة للتلاميذ وجلستين(02) موجهة للأباء، إعتمدت الخطة الإرشادية على تقنيات إرشادية مختلفة وصممت الخطة لتكون ملائمة لفئة التلاميذ مختلفي الجنس والعمر مدمجين مع تلاميذ عاديين، وتعتبر الدراسة بمثابة برنامج إرشادي يمكن تحسينه مع تقدم الأطفال وفقا للتربية الجنسية التي يتلقونها طيلة شهرين من العمل، وقد أسفرت النتائج حسب الجلسة الأخير بشهادة الأولياء ارتفاع مستوى الوعي الجنسي لدى أطفالهم وتحسنهم عن طريق الخطة الإرشادية المتبناة.

6- توصيات الدراسة:

- العمل على إجراء دراسات مختلفة حول موضوع التربية الجنسية لدى فئة التخلف العقلي وذوي الاحتياجات الخاصة، خاصة من الغزو الالكتروني وانتشار الأفكار الغربية الهدامة.
- بناءا على خطة البرنامج الإرشادي المقترح توصي الدراسة بضرورة تطوير الخطة الإرشادية الى برنامج للتربية الجنسية بشكل يضمن تحسين الوعي الجنسي للطفل
- تعميم الخطة الإرشادية من حالات التخلف العقلي إلى أطفال من إعاقات مختلفة وفي مناطق أوسع جغرافيا

- العمل على تطوير برامج ارشادية وعلاجية في مجال التربية الجنسية موجهة للعاديين وذوي الاحتياجات الخاصة أيضا.

المراجع:

أبو حلاوة، محمد السعيد عبد الجواد، (2004)، التربية الجنسية للأطفال والمراهقين ذوي الاحتياجات الخاصة، فعاليات الدورة التدريبية لتأهيل العاملين في مجال التربية الخاصة، كلية التربية بدمنهور: جامعة الإسكندرية.

أمل المخزومي , التربية الجنسية والتعامل الإجتماعي للمعوقين عقلياً , مقالة منشورة على الإنترنت في موقع مجموعة المساندة , لمنع الاعتداء على الطفل والمرأة , 2007 , www.musanda.com ص ص 1-4

العيسوي عبد الرحمن، (1999)، سيكولوجيا النمو الإنساني، دار المعرفة الجامعية

فاروق عطية يوسف بخيت، (2010)، التربية الجنسية في ضوء القرآن الكريم والسنة، أطروحة مقدمة لاستكمال متطلبات الحصول على درجة الماجستير في أصول الدين بكلية الدراسات العليا في جامعة النجاح الوطنية في نابلس- فلسطين.

فضال نادية، وسعادو أسماء (2021)، التربية الجنسية عند ذوي الإحتياجات الخاصة، أعمال الملتقى الوطني الموسوم بذوو الاحتياجات الخاصة في الجزائر (المشكلات والأفاق)

رشاد صالح دمنهوري، شاكر؛ محمد حسن غانم (2010)، .المركز الرئيسي الرياض .مكتبة الشقري للنشر والتوزيع.

عبد المعطي، عبد الله محمد(2015)، التربية الجنسية أصول شرعية وقصص، واقعية، ط.1، مركز إبصار للنشر والتوزيع: القاهرة.

عودة، بلال أحمد، (2010)، التربية الجنسية لذوي الاحتياجات الخاصة (ط:1،) عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع

عبيد، السيد، ماجدة، (2002)، الإعاقة العقلية، ط1، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان

عشوي مصطفى (2001)، علم النفس المعاصر، ديوان المطبوعات الجامعية الجزائر

Jason Travers, Matt Tincani, Peggy Schaefer Whitby, E. Amanda Boutot,2014, Alignment of Sexuality Education with Self Determination for People

with Significant Disabilities: A Review of Research and Future Directions,, Education and Training in Autism and Developmental Disabilities, , 49(2), 232-247

Edward S. Shapiro, Christine A. Sheridan, 1985, Systematic assessment and training of sex education for a mentally retarded woman, , Applied Research in Mental Retardation, Volume 6, Issue 3, 1985, Pages 307-317, https://doi.org/10.1016/0270-3092(85)90004-9

R. E. C. Penny &J. E. Chataway,2009,Sex Education for Mentally Retarded Persons, Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities 8(4):204-212,DOI:10.3109/13668258209018763

T. J. Talbot, P. E. Langdon,2006, A revised sexual knowledge assessment tool for people with intellectual disabilities: is sexual knowledge related to sexual offending behaviour?

الإساءة الجنسية ضد الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المجتمع الجزائري : اضطراب طيف التوحد نموذجا .

Sexual abuse against children with special needs in Algerian society: autism spectrum disorder as a model.

أ د. برزوان حسيبة - ط د. كنزة دومي
جامعة الجزائر02، مخبر القياس والإرشاد النفسي
kenza.doumi@univ-alger2.dz / hberrz@gmail.com

ملخص :

إن مشكلة الاعتداءات الجنسية على الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة هي مشكلة يصعب كشفها في الواقع، لأنها هي جريمة متستر عليها في المجتمع الجزائري نظرا لخصائص و تركيبة المجتمع الذي يعتبر مثل هذه المواضيع طبوهات ، و كذا لطبيعة وخصائص الأف ا رد ذوي الإعاقات الذي يتم استغلالهم، أما لنقص قد ا رتهم العقلية أو بسبب إعاقات أخرى تحول دون إفصاح عن الاعتداء، وبهذا سنحاول الكشف في هذه الورقة البحثية عن طبيعة هذا الاعتداء وأسباب هذه الاعتداءات وسنحاول إعطاء حلول لحماية هذه الفئة من المجتمع.

الكلمات المفتاحية:

الإساءة الجنسية ، الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.اضطراب طيف التوحد

summary :

The problem of sexual assaults on children with special needs is a problem that is difficult to detect in reality, because it is a hidden crime in Algerian society due to the characteristics and composition of society that considers such issues taboos, as well as to the nature and characteristics of individuals with disabilities who are being exploited. Because of their lack of mental capacity or because of other disabilities that prevent them from disclosing the assault, and thus we will try to reveal in this research paper the nature of this assault and the causes of these assaults and we will try to give solutions to protect this group of society.

key words :

Sexual abuse, children with special needs. Autism spectrum disorder

مقدمة:

تتصدر مشكلة الإساءة الجنسية للأطفال قائمة الأولوية في الجرائم الوطنية بحيث تفشت هذه الظاهرة في المجتمع الجزائري وخاصة بعد التطور العلمي والتكنولوجي وتطور وسائل الإعلام التي أضحت تكشف وتعلن عن جرائم الاعتداء، وكذا تفتح المجتمع الجزائري ووعيه وافصاح الأسر عن حالات الاعتداء لديهم خاصة إذا طالت فئة من المجتمع التي تحتاج إلى عناية واهتمام الا وهي فئة التربية الخاصة . اذ تتصدر مشكلة الاعتداءات الجنسية عامة وعلى الأطفال بشكل خاص اهتمام كافة المؤسسات التي تعمل في مجال حقوق الطفل في جميع أنحاء العالم، ويتفق الجميع على ضرورة التصدي لهذه الانتهاكات ومحاربة جميع أشكال الاعتداءات على الطفال.

فمشكلة الاعتداءات الجنسية على الأطفال من أخطر المشاكل التي طفت على السطح في مجتمعنا الجزائري ، وهي بمثابة قضية خطيرة يجب الوقوف عليها والعمل بشكل جاد للحد منها .

فمجتمعنا الجزائري أصبح يعاني من آفة نخشى أن تصبح ظاهرة قد تطال كل منزل، حيث عدد الحالات في ازدياد مستمر حسب ما يتوفر لدينا من معلومات، رغم تكتم مجتمعنا على هذه القضية واخفائها خلف الجدران والأبواب المغلقة مما ساعد على تفاقمها يوما بعد يوم. لكونها ظاهرة صامتة ممنوع الاقتراب منها أو الحديث عنها بسبب الاعراف التي تداولها المجتمع حيث تناول وطرح موضوع الثقافة الجنسية، فهو ممنوع عن الحديث أو النشر أو التداول....

لذلك فان حقوق الطفل يجب الحفاظ عليها بكافة السبل، ويجب أن تبقي مكفولة بحماية القانون، فقد يعود تفاقم هذه الظاهرة إلى عدم تطبيق القانون بحق المعتدين في ظل الشلل الذي تعانيه المؤسسة التشريعية الجزائرية والمؤسسة التنفيذية ، وتأتي هذه الدراسة لتوضيح بعض المفاهيم المتعلقة بالاعتداءات الجنسية ضد هذه الفئة (فئة الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد) ، التي لم تأخذ حقها من العناية والاهتمام.

الإشكالية :

تتناول الد راسة الحالية ظاهرة أصبحت تطال المجتمع الجزائري لكن في صمت، باعتبارها طابوهات وغير مسموح الإفصاح عنها ألا وهي التحرش الجنسي، والاعتداء ضد أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، بعد أن كان الاعتداء يقتصر على الفتيات أو الذكور، أصبح الآن يطال حتى فئات التربية الخاصة خاصة أطفال ذو إعاقة عقلية، بما فيهم أطفال التوحد و أطفال متلازمة داون ، وكذا الإعاقات الأخرى وهذا ما جعلنا نعد هذه الورقة البحثية تحت هذا العنوان باعتبارها مشكلة خطيرة تهز كيان المؤسسات الاجتماعية في الجزائر ، اذ تشير البحوث الحديثة في العلوم السلوكية إلى أن الإساءة الجنسية للمعاق أصبحت أمراً

مطروحاً في العديد من الثقافات، والملفت للنظر أن موضوع الإساءة الجنسية غالباً ما يرتبط بمشكلة تأخذ وقتا قصيرا ولكنها تنتهي بصعوبات نفسية شديدة بعيدة المدى على شخصية.

وتشمل هذه الإساءة تعرض المعاق للمضايقة الجنسية من قبل شخص راشد، قد تكون بشكل مباشر كالاعتداء الجنسي الكامل، أو غير المباشر مثل الاحتكاك، والتحرش، التقبيل الجنسي، والتحريض على الجنس، وكذلك الألفاظ الجنسية مما يترك عليه آثاراً نفسية سيئة بعيدة المدى.

ونلخص المشكلة البحثية الحالية في التساؤلات التالية :

فيما تتمثل الاعتداءات الجنسية ضد ذوي الإعاقة العقلية ؟

-أسباب الاعتداءات الجنسية ضد الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد ؟

-ماهي أسباب الاعتداءات الجنسية ضد هذه الفئة ؟

-ماهي الحلول المقترحة لضبط هذا السلوك الاجرامي في الجزائر ؟

أهمية الورقة لبحثية:

-التعرف على نوع الاعتداءات الجنسية ضد هذه الفئة.

-توعية الباحثين والطلبة والمختصين بخطورة الجرائم الجنسية ضد هذه الفئة.

-سباب المؤدية لمثل هذه الاعتداءات في المجتمع الجزائري.

- تناول الآثار المترتبة عن مثل هذه الاعتداءات.

-الوصول إلى اقتراحات وحلول لضبط هذا السلوك الإجرامي للحد من هذه الجريمة.

ضبط المفاهيم و المصطلحات :

الاعتداء الجنسي:

هو أي فعل جنسي موجه لطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة بواسطة شخص بالغ أو طفل أكبر منه معلم التربية الخاصة المربي .... الخ... دون إدارك من الطفل طبيعة ذلك الفعل ومخلفاته.

الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة:

هم فئات بحاجة إلى تكفل وعناية خاصة نظ ا ر لوجود لديهم إعاقات مختلفة قد تؤثر على جزء أو أكثر من قد ا رتهم الحسية أو العقلية أو التواصلية أو السلوكية، كالإعاقة العقلية الإعاقة البصرية والسمعية و الإعاقات التواصلية كالتوحد وغيرها ، وهم الفئات الذي يتم ممارسة عليهم الفعل الجنسي برغبة أو بدون رغبة منهم.

اضطراب طيف التوحد :

اضطراب طيف التوحّد هو اضطراب نموّ عصبيّ معقّد، يؤثّر على تطوير المخّ الطبيعيّ لمهارات الاندماج الاجتماعيّ والتواصل. من السمات المشتركة بين الأشخاص ذوي اضطراب طيف التوحّد:

- خلل في التفاعلات الاجتماعيّة، والتواصل اللفظيّ وغير اللفظيّ.
- مشاكل في كيفيّة استيعاب المعلومات الآتية عن طريق الحواس.
- أنماط محدّدة من السلوكيّات المتكرّرة. (قحطان أحمد ؛ 63، 2008).

-فئات التربية الخاصة:

قبل التطرق إلى مناقشة موضوعنا يجب التعرف على من هم فئات التربية الخاصة ، وماهو تعريف الإعاقة العقلية و تشمل فئات التربية الخاصة ما يلي:

-الموهبة والتفوق ،الإعاقة العقلية، الإعاقة البصرية ،الإعاقة السمعية، الإعاقة الانفعالية ،الإعاقة الحركية ،صعوبات التعلم ، الاضطرابات التواصلية والنمائية. وقد خصصنا في هذا البحث التطرق إلى الإعاقة العقلية.

الإعاقة العقلية:

وتعرف حسب الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية: بأنها تشير إلى انخفاض ملحوظ في القدرات العقلية العامة و التي ترافقه

في السلوك التكيفي و التي تظهر خلال مرحلة النمو. (قحطان أحمد ؛ 64، 2008).

_ **تعريف أخر**" : يشير مصطلح الطفل المعوق إلى الطفل الذي يعاني من حالة ضعف أو عجز تحد من قدرته أو تمنعه من القيام بالوظائف والأدوار المتوقعة ممن هم في عمره، بالاستقلالية والإعاقة ليست مرضا بل حالة انح ا رف أو تأخر ملحوظ في النمو الذي يعتبر عاديا من الناحية الجسمية، أو الحسية أو العقلية واللغوية أو التعليمية، ممن ينجم عنه حاجات فردية وهذه الحاجات تقتضي تقدم خدمات خاصة ،وتستدعي توفير فرص غير تقليدية للنمو و التعلم. "

-**و تعرف أيضا** " بأنها إصابة نفسية أو عقلية أو بدنية تسبب ضر ا ر لنمو الإنسان وتطوره البدني، والعقلي أو كلاهما وقد تؤثر في حالته النفسية والتعليمي والتدريبية." (خالد نجار ،ص5).

3-الاعتداء جنسي:

قبل أن نتطرق إلى خلفيات وأسباب وكيفية حماية معاقين عقليا من الاعتداء الجنسي والتحرش، يجب ضبط المصطلحات الأساسية وهي : الاعتداء الجنسي. ويعرف بأنه استخدام الطفل لإشباع الرغبات الجنسية لبالغ أو مراهق ، وهو يشمل تعريض الطفل لأي نشاط أو سلوك جنسي ، ويتضمن غالبا التحرش الجنسي بالطفل من قبيل ملامسته أو حمله.

3-1تعريف القانون الفدرالي للوقاية من الإساءة الجنسية للطفل:

كل استغلال أو استخدام أو إقناع أو اغراء أو استمالة أو اكراه ، لأي طفل على المشاركة أو المساعدة أي شخص أخر على المشاركة في أي سلوك جنسي صريح، أو التظاهر بسلوك من هذا النوع لهدف تصويره أو

الاغتصاب أو التحرش أو البغاء أو أي شكل أخر من أشكال الاستغلال الجنسي للطفل أو ممارسة سفاح القربى مع الأطفال. (2003Capta)

4-التحرش الجنسي:

سلوك مفروض من شخص على آخر ويحمل طابعا و رموزا جنسية، يقوم خلاله المعتدي باستغلال السلطة والقوة دون موافقة الطرف الأخر.

5-الاستغلال الجنسي:

هو اتصال جنسي بين طفل وشخص بالغ من أجل إرضاء رغبات جنسية عند الأخر مستخدما القوة والسيطرة عليه.

6-الاغتصاب:

هو فرض اتصال جنسي رغم عن إ ا ردة الضحية باستغلال المكانة، السيطرة ، السلطة أو الخداع أو استغلال عجز نفسي أو عقلي أو جسدي لدى الضحية ، وليس الاغتصاب تعبي ا ر عن رغبة جنسية أو عواطف تجاه الضحية، إنما اعتداء عنيف يهدف إلى إذلال أو الإساءة إلى الضحية من خلال استعمال الجنس وسيلة لممارسة العنف.

7-الاعتداء أو التحرش الجنسي بالطفل:

هو استخدام الطفل للإشباع الرغبات الجنسية لبالغ أو م ا رهق، ويطلق التحرش الجنسي على كل إثارة يتعرض لها الطفل عن عمد، وذلك بتعرضه للمشاهد الفاضحة أو الصور الجنسية أو العارية، أو غير ذلك من مثيرات كتعمد ملامسة أعضائه التناسلية فضلا عن الاعتداء الجنسي المباشر في صوره المعروفة، الطبيعي منها.

8-الشاذ المتحرش جنسيا " المعتدي":

هو شخص يكبر الضحية بخمس سنوات على الأقل وله علاقة ثقة وقرب للضحية، وقد يمارس التحرش الجنسي شخص غير معروف للضحية وفي كثير من الأحيان يكون المتحرش شخص تربطه بالضحية صلة ق ا ربة أو معرفة أو عمل، لذا قد يكون المتحرش أي فرد من أف ا رد المجتمع . (واقع الاعتداء الجنسي على الأطفال في قطاع غزة ، 2009،ص5)

9-الإساءة الجنسية ضد االأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد :

تتضمن الإساءة الجنسية مدى واسع من الأنشطة أو الممارسات الجنسية ، التي تفرض علي شخص ما أو الذي يتعرض لها شخصاً بالاكراه أو الإجبار، ويعد المعاقين عقلياً أكثر فئات الأطفال تعرضاً لمختلف صيغ الإساءة الجنسية ، وهم بصفة عامة غير قادرون علي التصدي لهذه الممارسات أو منع مرتكبيها من الإتيان بها لعجزهم أو لعدم قدرتهم على تفهم معني أو دلالة لما يتعرضون له من إساءة ، ونتيجة للضغوط الشديدة

التي تفرض عليهم للإذعان أو لتقبل هذه الممارسات ، في ظل الخوف الشديد الذي يبثه الجناة في نفوسهم إضافة إلي ميل المعاقين عقلياً بصفة عامة إلي البحث عن التقبل من قبل مرتكب الإساءة ، أو لاعتمادهم في علاقاتهم بصفة عامة وتتكون الإساءة الجنسية من أفعال مستهجنة وغير مناسبة ، تمارس ضد الضحايا دون رضاهم أو دون رغبتهم ، وتحت ستار من الاكراه والتهديد مثل :تعريض الضحية لمواد أو لموضوعات جنسية(مثل الصور الخليعة التي تحض علي الفسق والفجور)

،والاستخدام غير المناسب للتعليقات أو اللغة ذات الدلالة الجنسية سواء من قبل مرتكب الإساءة أو إجبار الضحايا علي استخدام مثل هذه التعليقات، أو اللغة ، عدم احت ا رم الخصوصية الشخصية للطفل أو الفرد أو ما يعرف اصطلاحاً بالحيز أو المسافة الشخصية ، كأن يقترب المسيء من الضحية بدنياً أو يتجسس عليها أثناء ارتداء الملابس أو أثناء الاغتسال، ملاطفة أو مد اعبة الأعضاء الجنسية للطفل، حث أو دفع الضحية للعري أو خلع الملابس أو إجبار الضحية علي رؤية الأعضاء الجنسية للمعتدي أو المسيء أو الوقوف

عارياً أمام الضحية، الممارسة الجنسية عن طريق الفم، وأخيرا الاتصال الجنسي الفعلي مع الضحية في ظل التهديد و الاكراه ، أو ما يعرف بالاغتصاب أو الممارسة الجنسية الفعلية باستغلال عجز الضحية على الفهم واغراءها بمختلف صور الاغراء.

(D. Doe, & T. Sobsey243-259)

10-كيف يقع الاعتداء:

هناك عادةً عدة م ا رحل لعملية تحويل الطفل إلى ضحية جنسية وهي:

10-1المنحى:

إن الاعتداء الجنسي على الطفل عمل مقصود مع سبق الترصد، وأول شروطه أن يختلي المعتدي بالطفل. ولتحقيق هذه الخلوة، عادة ما يغري المعتدي الطفل بدعوته إلى ممارسة نشاط معين كالمشاركة في لعبة مثلا، ويجب الأخذ بالاعتبار أن معظم المتحرشين جنسيا بالأطفال هم أشخاص ذوو صلة بهم، وحتى في حالات التحرش الجنسي من" أجانب("أي من خارج نطاق العائلة)فإن المعتدي عادة

ما يسعى إلى إنشاء صلة بأم الطفل أو أحد ذويه قبل أن يعرض الاعتناء بالطفل ، أو مرافقته إلى مكان ظاهره برئ للغاية كساحة لعب أو متنزه عام مثلا.

أما إذا صدرت المحاولة الأولى من بالغ قريب، كالأب أو زوج الأم أو أي قريب آخر، وصحبتها تطمينات مباشرة للطفل بأن الأمر لا بأس به ولا عيب فيه، فإنها عادة ما تقابل بالاستجابة لها، وذلك لأن الأطفال يميلون إلى الرضوخ لسلطة البالغين، خصوصا البالغين المقربين لهم، وفي مثل هذه الحالات، فإن التحذير من الحديث مع الأجانب يغدو بلا جدوى. ولكن هذه الثقة" العمياء "من قبل الطفل تنحسر عند المحاولة الثانية

وقد يحاول الانسحاب والتقهقر ولكن مؤامرة" السرية "و التحذيرات المرافقة لها ستكون قد عملت عملها واستقرت في نفس الطفل وسيحوّل المتحرش الأمر إلى لعبة" سرنا الصغير "الذي يجب أن يبقى بيننا، وتبدأ محاولات التحرش عادة بمداعبة المتحرش للطفل أو أن يطلب منه لمس أعضائه الخاصة محاولا إقناعه بأن الأمر مجرد لعبة مسلية ، وانهما سيشتريان بعض الحلوى التي يفضلها مثلا حالما تنتهي اللعبة.

وهناك، للأسف، منحى آخر لا ينطوي على أي نوع من الرقة، فالمتحرشون الأعنف والأقسى والأبعد انحرافا يميلون لاستخدام أساليب العنف والتهديد والخشونة لإخضاع الطفل جنسيا لنزواتهم، وفي هذه الحالات، قد يحمل الطفل تهديداتهم محمل الجد، لا سيما إذا كان قد شهد مظاهر عنفهم ضد أمه أو أحد أفراد الأسرة الآخرين .ورغم أن للاعتداء الجنسي، بكل أشكاله آثار عميقة ومريعة، إلا أن التحرش القسري يخلف صدمة عميقة في نفس الطفل بسبب عنصر الخوف والعجز الإضافي.

10-2التفاعل الجنسي :

إن التحرش الجنسي بالأطفال، شأن كل سلوك إدماني آخر، له طابع تصاعدي مطّرد، فهو قد يبدأ بمداعبة الطفل أو ملامسته ولكنه سرعان ما يتحول إلى ممارسات جنسية أعمق.

10-3السرية :

إن المحافظة على السر هو أمر بالغ الأهمية بالنسبة للمتحرش، لتلافي العواقب من جهة ولضمان استمرار السطوة على ضحيته من جهة أخرى ، فكلما ظل السر في طي الكتمان، كلما أمكنه مواصلة سلوكه المنحرف إزاء الضحية ، ولأن المعتدي يعلم أن سلوكه مخالف للقانون فإنه يبذل كل ما في وسعه لإقناع الطفل بالعواقب الوخيمة التي ستقع إذا انكشف السر، وقد يستخدم المعتدون الأكثر عنفا تهديدات شخصية ضد الطفل أو يهددونه بإلحاق الضرر بمن يحب كشقيقه أو شقيقته أو صديقه أو حتى أمه، إذا أفشى السر، ولا

غرابة أن يؤثر الطفل الصمت بعد كل هذا التهديد والترويع.

والطفل عادة يحتفظ بالسر دفينا داخله إلا حين يبلغ الحيرة والألم درجة لا يطيق احتمالها أو إذا انكشف السر اتفاقاً لا عمدا، والكثير من الأطفال لا يفشون السر طيلة حياتهم أو بعد سنين طويلة جدا، بل إن التجربة، بالنسبة لبعضهم، تبلغ من الخزي والألم درجة تدفع الطفل إلى نسيانها(أو دفنها في لا وعيه)ولا تنكشف المشكلة إلا بعد أعوام طويلة عندما يكبر هذا الطفل المعتدى عليه ويكتشف طبيبه النفساني مثلا أن تلك التجارب الطفولية الأليمة هي أصل المشاكل النفسية العديدة التي يعانيها في كبره.

(www.be-free.info/parents/Ar/sexabuse)

إن أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة غالبا ما يتم الاعتداء عليهم دون اللجوء إلى ما ذكرناه سابقا، وذلك ا رجع لعدم وعيهم وجهلهم بالفعل الجنسي وهذا ما يسهل على المعتدي الفعل الجنسي ، في بعض الإعاقات

أو سهولة استمالتهم للفعل الجنسي مثل بعض أطفال ذوي الإعاقة البصرية والسمعية أو أطفال التوحد أو الإعاقات العقلية.

بعد التعرف على كيفية وقوع الاعتداء سوف نطرح مؤشرات الاعتداء الجنسي الجسدية و السلوكية بحيث نجد أن المؤشرات الجسدية يشترك فيها أطفال ذوي الإعاقة و الأطفال العاديين ، أما المؤشرات السلوكية فهي تختلف بعض الشيء وذلك لنقص قد ا رتهم العقلية والمعرفية وعدم قدرتهم على تفسير الفعل الجنسي وأثاره على نفسيتهم.

11-مؤشرات الاعتداء الجنسي : وتنقسم مؤشرات الاعتداء الجنسي إلى مؤشرات أو دلائل جسدية وأخرى سلوكية:

11-1المؤشرات الجسدية:

1-الحكة في منطقة الرقبة والمناطق الحساسة.

2-رائحة أو إفراز غير طبيعيين من المناطق الحساسة.

3-ملابس داخلية ملطخة بالدم أو ممزقة.

2-الم يصاحب استخدام دوا رت المياه أو الجلوس أو المشي.

5-وجود دم مع التبرز أو التبول.

6-إصابات في المنطقة الحساسة.

7-احرار ، جروح ، ألم عند اللمس.

8-دلائل على التهابات وفطريات.

11-2المؤشرات سلوكية:

عادة ما يشترك كل من الأطفال العاديين وأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المؤشرات أو الدلائل السلوكية إلا في حالات التخلف العقلي العميق وبين أطفال التوحد والذي نجده يفهم طبيعة الفعل الجنسي لكن يخلف أثار سلوكية أخرى قد تكون أكثر شدة من مؤشرات التالية:

1-محكاة الفعل الجنسي وخاصة الفموية منها.

2-معرفة الكثير عن الجنس يفوق معرفة الأطفال الذين من نفس عمره.

3-استخدامه مصطلحات الجنسية في حديثه.

4- الخوف ورفض التعامل مع الآخرين.

5-العدوانية المفرطة.

6- عدم الثقة والخوف من الآخرين.

7- تغر السلوك المفاجىء و اللجوء إلى التمرد.

8-الميل للانطواء.

10-التعرض لنوبات الرعب و البكاء الشديد .،

تم التطرق إلى الدلائل و مؤشرات الاعتداء الجنسي ، وهذا لكي يتسنى للأسر وحتى كل المختصين اجتماعيين أو نفسانيين وحتى مختص في التربية الخاصة من التعرف و الكشف عن الاعتداءات الجنسية إن حدثت.

12-أسباب التعدي الجنسي ضد الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة:

هناك الكثير من الأسباب للقيام المعتدي جنسيا بفعل الجنسي ضد أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وسوف نقسمها على الشكل التالي:

12-1-أسباب تتعلق بمتعدي عليه:

ربما لا يدرك ذوي الإعاقة العقلية أن ما يتعرضون له من إساءة جنسية هو بالفعل عملاً مسيئاً أو شاذاً أو غير شرعي أو غير قانوني، وبالتالي ربما لا يخبرون أحداً علي الإطلاق بما يتعرضون له في مواقف الإساءة الجنسية ، وبصورة عامة فإن الأشخاص المعاقين أو غير المعاقين غالباً ما يخافون من التحدث بصراحة عن مثل هذه الخب ا رت المؤلمة نتيجة خوفهم من عدم تصديقهم أو خوفهم من أن لا يؤخذ كلامهم بالجدية المطلوبة، فهم عادة ما يتعلمون عدم الشك في مقدمي الرعاية لهم أو في غيرهم من رموز أو مصادر السلطة، ومن المحزن حقاً أن يكون مصادر أو رموز السلطة محل الثقة هؤلاء هم الذين يرتكبون هذه الإساءة، ويشير توربول وآخرون إلي عامل آخر يمثل في كثيرامن البرامج التعليمية تشجع التلاميذ علي الإذعان والخضوع لمدى واسع من الأنشطة الحياتية.

(Turnbull,et.al.,1994)

وغالباً ما يعتقد ضحايا الإساءة الجنسية أنه ليس من حقهم رفض ممارسات الإساءة الجنسية التي يتعرضون لها كما أنهم يفتقدون إلي مها ا رت خفض أو اختزال الخطر لكون برامج التعليم لا تتضمن أي أنشطة أو موضوعات أو إجراءات لتعليم هذه المهارات.

وتوجد عوامل أخرى تزيد من مخاطر احتمالات التعرض للإساءة الجنسية منها:

-انعدام القوة الاجتماعية للضحايا، الافتقاد إلى أو القصور في مهارات التواصل، القصور في الحكم أو التقييم نتيجة الافتقاد إلى مهارات الفهم والاستدلال، العزلة والضغوط الأسرية، والظروف المعيشية السيئة التي تزيد من احتمالات التعرض للإساءة الجنسية مثل الفقر وظروف السكن السيئة الخ.

-صعوبة و استحالة بعض فئات التربية الخاصة من الإفصاح عن التعدي الجنسي ، وذلك لعدم فهم واد ا رك ما هو التعدي أو التحرش

الجنسي حقيقة ،أو لعدم قدرتهم على إفصاح بسبب الإعاقة.

-استغلال المتعدي طبيعة الإعاقة والحاق الأذى بالفرد.

-استغلال الرغبة الجنسية لدى بعض الفئات مثل فئة الإعاقة العقلية من "متلازمة داون " وقيام بالفعل الجنسي عليه.

12-2أسباب أخرى:

أ- أسباب اجتماعية:

الأسرة:

يتفق الباحثون في مجال دراسة علاقات الأسرية على أهمية الأسرة فهي نظام اجتماعي له تقاليده الخاصة به ، و له نفعه بالنسبة للمجتمع الكلي و بالنسبة للفرد بحيث يعتبر من أول انساق تركيب الأسرة وأول مؤسسة تنشئة الاجتماعية ، بحيث يتم فيها تطبيع سلوكيات كثيرة فاستقرار الأسرة يوفر نسبة عالية من الاستقرار و تتوفر على نسبة من الأمان و الثبات ،و قدرة على إشباع احتياجات أفرادها بطرق سليمة ، فهي الوسط الأول الذي يتم فيه تكوين شخصية الطفل قبل الانتقال لمدرسة ، فسواء الطفل من سواء الأسرة خاصة إذا كانت الأسرة مفككة اجتماعيا، إذ تدل العديد من الدراسات أن الشباب الذين يعيشون في اسر مفككة يعانون من مشكلات اجتماعية خطيرة ، من بينها مشكل الاعتداءات الجنسية ،لان الطفل لم يخضع في احد فت ا رت طفولته إلى التوازن عاطفي و انفعالي معين ،كقهر أحد الوالدين له كتعريضه للعنف الجنسي الأمر الذي يجعله ينساق وراء رغباته و نزواته ونزعاته الشريرة التي تترجم إلى اعتداءات جنسية على الأطفال.

و يؤكد ذلك فرويد حيث يرى أن العامل الأساسي المتسبب في السلوك الإجرامي ، ما هو اضطراب عاطفي في مرحلة الطفولة المبكرة ، مع إحباط شديد في الرشد ، فسوف تتجمد عواطفه و يصبح متحجر ، بالإضافة لغياب الدور الرقابي و الرعاية الأسرية يزيد من حدة مشاكل فالأسرة التي تدعم القيم الجيدة و تضع ضوابط و قواعد الإشراف ، و تحد من تصرفات السلبية

الانفعالية تكون مصدر سليم للفرد و العكس . (محمد حسين ، 28،2003).

و اعتبر عالم الاجتماعي تورستينسللين Thor Sten أن التفكك الأسري يلعب دورا هاما في تطور ظاهرة الاجرام ، و يرى أن التكامل الاجتماعي و ما يرتبط به من تناسق و انسجام داخل الأسرة و هو الذي يصنع الضمير العام أو الشعور بالتوازن والتكامل الاجتماعي. (محمد شفيق ذس ،58)

و يعد جو المنزل المتوتر بيئة غير صالحة لتنشئة الطفل فيكون جائرا بين خضوعه للام أو للأب، و قد يلجأ الابن إلى أن يستخدم أحد الأبوين ضد الأخر و عندما يصاب الطفل بالتوتر الانفعالي الذي يعيق نمو الشعور بالأمان.

و بالتالي يهيؤه للدخول في عالم الانحراف ، كذلك غياب الدور الرقابي للأسرة و عدم الاهتمام بالطفل المعاق و إهماله متابعته مع جماعات الأصدقاء و الرفقاء ، قد يزيد من فرص تعرضه للاعتداء الجنسي ، كأن تترك الأم ابنها وحده في المنزل أو تتركه يلعب في الشارع طوال النهار ، دون أن تقلق نفسها في محاولة البحث عنه أو حتي مساءلته عن أين قضى يومه أو مع من كان.

-المحيط التربوي:

كذلك واقع التربية الجنسية في مجتمعاتنا العربية و في مجتمعنا الجزائري يطرح إشكاليات مختلفة على الجانب السوسيوتربوي في مختلف المنظومات التربوية ، ذلك لان نظرتنا للحياة الجنسية غير مفهومة و غامضة و تعتبرمن المواضيع الممنوعة ومن نقاشات المحرمة على اعتبار أن هذه الأخيرة اعتداء على قيم و تقاليد المجتمع ، و هكذا سيطرت النظرة التقليدية على الأسرة عامة والجزائرية خاصة.

وانعكست في الحياة الاجتماعية بصور الانحرافات والاعتداءات الجنسية باختلاف أنواعها، و خاصة تلك الموجهة ضد الطفل ،فالتربية الجنسية هي جزء من ككل ذلك لأنها تلعب دو ا ر مهما و مكملا في التطور النفسي و الجنسي للطفل(حامد زهران ، 1225 ،ص2).

كما أن التربية الجنسية ما هي إلا ذلك النوع من التربية التي تساعد الطفل على مواجهة مشاكله الجنسية مواجهة واقعية ، فالتربية الجنسية هي تلك القواعد و الأسس و الخب ا رت التي ترسخ في فكر الفرد ليدمجها في بناء شخصية الفرد و هي التوجه معلومات الفرد و خب ا رته و اتجاهاته ، نحو الحياة الجنسية اتجاها ايجابيا و مكملا ، مع ما وافق المعاير الاجتماعية و الدينية و القيم الأخلاقية السائدة في المجتمع ، مما يجعله قاد ا ر على فهم نموه الجسمي و الفيزيولوجي و ما يفرضه من تأثيرات على الجانب الجنسي ، و كذلك تمكنه من مواجهة كل المشكلات الجنسية التي قد تعترض حياته ، لذلك كان ل ا زما على الأسرة الجزائرية أن تنزع بعض الأفكار

الخاطئة كتلك التي تحمل مجموعة من الحواجز و الموانع في موضوع الجنس ،لاسيما أن الفضول و الجهل في هذا الموضوع قد يدفع الفرد إلى الدخ ول في عالم الانحرافات الجنسية و أمثلتها ظهور الأمهات العازبات ، الزنا ، الاغتصاب ... وهذا ما يتطلب ادراج التربية الجنسية في المقررات التعليمية.

(فكتور سمير نوف ، 1222 ،ص222)

-ضعف الوازع الديني:

يعتبر الدين أهم وسيلة يضبط بها سلوك الأف ا رد و الجماعات داخل المجتمع ، لأنه يدفع بعضهم عن البعض لما طباعهم الحيوانية من الظلم و العدوان ، و بما له من اثر قوي في نفس الطفل و ما تحتويه من قواعد الأخلاق ، و الحث على السلوك القويم ، مما يجعل الطفل بعيد عن طريق الانحراف .(على خليل مصطفى ،،،، 2 ،ص8)

-العامل الجغرافي :

و نعني به البعد لعناصر البيئة التي ينتمي إليها الفرد و دوره في تحفيزه على الجريمة، و كذلك الطبيعة الطبوغ ا رفية للمنطقة ، كما أن تلك الأحياء المكتظة بالسكان و التي تنتشر فيها أماكن مهجورة تعتبر بيئة ممهدة ومساعدة في ارتكاب الاعتداء الجنسي ، خاصة أن الأطفال في هذه المناطق يمضون النهار كله خارج المنزل دون م ا رقبة كذلك فيما يخص السكن بحيث حسب دراسات عبد المنعم عفاف ، أن طبيعة الحي و السكن لها تأثير سلبي كبير على الحياة الاجتماعية. كما أن تلك الأحياء المكتظة بالسكان و التي تنتشر فيها أماكن مهجورة تعتبر بيئة ممهدة ومساعدة في ارتكاب الاعتداء الجنسي ، خاصة أن الأطفال في هذه المناطق يمضون النهار كله خارج المنزل دون مراقبة.

كذلك فيما يخص السكن بحيث حسب د ا رسات عبد المنعم عفاف أن طبيعة الحي و السكن لها تأثير سلبي كبير على الحياة الاجتماعية.

(عبد المنعم عفاف ، 1222 ص75)

-للسكن تأثير محتمل لوقوع الاعتداء من خلال:

نسبة ازدحام ، ومدى ملائمة مساحة المسكن فمثلا إذا كان منزل ضيق وغرف ضيقة مما يجعل الإخوة و الأقارب ينامون في غرفة واحدة أو دورة مياه مشتركة مع الجيران و هنا يساعد المعتدي على استغلال الفرص للاختلاء بالضحية.

و كذا بعد السكن عن المدرسة مما يجعل الطفل يمشي لمسافات كبيرة أو يستعمل مختلف وسائل المواصلات.

بإضافة إلى الأحياء الفقيرة أي القصديرية بحيث تكثر الظروف المهيأة لمثل هذه الانحرافات ، وكذا تأثير جماعة الرفاق و تعرض للفساد و الانحراف.

-التأثير الإعلامي:

إن الانتشار الإعلامي الواسع الذي نعيشه اليوم يمثل خطر كبير على أطفالنا خاصة و أنهم يتعرضون لهذا التأثير دون رقابة ، فكاننا نعيش صراعا حضاريا نتيجة تغير اجتماعي يحدث في مجتمعنا ، حيث أصبح الفرد يستقبل من طرف وسائل الإعلام أكثر من ثقافة ، من أكثر من مجتمع واحد، فينشأ صراع بين الفرد و قيمه فيعيش بين معايير متناقضة و قيم متصارعة ، لما تبثه الفضائيات اليوم من أفلام إباحية تعدت حدود الدين و كل المعاير و القيم الاجتماعية السائدة في المجتمعات. فأصبح الجنس يمارس في كل القنوات الفضائية بطريقة غير شرعية و تدعو للإباحية المفرطة ، و كل الأفعال المخلة بالحياء كذلك للانترنت و مواقع التواصل الاجتماعية كالفيسبوك و التويتر دور كبير في هذا المجال ، حيث أن معظم شبابنا يجدون

متنافسا فيه للترويح عن أنفسهم بمشاهدتهم مواقع الخليعة ، بحيث يحاول شباب محاكاة و تقليد تلك الصور التي تشوه الحقائق الجنسية أما مع نفسه أو مع احد من إخوته الأصغر منه سننا.

-من هم الأقرب للاعتداء على أطفال ذوي االتوحد:

إذ تشير إحصائيات في الولايات المتحدة الأمريكية أن من % 27 إلي22 %من مرتكبي الإساءة الجنسية ضد ذوي الإعاقات النمائية هم أشخاص معروفون جيداً للضحايا بل ومحل ثقة ، وبهذا نجد المعتدون قد يكونوا أصدقاء الأسرة أو احد أفراد الأسرة مربي التربية الخاصة المشرف التربوي المكلفون برعاية داخل مراكز الإيواء ، سائقو الحافلات نقل المعاقين للمراكز الرعاية ...الخ.

يشير فالينتي هاين وتشوارتز 1225 أن مرتكبي الإساءة عادة ما يسيئون إلى أكثر من 7 شخصاً قبل أن يتم اكتشافهم لذا فإنه بدون الكشف عن ذلك يصبح أمر توجيه اتهام للجناة أو معاقبتهم أمرا مستحيلاً كما يتعذر بطبيعة توفير خلايا وطنية لحماية أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة خاصة في مراكز الإيواء.

عمومًا، شريحة الأطفال هي شريحة معرّضة بشكل كبير للاعتداءات الجنسيّة. تعود أسباب ذلك إلى كَون الأطفال يتعلمون منذ الصغر طاعة الكبار، وقد لا يعرفون أو يدركون أنّه في مقدورهم ألا ينصاعوا لشخص بالغ. علاوة على ذلك، فإنّ الأطفال مرتبطين بالكبار جسديًا وعاطفيًا وإدراكيًا واجتماعيًا. كما وأنّهم يجيدون بشكل أقلّ الدفاع عن أنفسهم ومن السهل المسّ بهم بسبب سنهم الصغيرة وضعفهم وسهولة تخويفهم.

وفي كثير من الأحيان تتطوّر العلاقة بين المعتدين والضحايا تدريجيًا. يستخدم المعتدون مجموعة متنوعة من الأساليب لتنفيذ الاعتداء والتسبب في تكتّم الطفل عليها. وبالتالي الضحايا من الأطفال يجدون أنفسهم في حالة يعانون فيها من الشعور بالذنب والخجل والارتباك (عدا عن الخوف) يمنعهم من الكشف عن الاعتداء.

و وفقًا للمعطيات فإنّ **الاعتداءات الجنسيّة شائعة في سن مبكرة على الرغم من أن جزءًا ضئيلاً منها يتمّ الكشف عنه في وقت وقوعهي سنّ مبكّرة يتواجد البنون والبنات في نفس خطورة التعرض للاعتداء** . خصوصًا عندما يتعلق الأمر باعتداءات داخل الأسرة والتي تبدأ في سن مبكرة وغالبا ما تستمر إلى مرحلة البلوغ.

بالإضافة إلى ذلك، فإنّ حالات الضغط والأزمات قد تزيد من خطر الاعتداء في أوساط الأطفال. مثال ذلك:

التوتّرات داخل الأسرة وفي العلاقة بين الوالدين.

الانفصال والطلاق.

البطالة والمشاكل الاقتصادية.

الهجرة.

الإعاقة (الجسديّة والإدراكيّة أو العاطفية) أو وجود مرض مزمن عند الطفل.

وعموما فان مجموعة الأطفال ذوي الإعاقة معرّضة لخطر الاعتداء الجنسيّ أعلى ب 4-10 مرّات من الأطفال العاديين. على سبيل المثال، تشير قاعدة بيانات وزارة العدل الأمريكية حول الأطفال المعتدى عليهم بين الأعوام 2009-2011 إلى أنّ نسبة القاصرين المعاقين في سن 12-19 الّذين تعرّضوا للاعتداء أعلى ب 3-4 مرات من القاصرين في هذه السّن الّذين لم يعانوا من إعاقة.

عندما يتعرّض الأطفال الذين يعانون من الإعاقة للاعتداء، فإنّهم غالبًا ما يعانون من نوع واحد من الاعتداء (الجنسيّ، الجسديّ، العاطفيّ والإهمال). و صعوبة اكتشاف الاعتداء تؤدّي إلى الاعتداء المتواصل والخطير على الأطفال.

هناك العديد من العوامل التي تؤدّي إلى أن معاناة الأطفال ذوي الإعاقة من الاعتداء أكثر من غيرهم:

اعتمادهم على الآخرين.

الطاعة والخضوع.

الانكشاف على المزيد من الناس أكثر من الطفل العادي، بما في ذلك معالجون من مختلف الأنواع.

لمسهم، وهو جزء من العلاج، وقد يُحدث عندهم خلطًا في التمييز بين اللمس الملائِم / المتوافق، وبين اللمس المغاير.

يتم استبعاد هؤلاء الأطفال من أنشطة أقرانهم، وفي مرات عديدة لا تتوفّر لديهم المعرفة والفهم حيال ما هو صواب وما هو خطأ.

موضوع التبليغ أقل وضوحًا لهم ..

يرتبط الطفل المصاب بالتوحد بالبالغ الذي من المفترض أن يقدّم البلاغ ضدّه..

المصاب بالتوحد صعوبات في الاتصال ومشاكل سلوكيّة عند الطفل.

توصيات و اقتراحات لحماية هذه الفئة من الاعتداءات:

14-1تدابير تتعلق بالضحية:

-تعليم ضحايا الإساءة الجنسية من ذوي الإعاقة للمها ا رت التالية:

-مهارات تأمين الذات أو الدفاع عن الذات.

-مهارات الحفاظ علي سلامة الجسد.

-مهارات الإبلاغ عن واقعة أو وقائع الإساءة.

-تعليمهم مختلف متضمنات التربية الجنسية (المعرفة والمعلومات؛ الاتجاهات والقيم، المهارات والسلوكيات، وارشادهم وتوجيههم لمعنى الاعتداء الجنسي).

14-2تدابير تتعلق بالمحيط الطفل المعاق:

-كخطوة أولية يجب الإدراك والتقييم الواقعي لحجم المشكلة ومعدل انتشارها.
-التصدي النشط للحقيقة التي مفادها أن ذوي الإعاقة العقلية وغيرهم من الإعاقات النمائية الأخرى أكثر عرضه للإساءة الجنسية مقارنة بأقرانهم غير المعاقين.
_إرشاد الأسر ذوي الاحتياجات الخاصة ،وتعليمهم كيفية حماية أطفالهم من هذه الاعتداءات.
_خلق مسافة اجتماعية بين المربي و المعاق.
_تحسين نوعية نوعية إجراءات التحقيق واتخاذ الإجراءات القانونية المطلوبة ضد الجناة .
_تهيئة بيئة تفاعل قائمة علي الأمن والسلامة النفسية تسمح للضحايا بالبوح أو التعبير عن ما يتعرضون له من إساءة.
-تطبيق السياسات التي تزيد من الأمن والسلامة البدنية والنفسية للمعاقين علي سبيل المثال دراسة التاريخ السابق للموظفين الجدد
المنضمين إلي العمل في مؤسسات رعاية وتربية المعاقين إضافة إلي استبعاد من يشك في احتمال قيامه بسلوكيات الإساءة من العمل في
مثل هذه المؤسسات.
-فصل المراهقين المعاقين عن الأطفال المعاقين.
-حماية هذه الفئة من مثل هذه الاعتداء ، سواء داخل المؤسسات التربوية، حتى من المربين و من أهاليهم
.

الخلاصة :

إن إتباع التحسيس ، واستعمال البرامج الوقائية التي تجعل من القائمين على شؤون الأطفال من أباء ومربين ، وحتى مؤسسات المجتمع بإمكانها أن تقف حائلا دون وقوع جرائم من هذا النوع ، كما أننا كباحثين بإمكاننا تقديم يد المساعدة لهذه الشريحة التي تعاني سوء التكفل بالإضافة إلى التعرض لاعتداءات تزيد من معاناتهم ، وتعرضهم لازمات نفسية ، تحول دونهم ودون تكيفهم واندماجهم في المجتمع.

قائمة المراجع :

1_البحيري عبد النقيب (2002)، إساءة معاملة الطفل، مجلة الرسالة التربوية المعاصرة ، الأردن ، العدد 3.
-2بركات، مطاع (2002) ، الاستغلال الجنسي للأطفال ، مجلة الرسالة التربوية المعاصرة ، عمان ، الأردن، العدد 3.
-3منال الشيخ (2012) ، فاعلية برنامج إرشادي فردي في التخفيف من أعراض الصدمة النفسية الناتجة عن إساءة المعاملة الجنسية لدى الأطفال من خلال دراسة حالة ، جامعة دمشق، سوريا.
-4مكتب الإنماء الاجتماعي (2001) ، سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية الديوان الأميري ، الكويت.
-5الطفل/ حماية الأطفال من التحرش الجنسي بالتدريب أمهات بلا حدود

(2009)،الرابطة الأهلية لنساء سورية.
6-http://www.be-free.info/parents/Ar/abuseconsep.htm
7-American psychiatric Association (1994) : Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder. Washinton DC.American Psychiatric Dress.

دلالة التمايز في مكونات الاضطرابات الجنسية لدى المراهقين:

دراسة عاملية في ضوء الفروق النوعية والثقافية من واقع حالات عربية

The significance of differentiation in the components of sexual disorders among adolescents: a global study in light of the qualitative and cultural differences

based on Arab cases

الدكتور/ سُليمان عبد الواحد يوسُف
جامعة قناة السويس – مصر
drsoliman2050@gmail.com

الدكتورة/ نور الهدى رحال
جامعة وهران 2 – الجزائر
rahalnourelhouda97@gmail.com

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى بناء صورة عربية لمقياس الاضطرابات الجنسية، وذلك لدى المراهقين العرب بالمرحلة الجامعية، والتعرف على بنيته العاملية وخصائصه السيكومترية من حيث (الصدق – الثبات – الاتساق الداخلي)، وكذا التعرف على الفروق في البنية العاملية للاضطرابات الجنسية لدى المراهقين الجامعيين العرب وفقًا لنوع الجنس (ذكور – إناث) والجنسية "الثقافة" (مصرية – جزائرية) وتكونت العينة من (300) طالبًا وطالبة من المراهقين الجامعيين بكل من مصر، والجزائر، منهم (180) ذكورًا، و(120) إناثًا، ومقسمين إلى (192) من مصر، و(108) من الجزائر، وقد بلغ متوسط أعمارهم (19.37) سنة وانحراف معياري (1.58) سنة. وبتطبيق المقياس العربي للاضطرابات الجنسية لدى المراهقين، إعداد/ الباحثين، وباستخدام صدق المحكمين، والمقارنات الطرفية، والمحك، والعاملي الاستكشافي باستخدام برنامج SPSS V26 والتوكيدي باستخدام برنامج AMOS VS26 ، وبحساب ثبات ألفا لـ كرونباخ، وبحساب الاتساق الداخلي للمقياس، أشارت النتائج إلى أن المقياس الحالي يتمتع بكفاءة سيكومترية تُجيز استخدامه في البيئة العربية لقياس الاضطرابات الجنسية لدى المراهقين، إضافة إلى عدم اختلاف الاضطرابات الجنسية باختلاف نوع الجنس، والجنسية "الثقافة".

كلمات مفتاحية: الاضطرابات الجنسية– المراهقة– البنية العاملية.

Abstract:

The current study aimed to investigate the factorial structure and psychometric efficiency of the sexual disorders scale in adolescents, As well as identifying the differences in the factorial structure of sexual disorders among Arab university adolescents according to gender, nationality "culture". The sample consisted of (300) university adolescents in Egypt and Algeria, (180) males, (120) females, (192) Egyptians, and (108) Algerians, with a mean age of (19.37) years and a standard deviation of (1.58) years. By applying the study tool, and by using

appropriate statistical methods, the results indicated that the scale has a global structure and psychometric efficiency that allows its use in the Arab environment to measure sexual disorders in adolescents, in addition to the absence of statistically significant differences between the study sample in sexual disorders according to the study variables in question.

Keywords: Sexual disorders - Adolescence - Factorial structure.

مقدمة:

لما كان الجنس يُمثل ركنًا أساسيًا في حياة الإنسان؛ فإنه لقي اهتمامًا متزايدًا من كثير من المفكرين والباحثين في السنوات الأخيرة وذلك لأنه يُعد من اهم الغرائز الفطرية واعظمها شأنًا لدى الإنسام. وبرغم ذلك فإن الحديث حول الجنس يُعتبر من المحظورات، الذي لا ينبغي الإشارة إليه سواء في المحافل الاجتماعية أم العلمية، لأنه يُعد من المحرمات.

وفي هذا الإطار أشارت خليل (2014، 88) إلى أن الموضوعات الجنسية ظلت مناقشتها هملاً لفترة طزيلة، إلى ان جاء القرن العشرين؛ وخاصة في العقود الأخيرة منه، أصبح الحديث في الموضوعات الجنسية مباحًا ولقى اهتمامًا كبيرًا من قبل الباحثين؛ وتزامن هذا مع تزايد نسب انتشار الاضطرابات الجنسية.

والمستقرىء للأدبيات النفسية العربية في مجال سيكولوجية الجنس، وتحديدًا الاضطرابات الجنسية Sexual Disorder، يمكنه ملاحظة شيوع انتشارها بين المراهقين من الذكور والإناث (الديدي، 2000؛ وغانم، 2007؛ ومحمد، 2010؛ وسيد أحمد وآخرون، 2016؛ والبقاعي والقداسي، 2019؛ ويوسُف، 2021؛ ويوسُف ورحال، 2022)، وتشمل الاضطرابات الجنسية الشائعة التي انتهت إليها تلك الدراسات والبحوث ضعف الرغبة الجنسية، وفقدان القدرة الجنسية، والمشكلات الجنسية الموجهة نحو الذات والآخرين، واضطراب الهوية الجنسية للمراهقين.

ومن ناحية أخرى تُعد المراهقة Adolescents مرحلة من مراحل عُمر الإنسان، تبدأ عند البلوغ، وتستمر بضع سنوات فترة؛ فإن المنظور البيولوجي أن فترة المراهقة هي من أفضل أوقات الحياة, حيث تعمل معظم الوظائف العقليَّة والجسديَّة، مثل السرعة والقوة والذاكرة, ويعد الوقت المناسب للاستجابة في أوج نشاطها خلال الـ 20 عامًا الأولى. ويصبح للأفكار الجديدة والراديكاليَّة والأفكار التباعديَّة معظم الأثر العميق على التخيل، ويعد تكوين المهارات والمفاهيم العقليَّة الضروريَّة للإنسان الصالح، واستكمال التعليم ونمو الثقة في الذات والشعور الواضح بكيان الفرد وامتداد الاهتمامات إلى خارج حدود الذات، وإعادة تنظيم الذات، ونمو ضبط الذات من مطالب النمو في مرحلة المراهقة (Csikszentmihalyi., 2016).

وفي هذا الإطار أشار يوسُف (2011، 71) إلى أن مرحلة المراهقة مرحلة هامة ومتميزة عن غيرها من المراحل، ففيها الجوانب الإيجابية المتمثلة في الطاقة والحيوية والنمو السريع والرغبة في إحداث التغيير، كما أنها مرحلة مليئة بالصراعات، والاضطرابات الانفعالية والمشكلات الأكاديمية، مما يجعلها

مرحلة حرجة فى حياة الإنسان حيث الانتقال من مرحلة المراهقة إلى مرحلة. وقد ذهب البعض إلي القول بأنه من المتوقع أن تبرز فروق ارتقائية جوهرية في الجوانب الجنسية بين المراهقين الأكبر عمرًا والمراهقين الأصغر عمرًا؛ حيث يرى المتبنون للمنحى السيكوفسيولوجي أنه من المتوقع بزوغ تغيرات ارتقائية في البناء السيكوفسيولوجي الفرد أثناء مرحلة المراهقة؛ نتيجة للارتقاء الملحوظ الذي يحدث في البناءات الفسيولوجية التي يُفترض أن تكون متضمة في مرحلة المراهقة. الأمر الذى دفعنا إلى الاهتمام بموضوع الاضطرابات الجنسية إذ أنه فى حد ذاته يمثل موضوعًا خصبًا ومن الموضوعات الهامة على المستويين النظرى والتطبيقى وهذا ما حدا بالباحثان إلى إجراء الدراسة الحالية.

مشكلة الدراسة:

لما كانت الشخصية الإنسانية تُشكّل كلاً متكاملاً في جميع جوانبها المختلفة الجسمية, والعقلية, والنفسية, والبدنية, والاجتماعية ويحتاج هذا التكامل لإشباع الحاجات الفسيولوجية الدنيا مرورًا بالحاجات الفسيولوجية العليا وفقًا لمدرج الحاجات لماسلو الذي رتبت فيه الحاجات بالتدرج بدءً من الحاجات الدنيا والتي لا يمكن الوصول للحاجات العليا دون إشباعها (يوسُف ورحال، 2022)؛ فإن الدافع الجنسي يأتي في مرتبة متقدمة من ضمن الحاجات الفسيولوجية الأساسية التي تحافظ على النوع, وربما اختلفت طريقة الإشباع للدافع الجنسي لدى المراهقين، ومرجع هذا الاختلاف ليس في طريقة وجود الدافع أو الرغبة الجنسية من عدم وجودها لديهم، لكن هذا الاختلاف نابع من خلال أدائهم وطريقة تعبيرهم عن حاجاتهم ورغباتهم الجنسية (سليمان، 2014).

وتناول موضوع وظاهرة الاضطرابات الجنسية وبصفة خاصة لدى المراهقين يجب الاهتمام به شأنها شأن الاضطرابات السلوكية الأخرى، حيث تظهر ملازمة لمرحلة المراهقة ومشكلاتها وتصبح من اكثر المشكلات التي يعانيها المراهقين إذا لم تجد أساليب المواجهة الفعالة من الأسرة والمربين والمعلمين والأساتذة الجامعيين والاخصائيين النفسيين والاجتماعيين، ويترتب عليها مشكلات نفسية واجتماعية أخرى للمراهق، وقد تتطور من مشكلات جنسية إلى جرائم جنسية تأخذ منحى أعلى في الخطورة على المراهق ذاته وعلى الآخرين المحيطين به.

وعلى ذلك، فإن مشكلة الدراسة الحالية تمثلت في الحاجة إلى وجود أداة قياس دقيقة لقياس الاضطرابات الجنسية، وذلك لدى المراهقين العرب بالمرحلة الجامعية، وخاصة أن المراهقون - ونعنى ما هم فى السن من (12 – 22 عام) - هم الفئة التي تواجه تحديات الإدمان على المواقع الإباحية، وآثارها السلبية على الأفراد والمجتمعات. إضافة إلى أن الاضطرابات الجنسية يعتبر من المتغيرات الهامة التي تؤثر في جوانب النمو المختلفة لدى المراهقين الذين يمرون بتلك المرحلة العمرية الحرجة في تشكيل شخصيتهم وتطورها وبناء العلاقات الإيجابية بينهم وبين أقرانهم. وهذا ما حدا بالباحثان إلى إجراء الدراسة الحالية التي

تتحدد مشكلتها في الأسئلة التالية.

1. ما هى دلالات صدق مقياس الاضطرابات الجنسية لدى المراهقين بالبيئة العربية؟.
2. ما هى دلالات ثبات مقياس الاضطرابات الجنسية لدى المراهقين بالبيئة العربية؟.
3. ما هى دلالات الاتساق الداخلى لمقياس الاضطرابات الجنسية لدى المراهقين بالبيئة العربية؟.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى بناء مقياس الاضطرابات الجنسية لدى المراهقين بالمرحلة الجامعية، وكذا التحقق من خصائصه السيكومترية في البيئة العربية (مصر، والجزائر)، وذلك من خلال دلالات عديدة منها صدق البناء بعدة أنواع، والثبات بألفا كرونباخ، والاتساق الداخلي.

أهمية الدراسة:

تبرز أهمية الدراسة الحالية في جانبين؛ الأول نظري، والثاني تطبيقي، فمن حيث الأهمية النظرية فإن الدراسة الحالية يتوقع أن تساهم في التوصل إلى أداة قياس تتصف بالموضوعية، لقياس الاضطرابات الجنسية لدى المراهقين العرب بالمرحلة الجامعية. أما من حيث الأهمية التطبيقية فإن هذا المقياس سيُصبح له قيمة تربوية خاصة، إذ سيكون أداة قياس سهلة وسريعة التطبيق للكشف عن الاضطرابات الجنسية لدى المراهقين بالجامعات العربية. وفي ضوء نتائج المقياس يمكن التخطيط لوضع برامج تدخل سيكولوجي (تدريبية – إرشادية) أو محاضرات أو ندوات من قبل المعنيين المسئولين وصانعي القرار بالجامعات العربية للتخفيف من هذا النوع من الاضطرابات. وبذلك تتوفر إمكانية تصحيح مسارهم والتفاعل النشط الفعال في الجامعات وجميع مناحي الحياة وصقل شخصياتهم وإعدادهم للمستقبل بما ينعكس إيجابيًا على جودة حياتهم الأكاديمية والنفسية والاجتماعية.

مصطلحات الدراسة:

1. **الاضطرابات الجنسية Sexual disorders:**

هو اضطراب سلوكي يتضمن كل صور الخلل الذي يعتري الوظيفة الجنسية أو يعرقل الأداء الجنسي للفرد، سواء كان هذا الخلل فسيولوجي، أو وظيفي أو ثقافي، حيث تتمثل هذه الاضطرابات في ممارسة الفرد لسلوكيات جنسية غير مقبولة في المجتمع الذي يعيش فيه.

ويُعرفها الباحثان إجرائيًا في الدراسة الحالية بأنها "الدرجة التي يحصل عليها الفرد في الأداء على مقياس الاضطرابات الجنسية لدى المراهقين العرب المُعد في الدراسة الحالية.

2. **المراهقة Adolescents:**

قدم يوسُف (2011، 71) تعريفاً للمراهقة ينص على أنها "القنطرة التي يعبر عليها الفرد من طفولته بكل ما فيها من صعوبات واعتمادية إلى رشده بكل ما فيه من قدرات واستقلالية، وتنقسم إلى:

أ. المراهقة المبكرة: من عمر 12 – 13 – 14 سنة ويقابلها المرحلة الإعدادية.

ب. المراهقة المتوسطة: من عمر 15 – 16 – 17 سنة ويقابلها المرحلة الثانوية.

ج. المراهقة المتأخرة: من عمر 18 – 19 – 20 – 21 – 22 سنة ويقابلها المرحلة الجامعية.

ويقصد بالمراهقون فى الدراسة الحالية "الطلاب والطالبات الذين تتراوح أعمارهم ما بين (16 – 22) سنة ويدرسون بالمرحلتين التعليميتين الثانوية والجامعية ببعض المدارس الثانوية العامة وبعض الكليات النظرية والعملية ببعض المدارس والجامعات في ثلاثة دول عربية هي: (الكويت، ومصر، والجزائر)، ومن ثم فهم يقعون في مرحلتي المراهقة المتوسطة والمتأخرة".

3. الخصائص السيكومترية Psychometric Properties:

يُقصد بالخصائص السيكومترية لأداة القياس في الدراسة الحالية تلك الخصائص القياسية الضرورية والمتعلقة بالصدق والثبات والاتساق الداخلى، والتى يتم حسابها بعد تجريب الأداة على عينة ممثلة للمجتمع الأصلى لعينة الدراسة. وتعتمد كفاءة الأداة على مدى توافر بيانات مناسبة لهذه الخصائص. وتشتمل الخصائص السيكومترية فى الدراسة الحالية على ما يلى:

أ. الصدق Validity:

يُقصد به أن يقيس الاختبار ما وضع لقياس. أو يقصد به صلاحية الاختبار فى قياس ما وضع لقياسه. ويُعد الصدق أهم الخصائص السيكومترية للاختبار. فكيف يمكن الوثوق فى نتائج اختبار لا يقيس ما يدعى قياسه (خطاب، 2008، 538). وسوف تقتصر الدراسة الحالية على استخدام طرق الصدق التالية: (صدق المحكّمين Trustees Validity، والمقارنات الطرفية (الصدق التمييزي) Discriminatory Validity (Peripheral Comparisons)، والصدق التلازمى Concurrent Validity، والصدق العاملى "التحليل العاملى" "Factorial Analysis" Factorial Validity بشقيه الاستكشافي والتوكيدي.

ب. الثبات Reliability:

هو ضمان الحصول على نفس النتائج تقريبًا إذا أُعيد تطبيق الاختبار على نفس المجموعة من الأفراد، وهذا يعني قلة تأثير عوامل الصدفة أو العشوائية على نتائج الاختبار، ومن هذا يمكن أن نستنتج قوة العلاقة القوية بين وحدات الاختبار والأداء الحقيقي للفرد، وواضح أن هذا الأداء إنما هو دالة القدرة أو الخاصية (أبو هاشم، 2004، 293). وسوف تقتصر الدراسة الحالية على استخدام طريقة ثبات ألفا كرونباخ Alpha Cronbach.

ج. الاتساق الداخلى Internal Consistency:

يرى يوسُف (2020، 14) أن الاتساق الداخلي يُعد أحد طرق حساب الخصائص السيكومترية (القياسية) لأداة القياس. ويشير كل من أحمد ومنسي (2002، 113)، ومراد وسليمان (2002، 357) إلى أن

الاتساق الداخلي يتم حسابه من خلال الارتباط بين الدرجة الكلية ودرجات مكونات الاختبار (أو علاقة درجات بنود الاختبار بالدرجة الكلية إذا كان يقيس شيئًا واحدًا) وتدل معاملات الارتباط هذه على أن المكونات أو البنود تقيس شيئًا مشتركًا، أي تُعبر عن الاتساق الداخلي للمفردات. وهذا يؤكد صدق المفردات وليس صدق المحتوى.

فروض الدراسة:

يمكن صياغة فروض الدراسة الحالية على النحو التالي:

1. يتوفر لمقياس الاضطرابات الجنسية لدى المراهقين درجة مقبولة من صدق البناء، والصدق التلازمي بالبيئة العربية.
2. يتوفر لمقياس الاضطرابات الجنسية لدى المراهقين درجة مقبولة من الثبات باستخدام معامل ألفا كرونباخ بالبيئة العربية.
3. يتوفر لمقياس الاضطرابات الجنسية لدى المراهقين درجة مقبولة من الاتساق الداخلي باستخدام ارتباطات درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس.

الطريقة والإجراءات:

أولاً: منهج الدراسة:

اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج الوصفي؛ حيث إنه المنهج المناسب لنوعية الفروض ونوعية البيانات.

ثانياً: عينة الدراسة:

تكونت العينة من (300) طالبًا وطالبة من المراهقين الجامعيين بكل من مصر، والجزائر، منهم (180) ذكورًا، و(120) إناثًا، ومقسمين إلى (192) من مصر، و(108) من الجزائر، وقد بلغ متوسط أعمارهم (19.37) سنة وانحراف معياري (1.58) سنة.

- **خطوات بناء مقياس الاضطرابات الجنسية لدى المراهقين العرب:**

أُعد هذا المقياس بهدف التعرف على الاضطرابات الجنسية لدى المراهقين العرب بالمرحلة الجامعية، وبالرغم من توفر عدد من المقاييس التي أُعدت لقياس الاضطرابات الجنسية إلا أنها اختلفت فيما بينها حول الأبعاد المكونة لها، كما تم إعدادها لمراحل عمرية مختلفة عن عينة الدراسة الحالية، كذلك باستقراء أغلب المقاييس وُجد أنه لم يتم بناؤها وفق أسس نظرية، لذلك فضل الباحثان الحاليان بناء صورة عربية جديدة تتناسب مع خصائص أفراد عينة الدراسة الحالية، وكذلك التحقق من كفاءته السيكومترية، وقد تم إعداد المقياس الحالي وفقًا للخطوات التالية:

1. تم الإطلاع على الأدب السيكولوجي والتربوي من أُطر نظرية ودراسات وبحوث سابقة ومقاييس تناولت الاضطرابات الجنسية، ومنها: (عبد الموجود، 2007؛ وشتلة، 2009؛ وخليل، 2014؛ وشعبان وآخرون، 2017؛ وبطه وآخرون، 2021؛ ويوسُف، 2021؛ ويوسُف ورحال، 2022).
2. في ضوء ما سبق الإطلاع عليه من أُطر نظرية ودراسات وبحوث سابقة، ومقاييس تناولت الاضطرابات الجنسية، تم صياغة مفردات المقياس الحالي في صورته الأولية للعرض على السادة المحكمين، والمكونة من (30) مفردة، موزعة على خمسة (5) أبعاد هي: (ضعف الرغبة الجنسية، وفقدان القدرة الجنسية، والمشكلات الجنسية الموجهة نحو الذات، والتحرش الجنسي بالآخرين، واضطراب الهوية الجنسية)، ويشتمل كل بعد على (6) ست مفردات. وأمام كل مفردة خمس بدائل هي (تنطبق عليّ كثيرًا جدًا - تنطبق عليّ كثيرًا - تنطبق عليّ إلى حد ما - لا تنطبق عليّ كثيرًا - لا تنطبق عليّ إطلاقًا) ويتم تصحيح المقياس من خلال إعطاء الاختيارات السابقة الدرجات التالية (5 – 4 – 3 – 2 – 1) على الترتيب، ولما كانت مفردات المقياس جميعًا مصاغة في الاتجاه السلبي؛ فإن مدى الدرجات التي يحصل عليها كل فرد على المقياس يتراوح ما بين (30 – 150)؛ حيث تدل الدرجة المرتفعة على ارتفاع مستوى الاضطرابات الجنسية، في حين تدل الدرجة المنخفضة على انخفاض مستواها لديه. ويتم تحديد مستوى الاضطرابات لجنسية لدى المراهق العربي على النحو التالي: "المستوى المنخفض من الاضطرابات الجنسية: في حالة حصول الفرد على درجة كلية على المقياس تتراوح ما بين (صفر- 1.33)؛ والمستوى المتوسط: في حالة حصول الفرد على درجة كلية على المقياس تتراوح ما بين (1.34- 2.67)، والمستوى المرتفع من الاضطرابات الجنسية: في حالة حصول الفرد على درجة كلية على المقياس تتراوح ما بين (2.68- 5). وذلك على أساس أن طول الفئة (1.33)، وهو خارج قسمة الفرق بين أعلى تقدير (5)، وأقل تقدير (1)، على 3، والذي يمثل المستويات الثلاثة: (منخفض – متوسط – مرتفع) للاضطرابات الجنسية.

والجدول التالي يوضح الصورة النهائية للمقياس (ملحق 2):

جدول (1) أبعاد مقياس الاضطرابات الجنسية وأرقام المفردات المنتمية لكل بعد

البعد	أرقام المفردات	المجموع
ضعف الرغبة الجنسية	1، 6، 11، 16، 21، 26	6
فقدان القدرة الجنسية	2، 7، 12، 17، 22، 27	6
المشكلات الجنسية الموجهة نحو الذات	3، 8، 13، 18، 23، 28	6
التحرش الجنسي بالآخرين	4، 9، 14، 19، 24، 29	6

اضطراب الهوية الجنسية	5، 10، 15، 20، 25، 30	6
المجموع		**30**

نتائج الدراسة وتفسيرها:

1. **نتائج الفرض الأول:**

ينص الفرض الأول على أنه "**يتوفر لمقياس الاضطرابات الجنسية لدى المراهقين درجة مقبولة من صدق البناء، والصدق التلازمي بالبيئة العربية**".

ولاختبار هذا الفرض تم التحقق من صدق المقياس على النحو التالي:

1. **صدق المحكّمين:**

بعد أن تم صياغة فقرات المقياس، تم عرضه على مجموعة من المحكمين المتخصصين في علم النفس، والصحة النفسية ببعض الجامعات العربية (ملحق 1)، حيث تراوحت نسبة الاتفاق ما بين (90 – 100%)، حيث تم الإبقاء على جميع المفردات، وذلك طبقًا لمعادلة كوبر Cooper لحساب نسبة الاتفاق (الوكيل والمفتي، 2012، 226). وفي ضوء آراء المحكمين تم تعديل صياغة بعض المفردات، واعتُبرت نسبة اتفاق المحكمين على المقياس معيارًا للصدق، وعليه فإن المقياس يتمتع بدرجة مناسبة من الصدق.

2. **صدق المقارنات الطرفية (الصدق التمييزي):**

تم حساب صدق المقياس الحالي من خلال صدق المقارنة الطرفية التي ذكرها (أبو علام، 2003، 427)، حيث تم تطبيق محك خارجي وهو (مقياس الاضطرابات الجنسية إعداد/ عبد الموجود، 2007)، وذلك بغرض تحديد ال27% الأعلى وال27% على المحك الخارجي، ثم تم تطبيق مقياس الاضطرابات الجنسية المُعد والمستخدم في الدراسة الحالية على المجموعتين (أعلى 27%، وأدنى 27%)، وتم حساب متوسطات درجات مجموعتي الأفراد في الاضطرابات الجنسية، حيث تم ترتيب درجات أفراد عينة الدراسة وذلك بشكل تصاعدي على المقياس الحالي، وحساب اختبار "ت" لدلالة الفروق بين متوسطي المجموعتين الطرفيتين، وهما أعلى (27٪)، وأدنى (27٪)، أي أعلى (52) فردًا، وأدنى (52) فردًا (27٪ X 192)، فكانت هناك فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات أفراد المجموعتين؛ حيث بلغت قيمة "ت" المحسوبة (5.368) للعينة المصرية؛ وأعلى (30) فردًا، وأدنى (30) فردًا (27٪ X 108)، فكانت هناك فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات أفراد المجموعتين؛ حيث بلغت قيمة "ت" المحسوبة (3.856) للعينة الجزائرية، وهما قيمتان دالتين إحصائيًا عند مستوى دلالة (0.01)، مما يُعد دليلًا على قدرة المقياس الحالي على التمييز بين مرتفعي ومنخفضي الأداء عليه، ومن ثم تم اعتبار ذلك مؤشرًا لصدق المقياس.

3. **الصدق التلازمي (صدق المحك):**

تم حسابه من خلال إيجاد معامل الارتباط بين مقياس الاضطرابات الجنسية إعداد/ عبد الموجود (2007) والمقياس الحالي، اللذان طُبقا على أفراد العينة المصرية (ن= 192 مراهقًا ومراهقة بالمرحلة الجامعية)، وقد بلغت معاملات الارتباط بينهما (0.87)، بينما كانت معاملات الارتباط بينهما لأفراد العينة الجزائرية (ن=108 مراهقًا ومراهقة بالمرحلة الجامعية)، بلغت (0.84)، وهما قيمتان مرتفعتان ودالتين إحصائيًا عند مستوى (0,01).

4. الصدق العاملي:

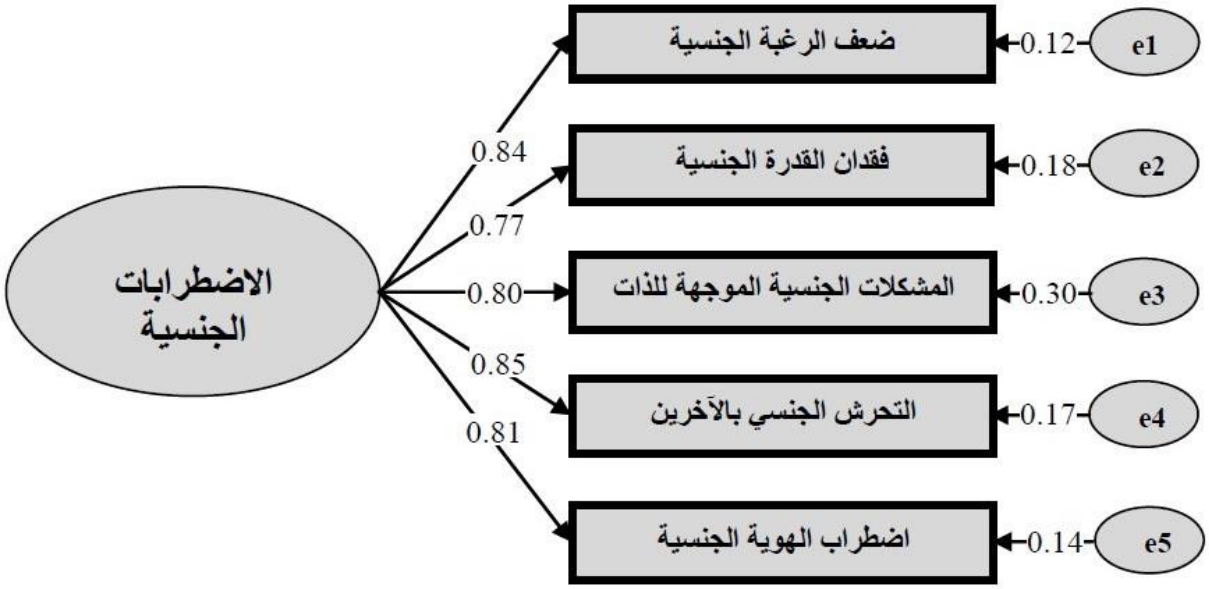
أ. **التحليل العاملي الاستكشافي Explatory Factor Analysis:**

تم حساب الصدق العاملى للمقياس باستخدام برنامج SPSS V26 بطريقة المكونات الأساسية لهوتلينج مع التدوير المتعامد للعوامل المستخلصة بطريقة Varimax والتى تكون فيها العوامل مستقلة عن بعضها البعض (حسن، 2011، 458) لمعاملات ارتباط استجابات لدى أفراد العينة الكلية وقوامها (300) مراهقًا ومراهقة بالمرحلة الجامعية، موزعة على العينتين التاليتين: المصرية (ن= 192)؛ والجزائرية (ن= 108) مراهقًا ومراهقة بالمرحلة الجامعية للمقياس الحالي لتحديد مكوناته الأساسية، واعتمادًا على ذلك فقد أسفر التحليل العاملي الاستكشافي عن تشبع مفردات المقياس على خمس عوامل فسرت مجتمعة معًا (86.993%) من التباين الكلى وهذه العوامل هى: العامل الأول وجذره الكامن (6.369) وفسر حوالى (25.254%) من التباين الكلى للمصفوفة وتشبع على هذا العامل (6) مفردات من مفردات المقياس، ويقترح تسمية هذا العامل "ضعف الرغبة الجنسية"، والعامل الثاني وجذره الكامن (5.965) وفسر حوالى (21.147%) من التباين الكلى للمصفوفة وتشبع على هذا العامل (6) مفردات من مفردات المقياس، ويقترح تسمية هذا العامل "فقدان القدرة الجنسية"، والعامل الثالث وجذره الكامن (4.857) وفسر حوالى (16.680%) من التباين الكلى للمصفوفة وتشبع على هذا العامل (6) مفردات من مفردات المقياس، ويقترح تسمية هذا العامل "المشكلات الجنسية الموجهة نحو الذات". والعامل الرابع وجذره الكامن (3.996) وفسر حوالى (13.654%) من التباين الكلى للمصفوفة وتشبع على هذا العامل (6) مفردات من مفردات المقياس، ويقترح تسمية هذا العامل "التحرش الجنسي بالآخرين"، والعامل الخامس وجذره الكامن (2.921) وفسر حوالى (10.258%) من التباين الكلى للمصفوفة وتشبع على هذا العامل (6) مفردات من مفردات المقياس، ويقترح تسمية هذا العامل "اضطراب الهوية الجنسية"؛ ولم يحذف أى مفردة حيث كانت تشبعاتها أكبر من (0.3) وفق محك جيلفورد (فرج، 1991، 151). مما يشير إلى درجة عالية من الصدق العاملى للمقياس.

مما سبق يتضح أن التحليل العاملي الاستكشافي قدم دليلاً قويًا على صدق البناء التحتي أو الكامن لهذا المقياس، وأن الاضطرابات الجنسية عبارة عن عامل كامن عام واحد ينتظم حوله الأبعاد الفرعية الخمس المكونة له.

ب. التحليل العاملي التوكيدى Confirmatory Factor Analysis:

كما تم التحقق من صدق البنية باستخدام التحليل العاملي التوكيدي، باستخدام برنامج AMOS V26 عن طريق اختبار نموذج العامل الكامن العام لدى أفراد العينة الكلية (ن= 300)؛ وفي نموذج العامل الكامن العام تم افتراض أن جميع العوامل (المكونات الفرعية) المشاهدة للمقياس الحالي تنتظم حول عامل كامن عام واحد One Latent Factor كما بالشكل التالي:



شكل (1) البناء العاملي لمقياس الاضطرابات الجنسية باستخدام التحليل العاملي التوكيدي

ومن خلال الشكل (1) السابق، يمكن القول بأنه تم التحقق من صدق البنية للمقياس حيث أظهرت النتائج إن قيمة "كا^2" = 5.256؛ 3.687 للعينتين (والمصرية، والجزائرية) على الترتيب، كما أظهرت النتائج إن قيمة "كا^2" = 5.924؛ 3.332 لعينيتي (الذكور، والإناث) على الترتيب وجميعها غير دالة إحصائيًا، كما إن قيمة "كا^2" لدرجات الحرية كانت = 1.149؛ 1.117 < 5، للعينتين (والمصرية، والجزائرية) على الترتيب، كما إن قيمة "كا^2" لدرجات الحرية كانت = 1.314؛ 1.158 < 5، لعينيتي (الذكور، والإناث) على الترتيب، مما يدل

على وجود مطابقة جيدة للنموذج في الأبعاد الخمس وهي: (ضعف الرغبة الجنسية، وفقدان القدرة الجنسية، والمشكلات الجنسية الموجهة نحو الذات، والتحرش الجنسي بالآخرين، واضطراب الهوية الجنسية).

كما تم استخدام أسلوب التحليل العاملي التوكيدي Confirmatory Factor Analysis أيضًا بطريقة الاحتمال الأقصى Maximum Likelihood لدى أفراد العينة الكلية (ن= 300)، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

جدول (2) الاشتراكيات والتشبعات وقيمة الجذر الكامن والتباين للاضطرابات الجنسية.

العوامل (أبعاد الاضطرابات الجنسية)	العينة المصرية (ن= 192)		العينة الجزائرية (ن= 108)		عينة الذكور (ن= 180)		عينة الإناث (ن= 120)	
	الاشتراكيات	التشبعات	الاشتراكيات	التشبعات	الاشتراكيات	التشبعات	الاشتراكيات	التشبعات
ضعف الرغبة الجنسية	0.333	0.480	0.390	0.530	0.330	0.520	0.299	0.510
فقدان القدرة الجنسية	0.310	0.444	0.381	0.541	0.304	0.519	0.309	0.515
المشكلات الجنسية للذات	0.369	0.452	0.370	0.558	0.350	0.566	0.341	0.514
التحرش الجنسي بالآخرين	0.325	0.477	0.369	0.574	0.332	0.522	0.318	0.541
اضطراب الهوية الجنسية	0.325	0.511	0.394	0.552	0.334	0.525	0.369	0.553
الجذر الكامن	1.833		1.588		1.741		1.813	
التباين	27.663		23.654		29.525		30.129	

يتضح من جدول (2) ما يلي:

1. تشبع العوامل الخمس المكونة لمقياس الاضطراب الجنسية على عامل عام واحد بجذر كامن قدره (1.833) ويُفسر (27.663%) من التباين الكلي لعينة المصريين، وانحصرت التشبعات بين (0.444، 0.511)، أما في عينة الجزائريين فكان الجذر الكامن للعامل (1.588) ويُفسر (23.654%) من التباين الكلي وانحصرت التشبعات بين (0.530، 0.574). وكذا فقد تشبع العوامل الخمس المكونة لمقياس الاضطراب الجنسية على عامل عام واحد بجذر كامن قدره (1.741) ويُفسر (29.525%) من التباين الكلي لعينة الذكور، وانحصرت التشبعات بين (0.519، 0.566)، أما في عينة الإناث فكان الجذر الكامن للعامل (1.813) ويُفسر (30.129%) من التباين الكلي وانحصرت التشبعات بين (0.510، 0.553).
2. وجود تقارب شديد فى قيم الجذر الكامن للعامل فى العينتين (المصرية، والجزائرية)، وكذا في عينتي (الذكور، والإناث) وكذلك فى قيم التباين المفسرة بهذا العامل، وأيضًا تشبعات العوامل الخمسة للنموذج على هذا العامل، وهذا يُحقق تشابه البناء العاملي للنموذج الخماسي العوامل للاضطرابات الجنسية بالرغم من الفروق النوعية (ذكور – إناث)، والثقافية (مصرية – جزائرية).

ويُعد النموذج مطابقًا للبيانات فى ضوء العديد من المؤشرات يذكرها حسن (2016، 370 - 371) منها: مؤشر "كا^2" ويكون مقياسًا مناسبًا لمطابقة النموذج لحجم عينة ما بين (100، 200) وينصح باستخدام مؤشرات أخرى فى حالة زيادة حجم العينة عن ذلك، ومن هذه المؤشرات التى اعتمد عليها فى هذه الدراسة نظرًا لكبر حجم العينة مؤشر حسن المطابقة GFI، مؤشر حسن المطابقة المصحح AGFI، مؤشر المطابقة المعياري NFI، مؤشر المطابقة غير المعياري NNFI، مؤشر المطابقة المقارن CFI، مؤشر المطابقة النسبي RFI، مؤشر المطابقة التزايدي IFI، مؤشر الافتقار للمطابقة المعياري PNFI، مؤشر الافتقار إلى حسن المطابقة PGFI وجميع هذه المؤشرات يجب أن تقع قيمتها بين (الصفر، والواحد). وفي الدراسة الحالية جاءت قيم مؤشرات حسن مطابقة البيانات للنموذج المقترح في ضوء كل من نوع الجنس، والجنسية "الثقافة"، كما يوضحها الجدول التالى:

جدول (3) قيم مؤشرات بيانات النموذج المقترح للاضطرابات الجنسية وفقًا لنوع الجنس والجنسية

مؤشرات حسن المطابقة	مصر	الجزائر	الذكور	الإناث	المدى المثالي للمؤشر
الاختبار الاحصائي كا^2 X^2	5.256	3.687	5.924	3.332	أن تكون قيمة كا^2
مستوى دلالة كا^2	0.320	0.312	0.328	0.298	غير دالة احصائياً
كا^2 / درجات الحرية	1.149	1.117	1.314	1.158	(صفر) إلى (5)
GFIمؤشر حسن المطابقة	0.845	0.882	0.811	0.801	(صفر) إلى (1)
AGFIمؤشر حسن المطابقة المصحح	0.853	0.833	0.840	0.831	(صفر) إلى (1)
NFIمؤشر المطابقة المعياري	0.874	0.868	0.866	0.893	(صفر) إلى (1)
NNFIمؤشر المطابقة غير المعياري	0.901	0.888	0.847	0.823	(صفر) إلى (1)
CFIمؤشر المطابقة المقارن	0.814	0.848	0.883	0.874	(صفر) إلى (1)
RFIمؤشر المطابقة النسبي	0.823	0.799	0.869	0.847	(صفر) إلى (1)
IFIمؤشر المطابقة التزايدي	0.821	0.802	0.911	0.915	(صفر) إلى (1)
PNFIمؤشر الافتقار للمطابقة المعياري	0.911	0.926	0.874	0.904	(صفر) إلى (1)
PGFIمؤشر الافتقار إلى حسن المطابقة	0.896	0.858	0.898	0.875	(صفر) إلى (1)
RMSRجذر متوسط مربع البواقي	0.055	0.049	0.036	0.041	(صفر) إلى (0.1)
RMSEAجذر متوسط مربع خطأ الاقتراب	0.012	0.015	0.020	0.018	(صفر) إلى (0.1)

يتضح من جدول (3) ما يلى:

1. تحقق جميع مؤشرات حسن المطابقة للنموذج خماسي العوامل للاضطرابات الجنسية في النوع الاجتماعي (ذكور، وإناث)، وفي الجنسيات المختلفة (المصرية، والجزائرية).
2. التقارب الواضح فى قيم المؤشرات المختلفة عبر نوع الجنس والجنسية.
3. تطابق البنية العاملية لمقياس الاضطرابات الجنسية في الدولتين العربيتين (مصر، والجزائر)، وفي النوع الاجتماعي (الذكور، والإناث) بشكل كبير، وهذا يعني عدم اختلاف البناء العاملي لمقياس الاضطرابات الجنسية باختلاف كل من نوع الجنس، والجنسية "الثقافة".
4. إن نموذج العامل الكامن الواحد للاضطرابات الجنسية قد حظي على قيم جيدة لجميع مؤشرات حسن المطابقة، حيث إن قيمة "كا^2" غير دالة احصائيًا، وقيمة مؤشر الصدق الزائف المتوقع للنموذج الحالي (نموذج العامل الكامن الواحد) أقل من نظيرتها للنموذج المشبع، وأن قيم بقية المؤشرات وقعت في المدى المثالي لكل مؤشر، مما يدل على مطابقة النموذج الجيدة للبيانات موضع الاختبار (حسن، 2016، 370 - 371)، أي أن التحليل العاملي التوكيدي أكد صدق البنية للمقياس في صورته الحالية. مما يجعله صالحًا للاستخدام في قياس مستوى الاضطرابات الجنسية لدى المراهقين في البيئة العربية.

وأخيرًا تشير جميع النتائج السابقة إلى أن مقياس الاضطرابات الجنسية يتمتع بدرجة مقبولة من صدق البناء، والصدق التلازمي بالبيئة العربية، وبذلك يتحقق الفرض الأول للدراسة الحالية.

2. نتائج الفرض الثانى:

ينص الفرض الثاني على أنه "**يتوفر لمقياس الاضطرابات الجنسية لدى المراهقين درجة مقبولة من الثبات باستخدام معامل ألفا كرونباخ بالبيئة العربية**".

ولاختبار هذا الفرض تم التحقق من ثبات المقياس بطريقة ألفا لـ كرونباخ Cronbach Alpha، وذلك على أفراد عينة الدراسة، وقد كانت معاملات الثبات مقبولة كما يتضح من الجدول التالي:

جدول (4) قيم معاملات ثبات مقياس الاضطرابات الجنسية

م	أبعاد مقياس الاضطرابات الجنسية	معاملات ثبات ألفا- كرونباخ للمقياس	
		العينة المصرية	العينة الجزائرية
1	ضعف الرغبة الجنسية	0.825	0.801
2	فقدان القدرة الجنسية	0.847	0.811

3	المشكلات الجنسية الموجهة نحو الذات	0.813	0.790
4	التحرش الجنسي بالآخرين	0.817	0.833
5	اضطراب الهوية الجنسية	0.857	0.835
	المقياس ككل	0.863	0.849

هذه القيم دالة عند مستوى (0.01)*

مما سبق يتضح من الجدول (4) أن مقياس الاضطرابات الجنسية يتمتع بدرجة مقبولة من الثبات باستخدام معامل ألفا كرونباخ بالبيئة العربية، وبذلك يتحقق الفرض الثاني للدراسة الحالية.

3. نتائج الفرض الثالث:

ينص الفرض الثالث على أنه "**يتوفر لمقياس الاضطرابات الجنسية لدى المراهقين درجة مقبولة من الاتساق الداخلي باستخدام ارتباطات درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس**".

ولاختبار هذا الفرض تم التحقق من الاتساق الداخلي للمقياس من خلال حساب معامل الارتباط بين درجة البعد والدرجة الكلية للمقياس، وذلك على أفراد عينة الدراسة، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (5) معاملات الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية لمقياس الاضطرابات الجنسية

م	أبعاد المقياس	معاملات ارتباط درجة البعد بالدرجة الكلية للمقياس	
		العينة المصرية	العينة الجزائرية
1	ضعف الرغبة الجنسية	0.665	0.686
2	فقدان القدرة الجنسية	0.698	0.755
3	المشكلات الجنسية الموجهة نحو الذات	0.803	0.698
4	التحرش الجنسي بالآخرين	0.696	0.747

5	اضطراب الهوية الجنسية	0.741	0.690

هذه القيم دالة عند مستوى (0.01)*

يتضح من جدول (5) أن جميع قيم معاملات الارتباط بين درجة البعد والدرجة الكلية للمقياس دالة إحصائيًا عند مستوى (0.01)، مما يشير إلى تجانس المقياس. وبالتالي تمتعه بدرجة مناسبة من الاتساق الداخلي، وبذلك يتحقق الفرض الثالث للدراسة الحالية.

الاستنتاجات والتوصيات:

لما كانت هذه الدراسة تهدف إلى بناء صورة عربية لمقياس الاضطرابات الجنسية لدى المراهقين العرب بالمرحلة الجامعية، والتعرف على خصائصها السيكومترية لدى عينتين مصرية وجزائرية؛ لذا فقد قام الباحثان بالتحقق من دلالات الصدق والثبات والاتساق الداخلي للمقياس من خلال التحقق من الصدق بطرق صدق: المحكمين، والمقارنات الطرفية (التمييزي)، والتلازمي (المحك)، والعاملي الاستكشافي باستخدام برنامج SPSS V26 والتوكيدي باستخدام برنامج AMOS VS26، كما تم تقدير الثبات بطريقة ألفا كرونباخ، إضافة إلى حساب الاتساق الداخلي للمقياس من خلال حساب معامل الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس. حيث أظهرت النتائج تمتع المقياس الحالي بدرجة مقبولة من الموضوعية والخصائص السيكومترية تُبرّر استخدامه بصورته النهائية (30) مفردة لقياس الاضطرابات الجنسية لدى المراهقين الجامعيين المماثلين لعينة الصدق والثبات والاتساق الداخلي المستخدمة في بناء المقياس بالدراسة الحالية؛ حيث يمكن الاستفادة من هذه الأداة في الإرشاد والتوجيه التربوي، بحيث تضيف معلومات مهمة عن المراهقين إلى جانب ما تقدمه أدوات القياس المعرفية، وبذلك يمكن معرفة مستوى الاضطرابات الجنسية للمراهقين الجامعيين والعمل على تخفيضها أو علاجها.

ونظرًا لاقتصار عينة الدراسة على عينتين من دولتين عربيتين فقط هما: (مصر، والجزائر)؛ فإن الدراسة الحالية توصي بإجراء المزيد من الدراسات على الصورة النهائية للمقياس الحالي والمكونة من (30) مفردة لتشمل عينات أخرى من دول عربية أخرى شقيقة، وذلك من أجل تأكيد الثقة بالخصائص السيكومترية لمفردات المقياس لاستخدامه بدرجة عالية من الثقة في الكشف عن مستوى الاضطرابات الجنسية لدى المراهقين الجامعيين العرب للقيام بالإجراءات المناسبة عندئذ.

المراجع:

أبو علام، رجاء محمود (2003). **التحليل الاحصائى للبيانات باستخدام برنامج SPSS**. القاهرة: دار النشر للجامعات.

أبو هاشم، السيد محمد (2004). **الدليل الإحصائي في تحليل البيانات باستخدام SPSS**. الرياض: مكتبة الرُشد ناشرون.

أحمد، سهير كامل، ومنسي، محمود عبد الحليم (2002). **أسس البحث العلمى فى المجالات النفسية والاجتماعية والتربوية** (ط 2). القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

بطه، أحمد سعيد؛ والكافوري، صبحي عبد الفتاح؛ ومنيع، مروة نشأت (2021). فاعلية برنامج أسري لخفض المشكلات الجنسية للمراهقين ذوي اضطراب طيف التوحد. **مجلة كلية التربية**، جامعة كفر الشيخ، 103، 4، 463 – 486.

البقاعي، هلا؛ والقداسي، دانية (2019). المشكلات الجنسية لدى المراهقين المعاقين عقليًا من وجهة نظر أولياء الأمور ومعلميهم. **مجلة جامعة البعث للعلوم الإنسانية**، 41 (82)، 67 – 110.

الديدي، رشا عبد الفتاح (2000). ديناميات اختلال الوظيفة الجنسية لدى الإناث المتعاطيات للمواد ذات التأثير النفسي. **رسالة دكتوراه**، كلية الآداب، جامعة عين شمس.

حسن، عزت عبد الحميد (2011). **الإحصاء النفسي والتربوي تطبيقات باستخدام برنامج SPSS 18**. القاهرة: دار الفكر العربي.

حسن، عزت عبد الحميد (2016). **الإحصاء المتقدم للعلوم التربوية والنفسية والإجتماعية: تطبيقات باستخدام برنامج ليزرل LISREL 8.8**. القاهرة: دار الفكر العربي.

خطاب، علي ماهر (2008). **القياس والتقويم في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية** (ط 7). القاهرة: المكتبة الأكاديمية.

خليل، نعمة سيد (2014). بعض المتغيرات النفسية المنبئة بالاضطرابات الجنسية لدى المرأة الاملة المتزوجة "دراسة سيكومترية- كلينيكية". **مجلة البحث العلمي في التربية**، كلية البنات للآداب والعلوم والتربية، جامعة عين شمس، 15، 1، 87 – 128.

سليمان، حفني عبده (2014). فاعلية برنامج إرشادي أسري لتنمية مهارات الوالدين للتعامل مع بعض المشكلات الجنسية لدى أبنائهم الذاتويين. **رسالة ماجستير**، كلية التربية، جامعة عين شمس.

سيد أحمد، هدى محمود؛ ويوسف، ماجي وليم؛ والمدني، عادل محمد (2016). الاضطرابات الجنسية وعلاقتها بالتوافق الزواجي لدى المتزوجات: دراسة وصفية إكلينيكية. **مجلة البحث العلمي في التربية**، كلية البنات للآداب والعلوم والتربية، جامعة عين شمس، 17، 2، 153 – 178.

شتلة، مها سميح (2009). التوافق الزواجي وعلاقته بسمات الشخصية والاضطرابات الجنسية. **رسالة ماجستير**، كلية الآداب، جامعة عين شمس.

شعبان، لمياء صديق؛ وأبو زيد، نبيلة أمين؛ وإمام، نجوى السيد (2017). برنامج إرشادي لأمهات الأطفال الذاتويين لخفض حدة الاضطرابات الجنسية لدى أبنائهن. **مجلة البحث العلمي في التربية**، كلية البنات للآداب والعلوم والتربية، جامعة عين شمس، 18، 5، 371 – 392.

عبد الموجود، سيد أبو زيد (2007). الاضطرابات الجنسية لدى مرضى الاكتئاب والفصام. *رسالة دكتوراه*، كلية الآداب، جامعة بنها.

غانم، محمد حسن (2007). **الاضطرابات الجنسية**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

فرج، صفوت أرنست (1991). **التحليل العاملى فى العلوم السلوكية** (ط 2). القاهرة: دار الفكر العربى.

محمد، رانيا مرتضى (2010). فاعلية برنامج العلاج بالعمل لخفض درجة الاضطرابات الجنسية لدى عينة من التوحديين ذوي مستوى وظيفي مرتفع. **رسالة دكتوراه**، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

مراد، صلاح أحمد ، وسليمان، أمين على (2002). **الاختبارات والمقاييس فى العلوم النفسية والتربوية خطوات إعدادها وخصائصها**. القاهرة: دار الكتاب الحديث.

الوكيل، حلمى أحمد، والمفتي، محمد أمين (2012). **أسس بناء المناهج وتنظيماتها** (ط 5). عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

يوسُف، سُليمان عبد الواحد (2011). **مبادىء علم النفس العام**. القاهرة: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.

يوسُف، سُليمان عبد الواحد (2020). بناء مقياس لأساليب التعلم المرتبطة بنشاط فصوص المخ في إطار النموذج المتكامل للياقة العقلية ميمليتيكس (Memletics) لدى المراهقين والتحقق من كفاءته السيكومترية عربيًا. **دراسات في علم الأرطفونيا وعلم النفس العصبي**، 5 (1)، 7 – 40.

يوسُف، سُليمان عبد الواحد (2021). سيكوفسيولوجيا وبيولوجيا التحرش الجنسي بالطفلة والمرأة المعاقة في الوطن العربي. **اللقاء العلمي الدولي الأول الموسوم بـ "التحرش الجنسي بالمراة المعاقة"**، الذي نظمته كليتي التمريض والآداب، جامعة تكريت، موؤسسة BRC العلمية بالعراق، بالتعاون مع جامعة البيدة -2 بالجزائر، وجامعة أفريقيا الفرنسية العربية، خلال الفترة من 20 – 21 مايو.

يوسُف، سُليمان عبد الواحد؛ ورحال، نور الهدى (2022). المشكلات الجنسية لدى المراهقين العرب ذوي الإعاقات من وجهة نظر معلميهم: دراسة مقارنة في ضوء نوع جنس المعلم وخبرته التدريسية وجنسيته. **المؤتمر العلمي الدولي الثالث عشر الموسوم بـ "التربية والثقافة الجنسية بين التثقيف والطابوه"**، الذي نظمته كلية الآداب، جامعة كركوك، ومؤسسة BRC العلمية بالعراق، خلال الفترة من 11 – 12 مايو.

Csiksentmihaly, M. (2016). Adolescence. Encyclopedia Britannica Retrieved December 8. from: http//www.google.com.

العوامل والمحددات الاجتماعية المسببة للاضطرابات الجنسية لدى الأزواج العاملين
- دراســة ميدانيــة -

Social factors and determinants of sexualdisordersamongworking couples - fieldstudy

د. فريد حمامي/جامعة مولود معمري تيزي وزو/ الجزائر
Faridhamami2010@gmail.com
د. محمد نجيب بُوعرّوج/جامعة مولود معمري تيزي وزو/ الجزائر
Nadjib16007@hotmail.fr

الملخص:

يعيش الإنسان بحكم تواجده في المنظومة الكلية للمجتمع في بيئة اجتماعية يتأثر بها وتؤثر فيه ليبلغ في بعض الأحيان درجة التأثير حتى في العلاقة الزوجية والعلاقة الحميمة بين الزوجين، ذلك أن الإنسان يعتبر فردا اجتماعيا ليس بمعزل عن الظروف الاجتماعية حيث تعتبر المسؤوليات الاجتماعية والضغوط المهنية والجهد والإرهاق والعلاقات الأسرية بالغة الأهمية في تأثيرها على العلاقة الزوجية، لذا وجب البحث في العوامل الاجتماعية ذات الأبعاد المختلفة والمسببة للاضطرابات الجنسية لاسيما على الأزواج العاملين، والتي تؤثر بصورة مباشرة أو غير مباشرة على العلاقة الزوجية وبالخصوص العلاقات الجنسية بين الزوجين، حيث أن هذه الأخيرة تبلغ في بعض الأحيان درجة الخلع أو الطلاق أو ما يسمى بالطلاق العاطفي، أين يقاسم الزوجين الفراش دون أفعال .

ويدخل الاهتمام بالموضوع في هذه الورقة البحثية من خلال الوقوف على واقع العلاقة الاستجابة الجنسية للأزواج العاملين لبعضهما البعض، ومعرفة مدى تأثير العوامل الاجتماعية والسوسيوديموغرافية على الوظيفة الجنسية وتوليد ما يسمى بالاضطرابات الجنسية، حيث تم توزيع استبيان الكتروني على عينة من الأزواج العاملين عبر المستوى الوطني وبالاستعانة بالمنهج الوصفي التحليلي وبالاعتماد على تقنية الرزم الإحصائية في العلوم الاجتماعية spss تم التوصل الى مجموعو من النتائج والتوصيات،

الكلمات المفتاحية: العوامل الاجتماعية، العوامل السوسوديموغرافية، العلاقة الزوجية، العلاقة الجنسية.

Abstract:

Environmental life combined in a shared social environment in a shared social environment with it and the relationship between the community and the relationship.Marital relations, especially marital relations, marital relations, marital relations, marital relations, the tenth relationship in terms of divorce or divorce or what is called emotional divorce, where divorce, where the spouses share the bed without actions. The interest in the subject is included in the research paper, where an electronic

questionnaire was distributed to a sample of couples across the national level, using the descriptive analytical approach and relying on the SPSS statistical group technique in the social sciences. A set of results and recommendations were reached.
Key words: social factors, sociodemographic factors, marital relationship, sexual relationship.

الإشكالية:

يواجه الإنسان في حياته عدة ضغوطات وعراقيل وظروف كثيرا ما تؤثر على صحته النفسية والجسدية، ليس فقط عند هذا الحد ولكن تطول هذا المستوى لتبلغ المساس بصحته الجنسية، فهو يتأثر بالبيئة الاجتماعية التي يعيش فيها يتأثر بها ويؤثر فيها، ذلك أن الإنسان يعتبر فردا اجتماعيا ليس بمعزل عن العوامل والظروف الاجتماعية التي تحيط به، وإذا ما سلطنا الضوء على تأثير هذه العوامل على الأزواج العاملين وعلى الحياة الزوجية والعلاقة الجنسية بينهما لابد وأن لها نصيب من التأثير فيها وأن من شأنها أن تسبب في الاضطرابات الجنسية بين الزوجين ، وذلك من منطلق أن المسؤوليات الاجتماعية والضغوط المهنية والجهد والإرهاق والعلاقات الاجتماعية التي تتسم بالسلبية لها تأثير على الحياة الزوجية، ومن هذه النقطة وجب البحث في العوامل الاجتماعية ذات الأبعاد المختلفة والمسببة للاضطرابات الجنسية لاسيما على الأزواج ، والتي تؤثر من شأنها التأثير على العلاقة الزوجية وبالخصوص العلاقة الجنسية بين الزوجين، والتي من شأنها أن تولد ما يسمى بالاضطرابات الجنسية التي تتسبب في مشالك ربما تتفاقم وتتطور لتبلغ درجة الطلاق العاطفي أو الخلع والطلاق، ومن هذا المنطلق ينبثق التساؤل العام للإشكالية والذي مفاده:

- هل للعوامل الاجتماعية والديموغرافية والاقتصادية تأثير في توليد الاضطرابات الجنسية لدى الأزواج العاملين؟.

وهذا التساؤل يتفرع بدوره الى التساؤلات الفرعية التالية:

- هل للعوامل الاجتماعية تأثير في توليد الاضطرابات الجنسية لدى الأزواج العاملين؟.
- هل للعوامل الديموغرافية تأثير في توليد الاضطرابات الجنسية لدى الأزواج العاملين؟.
- هل للعوامل الاقتصادية تأثير في توليد الاضطرابات الجنسية لدى الأزواج العاملين؟.

ونصيغ الفرضية العامة التالية:

- للعوامل الاجتماعية والديموغرافية والاقتصادية تأثير في توليد الاضطرابات الجنسية لدى الأزواج العاملين.

وتتفرع بدورها الى الفرضيات الفرعية التالية:

- للعوامل الاجتماعية تأثير في توليد الاضطرابات الجنسية لدى الأزواج العاملين.
- للعوامل الديموغرافية تأثير في توليد الاضطرابات الجنسية لدى الأزواج العاملين.
- للعوامل الاقتصادية تأثير في توليد الاضطرابات الجنسية لدى الأزواج العاملين.

أهداف الدراسة:

- ✓ محاولة الكشف عن جملة العقبات والتحديات تواجه الأزواج العاملين والتي من شأنها التأثير على حياتهم الزوجية وبالضبط حياتهم الجنسية.
- ✓ الكشف عن طبيعة المتغيرات والعوامل الاجتماعية التي من شأنها أن تولد الاضطرابات الجنسية بين الأزواج العاملين.
- ✓ الكشف عن طبيعة العوامل الديموغرافية التي من شأنها أن تولد الاضطرابات الجنسية بين الأزواج العاملين.
- ✓ الكشف عن طبيعة العوامل الاقتصادية التي من شأنها أن تولد الاضطرابات الجنسية بين الأزواج العاملين.

المفاهيم والمصطلحات الاجرائية: تعتبر المفاهيم والمصطلحات من بين الأدوات الضرورية والأساسية التي يستعان بها لوصف ولتفسير الحقائق المراد التوصل إليها، فهي " الوسيلة الرمزية التي يستعين بها الباحث للتعبير عن الأفكار والمعاني المختلفة بهدف توصيلها للناس ، حيث أنه ولكل موضوع علمي مفاهيمه التي تميزه عن المواضيع الأخرى ، ويمكن أن يكون للمفهوم أكثر من مفهوم واحد (دويدري، 2000، ص103)،ويعتبرها " حسن الساعاتي " الوسيلة الرمزية المختصرة والواضحة التي يستعان بها للتعبير عن معنى أفكار معينة يراد إيصالها إلى المعنيين بالموضوع الذي يراد فهمه". (الساعاتي، 1982، ص9) وتأكيدا لأهمية المفاهيم فهو أمر ضروري أن يكون بحوزتنا ما يكفي من المفردات المتصلة بالموضوع المراد دراسته والتي تسمح بتبديد الغموض والشكوك وضبط موضوع

البحث.(صحراوي، 2004، ص159) كما أنها تمكن الباحثين بالقيام بعملية التصنيف للظواهر وتعميمها فالباحثون يقومون بالتصنيف والتنظيم وتعميم خبراتهم وملاحظاتهم بلغة المفاهيم، فهي تشكل أساس ومبدأ الاتصال بين المتخصصين في العالم. (عبد المومن، 2008، ص98)

الاضطرابات الجنسية: يمكن إعطاء تعريف إجرائي لاضطرابات الجنسية على أنها مشكلة غير طبيعية تتعلق بأحد الزوجين ويشعر بها تجاه حياتهم الزوجية والجنسية أين يشعر أحد الزوجين أو كلاهما بخلل في أدائه للوظيفية الجنسية الطبيعية تجاه شريكه وهذا الخلل ناتج من تأثير مجموعة من الظروف والعوامل المتعددة الأبعاد الاجتماعية والديمغرافية والاقتصادية والمهنية منها.

العوامل الاجتماعية: هي جملة العوامل ذات البعد الاجتماعي التي تميز الأزواج العاملين مثل العلاقات الاجتماعية والمسؤوليات الاجتماعية والحالة الاجتماعية وغيرها من العوامل الاجتماعية والتي من شأنها توليد الاضطرابات الجنسية بين الأزواج العاملين.

العوامل الديموغرافية: هي جملة العوامل والخصائص ذات البعد الديموغرافي التي تميز الأزواج العاملين مثل السن والجنس والمستوى العلمي ومكان السكن والتي من شأنها التأثير على الحياة الجنسية للأزواج العاملين وتولد لهم الاضطرابات الجنسية.

العوامل الاقتصادية: هي جملة العوامل ذات البعد الاقتصادي التي تميز الأزواج العاملين مثل الدخل والحالة المادية وغيرها من العوامل الاقتصادية والتي من شأنها توليد الاضطرابات الجنسية بين الأزواج العاملين.

الدراسات السابقة:

الدراسة الأولى: دراسة الباحث " خالد محمد عبد الغني" (عبد الغني، 2014)، حيث تناول الباحث موضوع "اضطرابات الهوية الجنسية والقلق والضغوط- دراسات حالة تطبيقية " حيث تناولت الدراسة إشكالية مفادها ما خصائص الصفحة الالكلينيكية والبناء السيكوديناميكي وصورة الجسم لدى مضطربي الهوية الجنسية من الشباب؟. حيث استخدم في الدراسة المنهج الالكلينيكي حيث الدراسة المعمقة للحالة الفردية بالاعتماد على العديد من الأدوات المختلفة كالمقابلة، وتاريخ الحالة، والاختبارات الموضوعية والاسقاطية وتوصلت الدراسة الى بعض النتائج السيكومترية والاسقاطية التي تم تطبيقها على الحالة وذلك بهدف الإجابة على سؤال الدراسة.

الدراسة الثانية: دراسة الباحث " كاوجة محمد الصغير" (كاوجة، 2014، ص ص345-371)، حيث تناول الباحث موضوع تمثلات التوافق الزواجي وعلاقته بأساليب المعاملة الزوجية والخلافات الزوجية (دراسة ميدانية مقارنة بين النساء العاملات وغير العاملات بالمجال العمراني لولاية الأغواط)، حيث يرى الباحث أن التوافق الزواجي يعتبر هدفا رئيسيا لتحقيق الحياة الأسرية المستقرة والتي يسعى الأفراد والمختصون في الإرشاد النفسي والأسري والزواجي حيث بينت العديد من الدراسات أن الزواج الناجح هو الزواج الذي يتوفر على عدد من المعايير المهمة مثل أساليب المعاملة الزوجية، والتي يمكن اعتبارها نمط من التفاعل الثنائي الذي يشدد على الاتصال المتكرر بين طرفي العلاقة الثنائية، وقد تطرق الباحث في هذه الدراسة الى نقطة مهمة وهي كيفية تطور العلاقة الحميمة بين الزوجين وأسس نجاحها حيث اعتبر كل من أسلوب التعامل المباشر والمظاهر اللفظية وغير اللفظية في الاتصال كتعابير الوجه والجسم ونبرة الصوت ونظرة العين وأسلوب المعاملة بين الزوجين، ويركز الباحث على التقارب الجسمي والعقلي والانفعالي والاجتماعي والذي يقوي العلاقة والحياة الزوجية. وتوصل الباحث في دراسته الى نتائج مفادها أنه يوجد ارتباط بين أساليب المعاملة الزوجية السوية والتوافق الزواجي لدى الزوجات " العاملات وغير العاملات " وتوصل أيضا الى أنه يوجد ارتباط بين أساليب المعاملة الزوجية غير السوية وسوء التوافق الزواجي لدى الزوجات العاملات وغير العاملات.

الدراسة الثالثة: دراسة الباحثين " جعيجع عمر وورقي سيد احمد" (جعيجع وورقي، 2019، ص148-158)، حيث تناول الباحثان موضوع الفروق في جودة الحياة الأسرية للمرأة، دراسة استكشافية بين الماكثات بالبيت والعاملات بولاية المسيلة. وهدفت الدراسة الى التعرف على مستوى جودة الحياة للمرأة لدى عينة من النساء العاملات والماكثات بالبيوت والى قياس الفروق بين مفردات العينة في الخاصية ذاتها، وقد بلغت عينة البحث 69 امرأة من بينها 32 ماكثة بالبيت، وكانت النتائج المتوصل إليها من طرف الباحثان أن:

- متوسط النسبة المئوية للمرأة العاملة على مقياس جودة الحياة الأسرية بلغت 25.75 % مما يعني مستوى متدني للجودة لديها.

- متوسط النسبة المئوية للمرأة العاملة على مقياس جودة الحياة الأسرية بلغت 29.30 % مما يعني مستوى متوسط للجودة لديها.

الدراسة الرابعة: دراسة الباحث " عبد الله بن محمد بن صالح الربعي" (عبد الله، 2015)، حيث تناول الباحث موضوع "اضطرابات الهوية الجنسية دراسة فقهية طبية" وهدفت الدراسة الى الإجابة على تساؤلات مضطربي الهوية الجنسية عن الحكم الشرعي في حالاتهم وكذا ضبط المسار الطبي في علاج مضطربي الهوية الجنسية بالحكم الشرعي المؤصل، وهدف كذلك الى بيان المسؤولية الشرعية للطبيب في علاج هذه الحالات.

الدراسة الخامسة: دراسة الباحث " سناء عبيدي" (عبيدي، 2018)، حيث تناول الباحثة موضوع "التصورات الاجتماعية لتأثير العمل الليلي على الحياة الأسرية لعمال الصحة" وهدفت الدراسة الى الإجابة على تساؤل مفاده، ما طبيعة وبنية التصورات الاجتماعية لتأثير العمل الليلي على الحياة الأسرية لدى عمال مؤسسات الصحة الجوارية؟. حيث توصلت الدراسة الى أن محور إساءة معاملة الزوج من الجنس الأخر يمكن أن يمثل النواة المركزية لموضوع الدراسة كما توصلت الدراسة الى أن العمال ذوي المناوبات الليلية في قطاع الصحة لا ينكرون الدلالة السلبية التي تحمل معاني الإساءة والتعنيف لآثار هذا النوع من العمل على الرغم من أن أغلبيتهم إطارات مثقفة ولا ينكرون أيضا أنها ظاهرة سلبية تحتاج الى نوع من الدراسة للتخفيف من آثارها(عبيدي، 2018، ص ص 613- 643).

التعليق على الدراسات السابقة: لقد قمنا بتوظيف الدراسات السابقة المذكورة سابقا كونها تشترك في متغير الحياة الزوجية على العموم وبعضها يكشف عن واقع التوافق الزواجي بين الزوجين ومنها من تطرق الى تصورات الحياة الجنسية.

إجراءات الدراسة الميدانية:

إن الاقتراب الميداني جد مهم في الدراسة العلمية حيث يمدنا بالحقائق والمعلومات عن الواقع الاجتماعي وبالتالي تعتبر دعامة أساسية للاقتراب النظري، والذي سنسلط عليه الضوء في هذه الدراسة الميدانية على عينة من الأزواج العاملين وكشف أهم المتغيرات السوسولوجية والديموغرافية والاقتصادية والتي من شأنه أن تولد الاضطرابات الجنسية لديهما أو لدى أحدهما.

1- المنهج:

بدون المنهج يصبح البحث مجرد حصر وتجميع معارف، دون الربط بينها وبين استخدامها لعلاج مشكلة، فيغيب بذلك الإبداع العلمي، فهو يقوم على منهج منظم للتفكير العقلي لعلاج مشكلة.(الطاوي ومُبارك، 1992،ص26) فالمنهج هو عبارة عن مجموعة من القواعد والإجراءات والأساليب التي تجعل العقل يصل الى معرفة حقه بجميع الأشياء التي يستطيع الوصول إليها بدون أن يبذل مجهودات غير نافعة، والمنهج هو الطريق الذي إذا حدد من طرف الباحث لابد وان تكون من ورائه فلسفة وتتضح فلسفة المنهج بالإجابة على السؤال لماذا يختلف الباحثون أو يتفقون في التعرف على الموضوع الواحد الذي يستمد من فلسفة الموضوع. (إبراهيم، 2000، ص61) حيث تم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي في الدراسة والغرض منه تحليل المعطيات الميدانية من أجل وصف الظاهرة وتوضيح خصائصها، أما التعبير الكمي فهو يمكننا من رسم صورة وصفية رقمية تحدد معالم الظاهرة وحجمها ومستوى ارتباطها مع المتغيرات ذات الصلة بموضوع الاضطرابات الجنسية لدى الأزواج العاملين، لأن الهدف من الإحصاء هو اختبار الفرضيات والكشف عن العلاقة الموجودة بين المتغيرات. وذلك وفق خطة بحث معينة، بالاعتماد على جمع البيانات وتنظيمها وتحليلها. كما استعملنا في دراستنا هذه الاستبانة الالكترونية باعتبارها إحدى الأدوات الأساسية لمخاطبة أفراد عينة الدراسة حيث سمحت لنا بجمع المعطيات الإحصائية وذلك عن طريق إعداد مجموعة من الأسئلة، وتم توزيعها في مواقع التواصل الاجتماعي.

كما كانت الأساليب الإحصائية التي تم الاستعانة بها في الدراسة هي كاف تربيع K^2 كا 2 وهي بمثابة تقنية إحصائية تستعمل في تحليل الجداول التي تربط بين المتغيرات وتبيان العلاقة بينهما، حيث أن معامل كاف تربيع كا2 يستعمل في حالة الكشف عن الاستقلالية أو العلاقة الارتباطية بين المتغير المستقل والمتغير التابع. ويستعمل اختبار. كاف تربيع للاستقلالية لاختبار الفرضيات التي تقوم على أساس مقارنة مجموعة من التكرارات النظرية مع مجموعة التكرارات الفعلية، وبين متغيرين اسميين وذلك لتقييم الفرق بينهما وذلك لكشف ما إذا كان الفرق ظاهريا وفق مبدأ الصدفة

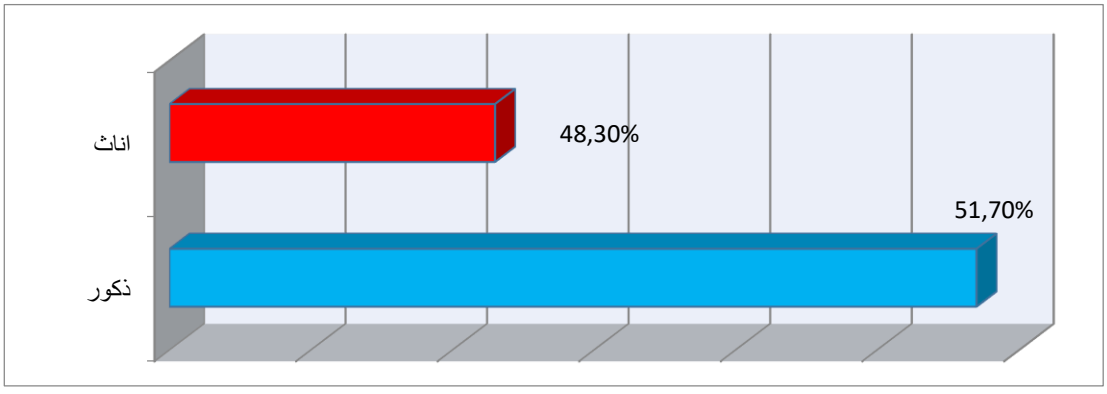
أم أن هذا الفرق هو نتيجة قوى التأثير والتأثر بين المتغيرين غير السابقة الذكر والتي تستدعي الدراسة والتحليل.

2- تحديد عينة البحث وكيفية اختيارها:

عندما يريد الباحث اختيار العينة التي يريد إجراء البحث عليها فانه يلجأ إلى طريقتين أساسيتين واللتان تتمثلان في كل من المسح الشامل أو طريقة المعاينة والتي تتفرع بدورها الى نمطين العشوائية(الاحتمالية) والغير عشوائية (اللاحتمالية)، وذلك وفق إمكانياته المتاحة له ولكن مع ضمان شرط العينة التمثيلية للمجتمع الإحصائي أو المجتمع الكلي بهدف جواز تعميم النتائج المتوصل إليها. وفي دراستنا هذه استعملنا عملية تحديد العينة والتي تخضع لاعتبارات تتجسد في كل من طبيعة الموضوع وإشكالية البحث والهدف من الدراسة، حيث استعملنا العينة القصدية وبلغت عينة البحث 39 زوجا عاملا، (تم الاشارة في الاستبيان على أن الاستبيان موجه فقط للأزواج العاملين).

خصائص العينة:

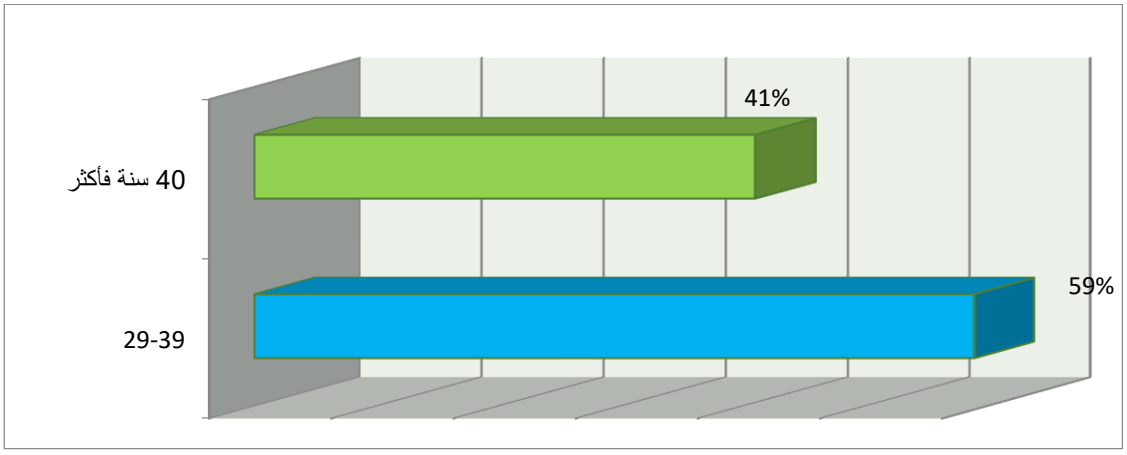
الشكل رقم (01): توزيع الأزواج عينة البحث وفق متغير الجنس.



المصدر: من إعداد الباحثين معتمدين على مخرجات spss

من خلال الشكل يتضح لنا أن نسب 51.7 % من أفراد عينة البحث هم من جنس الذكور و بنسبة 48.3 % هم من جنس الاناث .

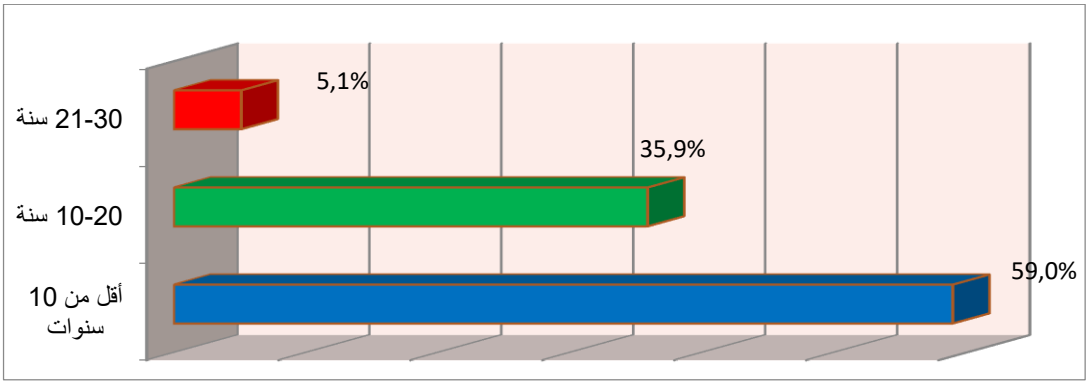
الشكل رقم (02): توزيع الأزواج عينة البحث وفق متغير السن.



المصدر: من إعداد الباحثين معتمدين على مخرجات spss

من خلال المعطيات الإحصائية المبينة في الشكل يتضح لنا أن أعلى نسبة تمثل الأزواج عينة البحث الذين يتراوح سنهم مابين 29-39 سنة بنسبة 59 %، بينما فئة المبحوثين الأزواج الذين تبلغ أعمارهم 40 سنة فما فوق بنسبة بلغت 41 %.

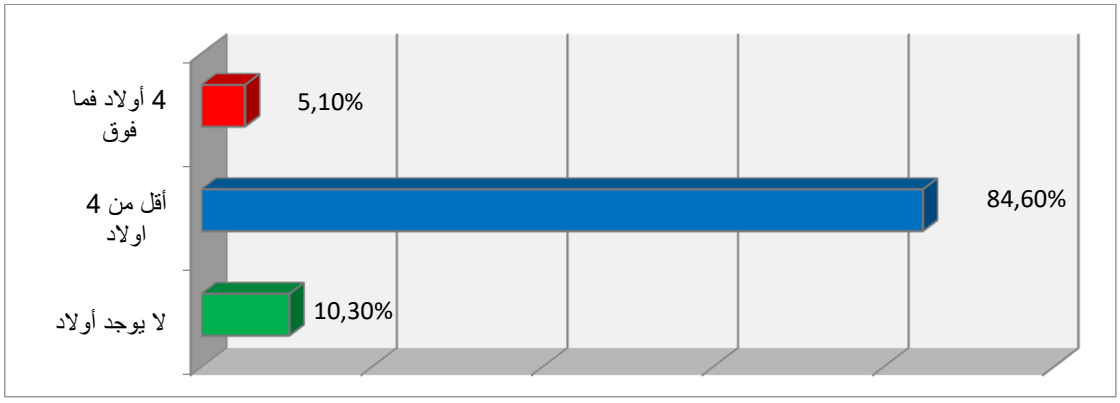
الشكل رقم (03): توزيع الأزواج عينة البحث وفق متغير مدة الزواج.



المصدر: من إعداد الباحثين معتمدين على مخرجات spss

من خلال المعطيات الإحصائية المبينة في الشكل والذي يوضح توزيع الأزواج أفراد عينة البحث يتضح لنا أن أعلى نسبة تمثل الأزواج الذين تقل سنوات زواجهم عن 10 سنوات وذلك بنسبة 59 % ، تليها نسبة 35.9 % للأزواج الذين لديهم مابين 10-20 سنة زواج، بينما بلغت نسبة الأزواج في عينة البحث الذين تتعدى سنوات زواجهم 21 سنة ما يعادل نسبة 5.1 %.

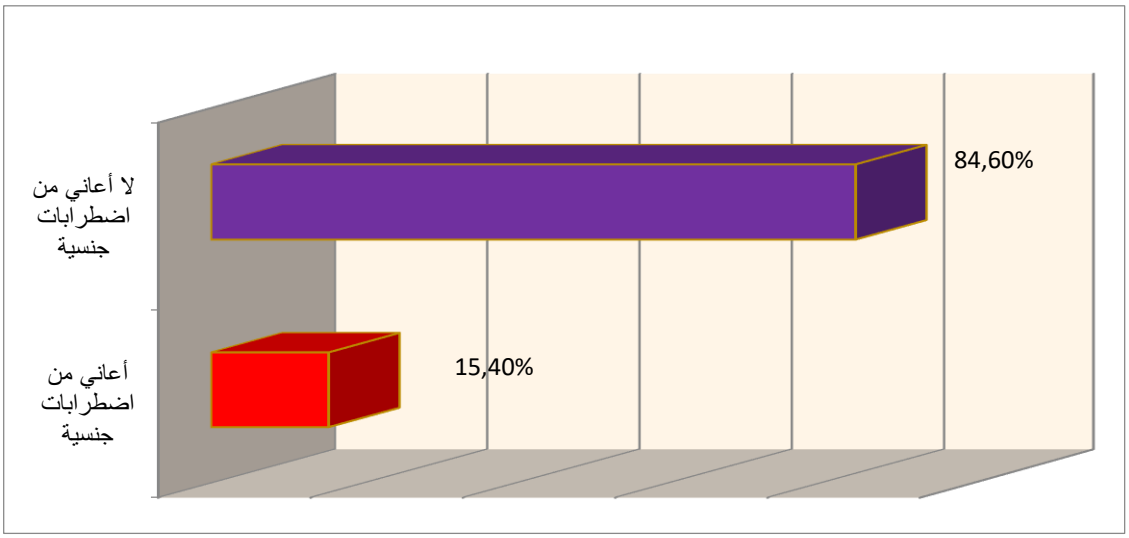
الشكل رقم (04): توزيع الأزواج عينة البحث وفق متغير عدد الأولاد.



المصدر: من إعداد الباحثين معتمدين على مخرجات spss

من خلال المعطيات الإحصائية المبينة في الشكل والذي يوضح توزيع الأزواج أفراد عينة البحث يتضح لنا أن أعلى نسبة تمثل الأزواج الذين يملكون مابين1- 3 أولاد وذلك بنسبة 84.6 % ، تليها نسبة 10.3 % للأزواج الذين ليس لديهم أولاد، بينما بلغت نسبة الأزواج في عينة البحث الذين لديهم أكثر من 4 أولاد وهو ما يعادل نسبة 5.1 %.

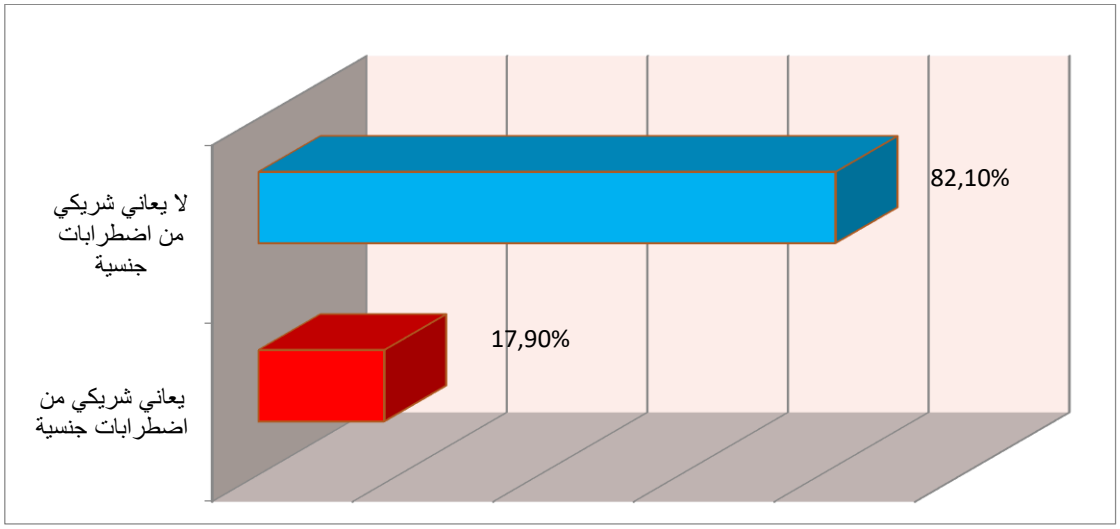
الشكل رقم (05): توزيع الأزواج عينة البحث حسبإذا ما كان يعانون من اضطرابات جنسية.



المصدر: من إعداد الباحثين معتمدين على مخرجات spss

من خلال المعطيات الإحصائية المبينة في الشكل يتضح لنا أن أعلى نسبة تمثل الأزواج عينة البحث الذين يعانون من اضطرابات جنسية وقد بلغت نسبة 84.6%، بينما فئة المبحوثين الأزواج الذين لا يعانون من اضطرابات جنسية بلغت نسبتهم 15.4%.

الشكل رقم (06): معاناة الشريك (الزوج أو الزوجة) من الاضطرابات الجنسية



المصدر: من إعداد الباحثين معتمدين على مخرجات spss

من خلال المعطيات الإحصائية المبينة في الشكل يتضح لنا أن أعلى نسبة تمثل الأزواج عينة البحث أكدوا لنا أن شريكهم لا يعاني من اضطرابات جنسية بنسبة 82.10 %، بينما فئة المبحوثين الأزواج الذين لا يعانون من اضطرابات جنسية بلغت نسبتهم 17.90%.

الجدول رقم (01): علاقة الاضطرابات الجنسية بعدد سنوات الزواج للأزواج العاملين.

مدة الزواج / الاضطرابات الجنسية	أقل من 10 سنوات	10-20 سنة	21- سنة فما فوق	المجموع

أعاني من اضطرابات جنسية	2 8.7%	3 21.14%	1 %50	6 15.4%
لا أعاني من اضطرابات جنسية	21 91.3%	11 78.6%	1 50%	33 84.6%
المجموع	23 100%	14 100%	2 100%	39 100%

المصدر: من إعداد الباحثين معتمدين على مخرجات spss(التنسيب في اتجاه المتغير المستقل)

يتضح لنا من خلال الإحصائيات التي يبينها الجدول أن الاتجاه العام يمثل فئة المبحوثين عينة البحث الذين لا يعانون من اضطرابات جنسية وذلك بنسبة 84.6 % وتتأكد هذه النسبة لدى فئة الأزواج عينة الدراسة الذين لديهم أقل من 10 سنوات زواج مع شريكهم وذلك بنسبة 91.3 % بينما الاتجاه الثاني يمثل فئة المبحوثين الذين كشفوا أنهم يعانون من اضطرابات جنسية وذلك بنسبة 15.4% وتتأكد هذه النسبة لدى فئة المبحوثين الذين كشفوا أن عدد سنوات زواجهم تفوق 20 سنة (21 سنة فما فوق) وذلك بنسبة 50 %. حيث أنه ومن خلال النتائج المبينة يتضح لنا أن لعدد سنوات الزواج التي تجمع بين الزوجين من شأنها التأثير على ظهور اضطرابات جنسية، ولكن هناك عوامل أخرى تغذي هذه الاضطرابات الجنسية بين الزوجين لا سيما العاملين منهم.

الجدول رقم (02): علاقة الاضطرابات الجنسية بعدد الاولاد للأزواج العاملين.

عدد الأولاد / الاضطرابات الجنسية	لا يوجد	أقل من 4	4 فما فوق	المجموع

أعاني من اضطرابات جنسية	----------	5 15.2%	1 %50	6 15.4%
لا أعاني من اضطرابات جنسية	4 100%	28 84.8%	1 50%	33 84.6%
المجموع	4 100%	33 100%	2 100%	39 100%

المصدر: من إعداد الباحثين معتمدين على مخرجات spss(التنسيب في اتجاه المتغير المستقل)

يتضح لنا من خلال الإحصائيات التي يبينها الجدول أن الاتجاه العام يمثل فئة المبحوثين عينة البحث الذين لا يعانون من اضطرابات جنسية وذلك بنسبة 84.6 % وتتأكد هذه النسبة لدى فئة الأزواج عينة الدراسة الذين ليس لديهم أولاد مع شريكهم وذلك بنسبة 100 % بينما الاتجاه الثاني يمثل فئة المبحوثين الذين كشفوا أنهم يعانون من اضطرابات جنسية وذلك بنسبة 15.4 % وتتأكد هذه النسبة لدى فئة المبحوثين الذين كشفوا أن عدد أولادهم 04 أولاد فما فوق وذلك بنسبة 50 % حيث أنه ومن خلال النتائج المبينة يتضح لنا أن عدد الأولاد من شأنها التأثير الحياة الجنسية للزوجين وعلى ظهور اضطرابات جنسية لديهما.

الجدول رقم (03): علاقة الاضطرابات الجنسية بالضغوط المهنية للأزواج العاملين.

الضغوط المهنية / الاضطرابات الجنسية	هناك ضغوط مهنية	ليس هناك ضغوط مهنية	المجموع

أعاني من اضطرابات جنسية	5 20%	1 7.1%	6 15.4%
لا أعاني من اضطرابات جنسية	20 80%	13 92.9 %	33 84.6%
المجموع	25 100%	14 100%	39 100%

المصدر: من إعداد الباحثين معتمدين على مخرجات spss(التنسيب في اتجاه المتغير المستقل)

يتضح لنا من خلال الإحصائيات التي يبينها الجدول أن الاتجاه العام يمثل فئة المبحوثين عينة البحث الذين لا يعانون من اضطرابات جنسية وذلك بنسبة 84.6 % وتتأكد هذه النسبة لدى فئة الأزواج عينة الدراسة الذين أكدوا عدم تعرضهم للضغوطات المهنية وذلك بنسبة 92.9 % بينما الاتجاه الثاني يمثل فئة المبحوثين الذين كشفوا أنهم يعانون من اضطرابات جنسية وذلك بنسبة 15.4 % وتتأكد هذه النسبة لدى فئة المبحوثين الذين كشفوا تعرضهم للضغوطات المهنية وذلك بنسبة 20 % حيث أنه ومن خلال النتائج المبينة يتضح لنا أن للضغوطات المهنية التي يتعرض لها الأزواج العاملين من شأنها التأثير الحياة الجنسية وعلى ظهور اضطرابات جنسية لديهما.

الجدول رقم (04): علاقة الاضطرابات الجنسية بالضغوطات الاجتماعية للأزواج العاملين.

الضغوطات الاجتماعية / الاضطرابات الجنسية	هناك ضغوط اجتماعية	ليس هناك ضغوط اجتماعية	المجموع

أعاني من اضطرابات جنسية	3 18.8%	3 13%	6 15.4%
لا أعاني من اضطرابات جنسية	13 81.2%	20 87 %	33 84.6%
المجموع	16 100%	23 100%	39 100%

المصدر: من إعداد الباحثين معتمدين على مخرجات spss(التنسيب في اتجاه المتغير المستقل)

يتضح لنا من خلال الإحصائيات التي يبينها الجدول أن الاتجاه العام يمثل فئة المبحوثين عينة البحث الذين لا يعانون من اضطرابات جنسية وذلك بنسبة 84.6 % وتتأكد هذه النسبة لدى فئة الأزواج عينة الدراسة الذين أكدوا عدم تعرضهم للضغوطات الاجتماعية وذلك بنسبة 87 % بينما الاتجاه الثاني يمثل فئة المبحوثين الذين كشفوا أنهم يعانون من اضطرابات جنسية وذلك بنسبة 15.4% وتتأكد هذه النسبة لدى فئة المبحوثين الذين كشفوا تعرضهم للضغوطات الاجتماعية وذلك بنسبة 18.8 %حيث أنه ومن خلال النتائج المبينة يتضح لنا أن للضغوطات ذات الأبعاد الاجتماعية والتي يتعرض لها الأزواج العاملين من شأنها التأثير الحياة الجنسية وعلى ظهور اضطرابات جنسية لديهما أو لدى أحدهما.

الجدول رقم (05): علاقة الاضطرابات الجنسية بالضغوطات الاقتصادية للأزواج العاملين.

الضغوطات / الاقتصادية	هناك ضغوط اقتصادية	ليس هناك ضغوط اقتصادية	المجموع

الاضطرابات الجنسية			
أعاني من اضطرابات جنسية	5 15.6%	1 14.3%	6 15.4%
لا أعاني من اضطرابات جنسية	27 84.4%	6 85.7 %	33 84.6%
المجموع	32 100%	7 100%	39 100%

المصدر: من إعداد الباحثين معتمدين على مخرجات spss(التنسيب في اتجاه المتغير المستقل)

يتضح لنا من خلال الإحصائيات التي يبينها الجدول أن الاتجاه العام يمثل فئة المبحوثين عينة البحث الذين لا يعانون من اضطرابات جنسية وذلك بنسبة 84.6 % وتتأكد هذه النسبة لدى فئة الأزواج عينة الدراسة الذين أكدوا عدم تعرضهم للضغوطات الاقتصادية والمادية وذلك بنسبة 85.7 % بينما الاتجاه الثاني يمثل فئة المبحوثين الذين كشفوا أنهم يعانون من اضطرابات جنسية وذلك بنسبة 15.4% وتتأكد هذه النسبة لدى فئة المبحوثين الذين كشفوا تعرضهم للضغوطات الاجتماعية وذلك بنسبة 15.6 %حيث أنه ومن خلال النتائج المبينة يتضح لنا أن للضغوطات ذات الأبعاد المادية والاقتصادية والتي يتعرض لها الأزواج العاملين من شأنها التأثير الحياة الجنسية لديهما.

الجدول رقم (06): علاقة الاضطر ابات الجنسية بنوع الأسرة التي يعيش فيها الأزواج العاملون.

نوع الأسرة / الاضطرابات الجنسية	أسرة نووية	أسرة ممتدة	المجموع
أعاني من اضطرابات جنسية	5 15.6%	1 14.3%	6 15.4%
لا أعاني من اضطرابات جنسية	27 84.4%	6 85.7 %	33 84.6%
المجموع	32 100%	7 100%	39 100%

المصدر: من إعداد الباحثين معتمدين على مخرجات spss(التنسيب في اتجاه المتغير المستقل)

يتضح لنا من خلال الإحصائيات التي يبينها الجدول أن الاتجاه العام يمثل فئة المبحوثين عينة البحث الذين لا يعانون من اضطرابات جنسية وذلك بنسبة 84.6 % وتتأكد هذه النسبة لدى فئة الأزواج عينة الدراسة الذين أكدوا أنهم يعيشون في أسرة ممتدة وذلك بنسبة 85.7 %، بينما الاتجاه الثاني يمثل فئة المبحوثين الذين كشفوا أنهم يعانون من اضطرابات جنسية وذلك بنسبة 15.4% وتتأكد هذه النسبة لدى فئة المبحوثين الذين كشفوا أنهم يعيشون في أسرة نووية وذلك بنسبة 15.6 % حيث أنه ومن خلال النتائج المبينة يتضح لنا أن لنوع الأسرة التي يعيش فيها الزوجين (نووية أو ممتدة) من شأنها التأثير الحياة الجنسية لديهما.

الجدول رقم (07): تأثير الاضطرابات الجنسية لأحد الزوجين على الآخر.

اضطرابات الشريك / الجنسية / الاضطرابات الجنسية	شريكي يعاني من اضطرابات جنسية	شريكي لا يعاني من اضطرابات جنسية	المجموع
أعاني من اضطرابات جنسية	4 57.1%	2 6.2%	6 15.4%
لا أعاني من اضطرابات جنسية	3 42.9 %	30 93.8 %	33 84.6%
المجموع	7 100%	32 100%	39 100%

المصدر: من إعداد الباحثين معتمدين على مخرجات spss(التنسيب في اتجاه المتغير المستقل)

يتضح لنا من خلال الإحصائيات التي يبينها الجدول أن الاتجاه العام يمثل فئة المبحوثين عينة البحث الذين لا يعانون من اضطرابات جنسية وذلك بنسبة 84.6 % وتتأكد هذه النسبة لدى فئة الأزواج عينة الدراسة الذين أكدوا عدم تعرضهم شريكهم سواء الزوج أو الزوجة لاضطرابات جنسية وذلك بنسبة 93.8 % بينما الاتجاه الثاني يمثل فئة المبحوثين الذين كشفوا أن شريكهم يعاني من اضطرابات جنسية بلغت بنسبتهم 15.4 % وتتأكد هذه النسبة لدى فئة المبحوثين الذين كشفوا تعرض شريكهم للاضطرابات الجنسية وذلك بنسبة 57.1 %، حيث أنه ومن خلال النتائج المبينة يتضح لنا أن تعرض أحد الزوجين للاضطرابات الزوجية من شأنه التأثير على الطرف الآخر وعلى الحياة الجنسية لديهما.

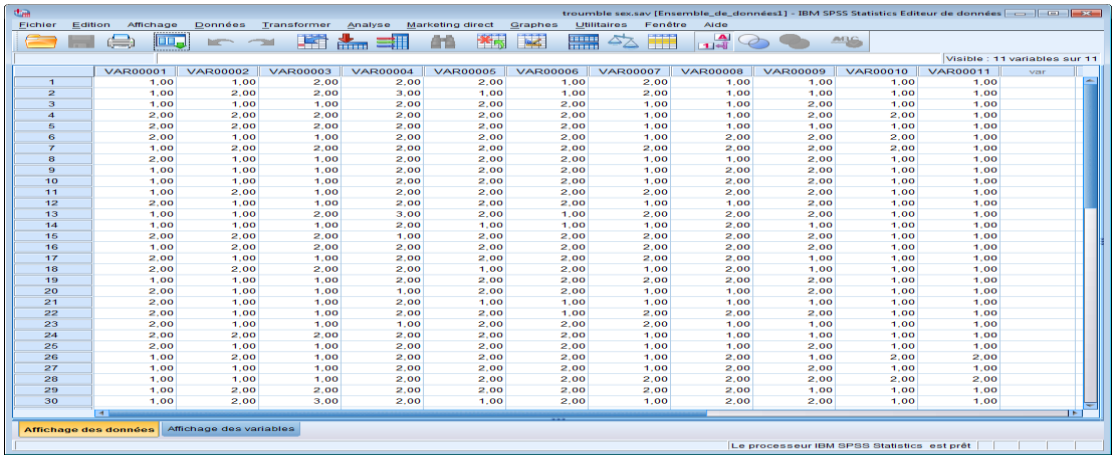
الاستنتاج العام:

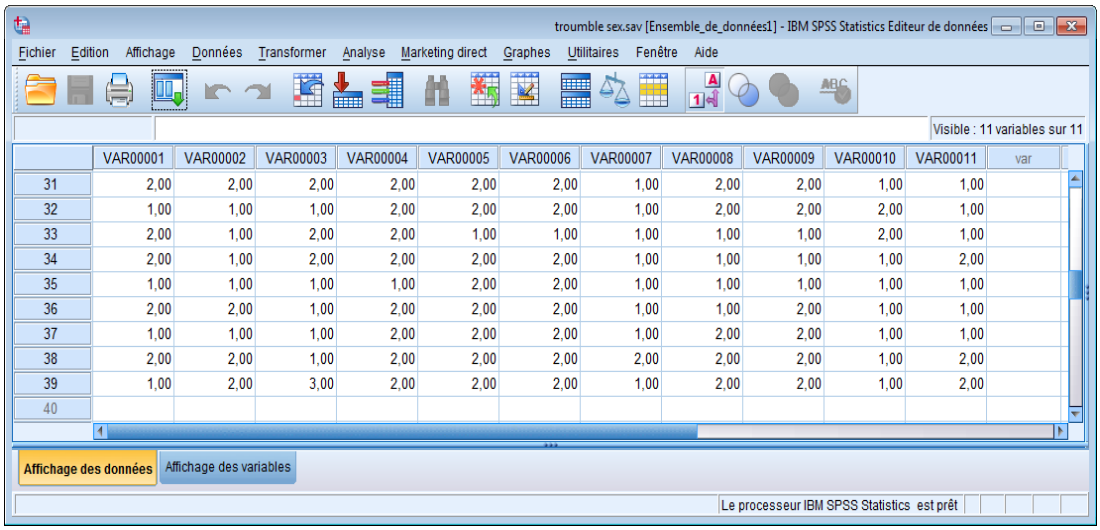
خلاصة القول يمكن التركيز على أهم النتائج المتوصل إليها من خلال الدراسة الميدانية حيث أن متغير السن من شأنه التأثير على الحياة الجنسية للأزواج العاملين فكلما كبر الفرد أصبح ضعيفا وغير قادر على امتصاص ومواجهة ضغوطات الحياة، كما توصلت الدراسة الى أن عدد سنوات الزواج أيضا يمكنه التأثير على الحياة الجنسية وظهور اضطرابات جنسية، كما أن متغير عدد الأولاد يلعب دورا هاما في التأثير على الحياة الجنسية للأزواج العاملين. ناهيك عن الضغوطات المهنية والضغوطات الاجتماعية والضغوطات الاقتصادية والمادية كلها عوامل متعددة الأبعاد لا يمكن إهمال درجة تأثيرها على الحياة الجنسية للزوجين حيث أنها عبارة عن عوامل تتداخل فيما بينها وتكمل كل منها الأخرى لتنتج ما يسمى بالاضطرابات الجنسية وهي تتفاوت من حيث درجة التأثير على الأزواج بقدر مقاومة ومجابهة الزوجين لهذه الأخيرة.

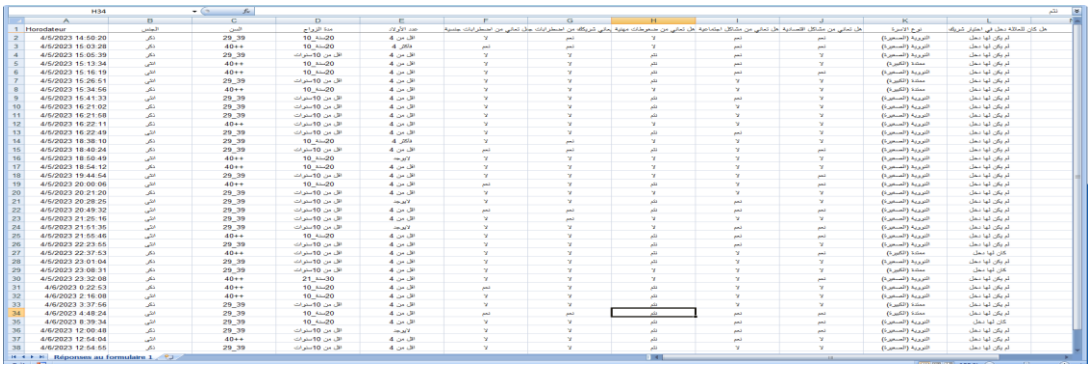
التوصيات:

- ✓ ضرورة تنظيم حملات تحسيسية وملتقيات وأيام دراسية ترمي في مجملها الى التعريف بمخاطر وسلبيات الاضطرابات الجنسية وذلك بإبراز الجانب السلبي وتأثيرها على الصحة الجسدية والنفسية.
- ✓ محاولة تكثيف الجهود وتطوير الهيئات المكلفة ببرامج الإرشاد الأسري والعمل على تحليل وفهم أسباب الاضطرابات الجنسية،وبالتالي إمكانية تشخيص الظاهرة لاحقا.
- ✓ العمل على تطوير المنظومة الأسرية وتوفير المرافقة النفسية والمادية للأزواج الذين يعانون من الاضطرابات الجنسية.
- ✓ تكثيف الدراسات على هكذا حالات والعمل عليها للاستطلاع على العوامل المغذية للاضطرابات الجنسية ومن ثم العمل على إقرار الحلول

الملاحق: نتائج تفريغ الاستبيانات في برنامج SPSS.







قائمة المراجع:

- عمر،جعيجع و سيد أحمد،ورقي. (جوان 2019). الفروق في جودة الحياة الأسرية للمرأة، دراسة استكشافية بين الماكثات بالبيت والعاملات بولاية المسيلة، مجلة دراسات، المجلد 08، العدد01، ص ص 148 – 158.
- حسن، الساعاتي. (1982). تصميم البحوث الاجتماعية. بيروت: دار النهضة العربية، ص9.
- خالد محمد، عبد الغني. (2014).اضطرابات الهوية الجنسية والقلق والضغوط-دراسات حالة تطبيقية- ، الطبعة الأولى.عمان -الأردن:الوراق للنشر والتوزيع.
- رجاء وحيد،دويدري. (2000). البحث العلمي:أساسياته النظرية وممارسته العلمية. دمشق-سوريا: دار الفكر،ص103.
- سناء، عبيدي. (جوان 2018). التصورات الاجتماعية لتأثير العمل الليلي على الحياة الأسرية لعمال الصحة، مجلة ميلاف للبحوث والدراسات، المجلد 04، العدد01، ص ص613-643.
- بوزيد صحراوي، (2004). منهجية البحث في العلوم الانسانية، تدريبات علمية. الجزائر: دار القصبة، 2004، ص159.
- عبد الله بن محمد بن صالح، الربعي. (2015). اضطرابات الهوية الجنسية دراسة فقهية طبية،أستاذ الفقه المشارك في كلية الشريعة والدراسات الإسلامية في جامعة القصيم، www.noor-book.com.
- عبد المؤمن،علي معمر. (2008). مناهج البحث في العلوم الاجتماعية، الأساسيات والتقنيات والأساليب.ليبيا: منشورات جامعة 7 أكتوبر، ص98.
- محمد الصغير،كاوجة. (سبتمبر 2014).تمثلات التوافق الزواجي وعلاقته بأساليب المعاملة الزوجية والخلافات الزوجية (دراسة ميدانية مقارنة بين النساء العاملات وغير العاملات بالمجال العمراني لولاية الأغواط)، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 16، ص ص 345 – 371.
- محمد مبارك،محمد الطاوي. (1992). البحث العلمي: أسسه وطريقة كتابته، (الإصدار الطبعة العربية الأولى). القاهرة: المكتبة الأكاديمية، ص26.
- إبراهيم،مروان عبد المجيد. (2000). أسس البحث العلمي لاعداد الرسائل الجامعية. الأردن: مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع،ص61.

دور الأسرة في تنمية الوعي بمفهوم التربية الجنسية لتجنب الاضطرابات الجنسية لدى الأبناء - المجتمع الجزائري نموذجا -

The role of the family in raising awareness of the concept of sex education to prevent sexual disorders in children -Algerian society as a model-

د. إيمان قاسمي، جامعة البليدة 02، الجزائر، imanegasmi92@gmail.com
د. رضوان طايبي، جامعة وهران02، الجزائر، taibiredouane2@gmail.com

الملخص:

تعد الاضطرابات الجنسية من بين المشكلات التي تواجه الأفراد وتؤثر عليهم في مختلف مجالات الحياة، إذ يمكن أن نجد هذه الاضطرابات أسبابها راجعة إلى طريقة التربية والتنشئة الأسرية التي يعتمد عليها الآباء في تربية أبنائهم.

ولأهمية ما سبق ذكره جاءت ورقتنا البحثية بهدف الكشف عن دور الأسرة في تنمية الوعي بمفهوم التربية الجنسية لدى أبنائها، إذ سنحاول التعرف على ماهية الأسرة والتنشئة الأسرية، بالإضافة إلى التربية الجنسية والاضطرابات الجنسية لدى الأبناء، مع الكشف عن أسباب أهمية التربية الجنسية للأبناء، والتطرق إلى أهم أهداف التربية الجنسية، مع شروط التربية الجنسية لدى الأبناء، وتناول أساليب المعاملة الوالدية السوية وغير السوية، بالإضافة إلى الكشف عن الأليات الفعالة التي يتبعها الآباء في التربية الجنسية مع الأبناء، مع الإشارة إلى أهم ما يميز عملية تبني الآباء لاستراتيجيات والأساليب الصحيحة لاكتساب أبنائهم تنشئة جنسية سليمة خالية من الشذوذ والهوامات التي تؤدي بالأبناء إلى الوقوع في الاضطرابات الجنسية، كما نوضح دور وأهمية الأسرة في تقديم التربية الجنسية لتجنب وقوع الأبناء في الاضطرابات والمشكلات الجنسية، وعرض واقع التربية الجنسية في المجتمع الجزائري

الكلمات المفتاحية: الأسرة، التنشئة الأسرية، التربية الجنسية، الاضطرابات الجنسية، الأبناء.

Abstract:

The Sexual disorders are among the problems that individuals face and affect them in various areas of life. These disorders can be found due to the parenting method and family upbringing that parents depend on to bring up their children.

And because of the importance of the above, our research paper aims to reveal the role of the family in creating awareness of the concept of sex education in their children. The most important goals of education sex, with the conditions of sex education for children, and dealing with normal and abnormal parental treatment methods, in addition to revealing

the effective mechanisms that parents follow in sex education with children, with reference to the characteristic the most important part of the process of parents adopting the right strategies and methods for the acquisition of the education of their children A healthy sexuality free from anomalies and fantasies that make children fall into sexual disorders, We also explain the role and importance of the family in sex education to prevent children from falling into sexual disorders and problems, and present the reality of sex education in Algerian society.

Key words: family, education family, education sexuelle, troubles sexuels, children.

المقدمة:

تعد الاضطرابات الجنسية من بين المشكلات التي يعاني منها أفراد مجتمعنا مؤخرا، وقد يكون ذلك راجع إلى طبيعة الموروث الثقافي الذي تربى عليه الفرد الجزائري، وإلى مرجعية خلفية التنشئة لديه في عملية تطبعه الاجتماعي والثقافي الذي اكتسبه من أسرته ومن المحيطين به في تكوين شخصيته.

إذ نجد أن الأسرة هي المحيط الأول الذي يجد فيه الفرد نفسه بعد قدومه للحياة، فكلما كانت الأسرة تتمتع بمستويات الصحة في عملية التنشئة وتكوين أبنائها تكوينا سليما خاليا من أخطاء المعاملة والتربية والرعاية كلما نجد أبنائها يتمتعون بالشخصية السوية والمتوازنة.

كما تجدر الإشارة إلى أن أغلب الاضطرابات والمشاكل تتكون في المراحل العمرية الأولى من حياة الإنسان، وذلك راجع إلى مدى قوة شخصية الفرد في مواجهة المواقف التي يتعرض لها، بحيث كلما كانت شخصيته قوية كلما واجه المشكلات التي تعترضه بفعالية ونجاح وكلما كانت بنية شخصيته هشة وضعيفة كلما أثرت تلك العقبات أو المشكلات التي تعرض لها إلى خيبات واحباطات تعرقل وتعقد الأمور عليه وقد تؤدي به إلى الوقوع في الاضطرابات نفسية، اجتماعية، عقلية، جسدية، علائقية، جنسية، ...إلخ.

وعليه نجد أن الأسرة لها الدور الأساسي الأول في عملية تكوين وتنشئة الفرد، ولأهمية دورها جاءت ورقتنا البحثية بهدف الكشف عن دور الأسرة في تنمية الوعي بمفهوم التربية الجنسية لتجنب وقوع الأبناء في الاضطرابات الجنسية، خاصة وأن موضوع التربية الجنسية لم يجد مكانته اللازمة في مجتمعنا الجزائري.

ومن بين التساؤلات التي نطرحها ونعالجها في ورقتنا البحثية نجد: ما لمقصود بالأسرة ؟ وماهية التنشئة الأسرية ؟ وما معنى التربية الجنسية ؟ وماهي الاضطرابات الجنسية ؟ وفيما تكمن أسباب أهمية التربية الجنسية للأبناء وأهدافها ؟ وفيما تتمثل شروط التربية الجنسية لدى الأبناء ؟ وما هي

أساليب المعاملة الوالدية السوية وغير السوية ؟ وفيما تتحدد الأليات الفعالة التي يتبعها الآباء في التربية الجنسية مع الأبناء ؟ وفيما يكمن دور وأهمية الأسرة في تقديم التربية الجنسية لتجنب وقوع الأبناء في الاضطرابات والمشكلات الجنسية ؟ وكيف هو واقع التربية الجنسية في المجتمع الجزائري ؟

❖ أهداف البحث:

- ✓ التعرف على مفاهيم البحث.
- ✓ الكشف عن أسباب أهمية التربية الجنسية للأبناء.
- ✓ عرض أهداف التربية الجنسية.
- ✓ تناول شروط التربية الجنسية لدى الأبناء.
- ✓ التعرف على أساليب المعاملة الوالدية السوية وغير السوية.
- ✓ الكشف عن الأليات الفعالة التي يتبعها الآباء في التربية الجنسية مع الأبناء.
- ✓ توضيح دور وأهمية الأسرة في تقديم التربية الجنسية لتجنب وقوع الأبناء في الاضطرابات والمشكلات الجنسية.
- ✓ الإشارة إلى واقع التربية الجنسية في المجتمع الجزائري.

❖ تحديد مصطلحات البحث

✓ الأسرة:

الأسرة هي الخلية الأساسية في المجتمع، وهي الجماعة الأولية للتكاثر، واستمرار وتعاقب الأجيال، كما تعتبر أول بيئة للطفل تهيئ اتجاهه نحو المحيط بما فيه من أفراد وأشياء (بودوح، 2011).

✓ التنشئة الأسرية:

تعد الأسرة أكثر انساق المجتمع الانساني حساسية للتغيير تأثرا وتأثيرا، فهي بؤرة تنظيمات ومؤسسات ذات صلة بالوفاء بالحاجات الأساسية لأعضاء المجتمع، إذ نؤدي الأسرة دورا هاما وإيجابيا في صقل شخصية الفرد وتكوينها لبناء ذاتيته الداخلية، وهي تمثل المدرسة الأولى التي تقوم بعملية التنشئة والتطبيع الاجتماعي للفرد، بحيث تزوده بالأسس الت يتبنى عليها شخصيته فيتعلم منها كيف ينظر إلى ذاته وكيف يتعامل مع المشكلات التي تواجهه وكيف يتعامل مع الناس المحيطين به، كما

يتعلم المسؤولية وحرية الرأي وديموقراطية القرار، وما له من حقوق وما عليه من واجبات ويتعرف على الأساليب السلوكية التي عليه أن يتمثلها كأسلوب في حياته (الجالي،2021، ص 269).

✓ **التربية الجنسية:**

إنها النوع من التربية التي تمد الطفل بالمعلومات العلمية والاتجاهات السليمة تجاه المسائل الجنسية بقدر ما يسمح به النمو الجسمي والفسيولوجي والعقلي والانفعالي والاجتماعي، و في إطار التعاليم الدينية والمعايير الاجتماعية والقيم الخلقية السائدة في المجتمع مما يؤهله لحسن التوافق في المواقف الجنسية ومواجهة مشكلاته الجنسية في الحاضر والمستقبل (عبد الله عبد العليم طاحون، 2020، ص227).

✓ **الاضطرابات الجنسية:**

الاضطرابات الجنسية هي مشكلات تتعلق بالجنس تجعل ممارسة الشخص للجنس غير طبيعية، ناقصة، مؤذية لنفسه أو غيره، أو تؤدي به للانزعاج من جنسه الذي ولد فيه، ويتزايد انتشار الاضطراب الجنسي عامًا بعد عام لأسباب متعددة إما لعوامل مرضية أو لمعاناة من تغيرات في الأسرة، لقلة التثقيف الجنسي، للمرو بتجربة جنسية مؤلمة، أو لعوامل أخرى كتوقع الفشل أو الشعور بالذنب تجاه العلاقات الجنسية أو فقدان الانجذاب وخطورة الاضطراب الجنسي تكمن في أنها قد تؤدي بصاحبها إلى حالة من القلق والاكتئاب والحزن الشديد.

https://altaafi.com/%D8%A7%D9%84%D8%A7%D8%B6%D8%B7%D8%B1%D8%A7%D8%A8%D8%A7%D8%AA-/%D8%A7%D9%84%D8%AC%D9%86%D8%B3%D9%8A%D8%A9

✓ **الأبناء:**

ونقصد بهم الأبناء الذين يتواجدون ضمن أسرة تسهر على تربيتهم وتنشئتهم، مع تقديم الرعاية وتوفير لهم حاجياتهم وتكوين شخصيتهم على أسس وقواعد، بالإضافة إلى ترسيخ القيم والمعايير الأخلاقية السائدة في المجتمع الذي تنتمي إليه الأسرة وأبنائها .

1- أسباب أهمية التربية الجنسية للأبناء:

ومن بين الأسباب في التربية الجنسية للأبناء نجدها تتمثل كالآتي:

- الانخفاض في مستوى الكفاية الاجتماعية، التي تجعلهم لايعرفون حدوداً للقيم والأعراف أو التقاليد، التي تنظم حياة المجتمع.
- ارتفاع قابليتهم للإغراء المادي، وبالتالي يمكن مقابل عائد مادي بسيط، أو بعض من الحلوى، وقوع الأذى عليهم بسهولة.
- ضعف الإرادة، مما يسهل انقيادهم للغير دون مقاومة، ويجعلهم فريسة سهلة لهم، وذلك بسبب العجز الحسي الذى يؤدي إلى تشويه بعض الصور، فيفهمون غير التي قصدت منها (النظرات واللمسات بصورة غير متوقعة أو غير طبيعية).
- سهولة رضوخهم للتهديد والوعيد من قبل من يستغلهم جنسياً، ليحافظوا على سرية ما يتعرضون له من استغلال وإيذاء .
- القدرة العقلية والمستوى اللغوي المنخفض، يجعل الأطفال لا يدركون حقيقة ما يمارس ضدهم من سلوكيات، لصعوبة التعبير الكامل عن المشاعر، سواء لعدم فهمهم لتلك المشاعر، أو لعدم السماح لهم بالحديث عما تعرضوا له، مما يجعلهم على استعداد للإثارة.
- القدرة البدنية المحدودة أو الضعيفة تدفع بالنشاط التعويضي إلى المنطقة الحسية، مما يجعلهم أكثر عرضة للاستثارة الجنسية في هذه المرحلة عن المراحل الأخرى، التي يمر بها الفرد.
- غياب التمييز بين الأماكن العامة والأماكن الخاصة في بعض الحالات، نتيجة الإهمال في التنشئة، خاصة فيما يتعلق بالتعرف على البيئة المحيطة.
- صعوبة تمييز الخصوصية الجسمية للذات وللآخر.
- عدم قدرة الطفل على التواصل مع الآباء، لأسباب لغوية أو عقلية، وبالتالي لا يعرف والداه ما يتعرض له من إيذاء جنسي، يمكن أن يحمياه منه.
- ما يمتلكه الطفل من قدرات عقلية واجتماعية بسيطة، يصعب عليه معها إدانة من يستغلوه جنسياً.
- ضعف القدرة على الضبط الذاتي، خاصة في مواقف الإستثارة الحسية.

- الخوف من التعرض للعقاب أو للإعتداء من والديه، أو من أن يكون محط أنظار وعتاب المحيطين به، مما يدفعه لكتم أمره، وقد يخفي ما يتعرض له من استغلال جنسي تحت ضغط من مشاعر الخجل لديه.
- عدم إدراك الطفل أنه قد يتعرض للإذاء الجنسي حتى من المقربين منه،(الخدم، السائق، الجليسات ...إلخ) فالعاملات والعاملون في المنازل، قد تبدر منهم بعض السلوكيات الجنسية تجاه الأطفال ذكوراً أو إناثاً، إذ يتظاهرون بأنهم أصدقاء الأسرة أو أصدقاء الطفل، ليستطيعوا ممارسة سلوكياتهم غير السوية ضد الأطفال.
- يمثل الاستغلال الجنسي في مرحلة من المراحل للطفل أو المراهق مصدراً ماديا يستفيد منه، فهو يجري وراءه ويبحث عن تحقيقه في هذه المرحلة.
- العجز المعرفي وعدم فهم بعض الموضوعات، أو نوعية العلاقات لدى الطفل، التي قد تؤدي لحدوث اضطرابات وتشويش عند حدوث منبه حسي جنسي.
- وأخيرا لأنه لا يعرف انه يمكن أن يقول "لا" للكبار (مرجان، 2011، ص 40-41-42).

2- أهداف التربية الجنسية:

من أبرز الأهداف التي تحققها التربية الجنسية في حياة الفرد والمجتمع نجد:

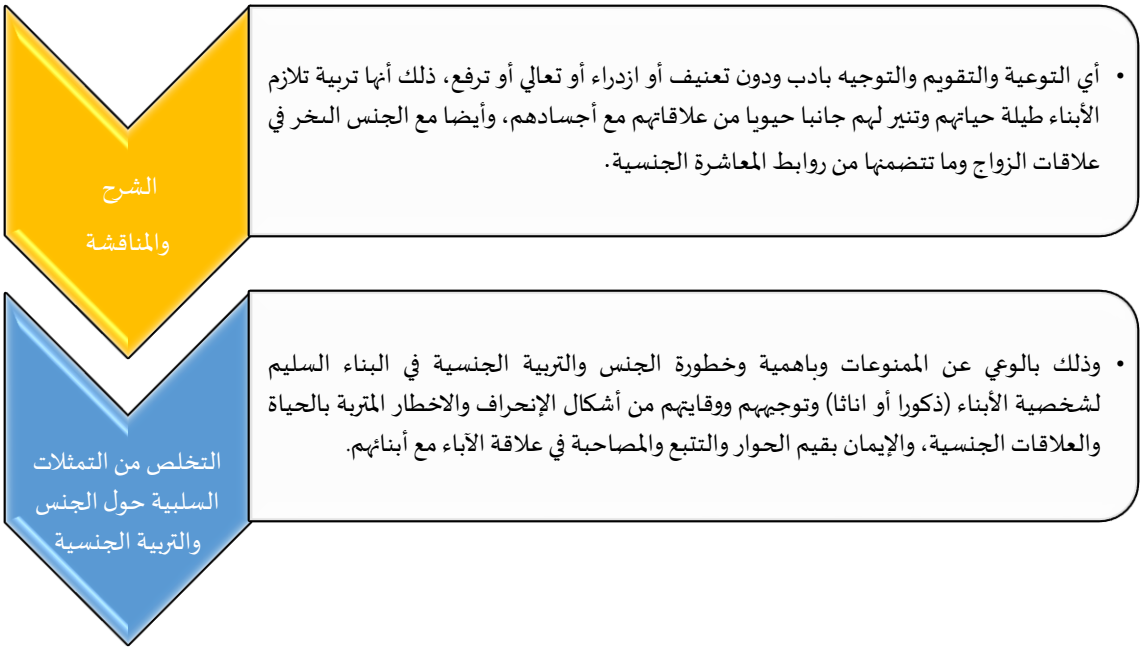
1. العناية بالفرد ورعايته كي يتفهم طبيعته الجنسية كنموه الجنسي، كذلك عن طريق تزويده بالمعلومات العلمية الصحيحة.
2. تنمية قدرات الفرد على ضبط دوافعه الجنسية.
3. تنمية المواقف والاتجاهات الجنسية الإيجابية لدل الجنسين، وذلك منعا للشذوذ الجنسي.
4. التربية من أجل بناء علاقات انسانية اجتماعية وخلقية بين الأفراد.
5. ترشد الفرد الى تقبل جنسه ، وتعرفه بالأدوار التي تناسب جنسه.
6. معالجة المشكلات الجنسية التي يعاني منها الأفراد في سن المراهقة كالبلوغ.
7. اكساب الفرد التعاليم الدينية كالمعايير الاجتماعية نحوا القيم الأخلاقية الخاصة بالسلوك الجنسي
8. تصحيح مفاهيم التربية الجنسية الخطأ عند الطلبة وأفراد المجتمع ، وتقديم مفاهيم جنسية اسلامية صحيحة.

9. تعميق الرقابة الذاتية عند كل فرد .

10. الوقاية من أخطاء التجارب الجنسية غير المسؤولة التي يحاول فيها استكشاف المجهول أو المحظور بدافع إلحاح الرغبة الجنسية المكبوتة لديه (كمال قاسم، 2012، ص13) .

3- شروط التربية الجنسية لدى الأبناء:

تكمن شروط التربية الجنسية للأبناء وفق ما هو موضح في الشكل التالي:

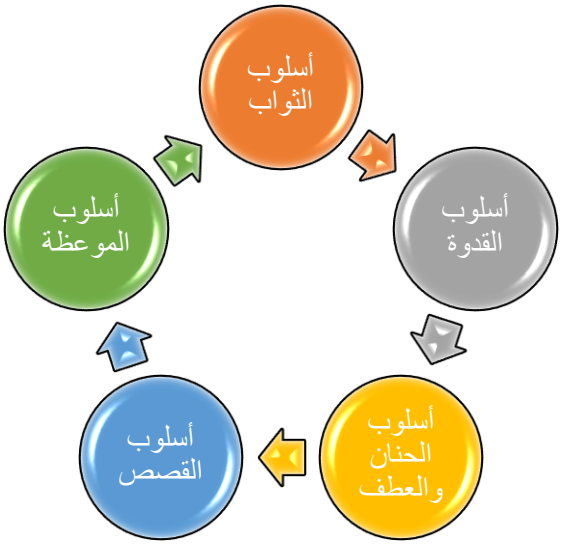


الشكل رقم (01): يمثل شروط التربية لدى الأبناء

المصدر: (كمال قاسم، 2012، ص 14)

4- أساليب المعاملة الوالدية السوية:

نجدها تتمثل في الشكل التالي:

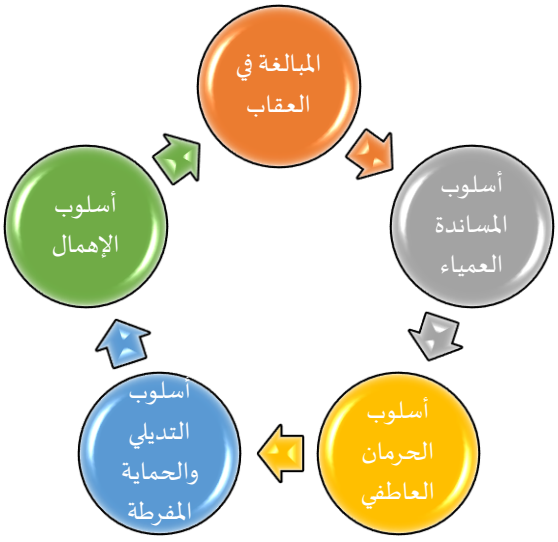


الشكل رقم (02): يمثل أساليب المعاملة الوالدية السوية

المصدر: (بودوح، 2011)

5- أساليب المعاملة الوالدية غير السوية:

نجدها تتمثل كما هو موضح في الشكل التالي:



الشكل رقم (03): يمثل أساليب المعاملة الوالدية غير السوية

المصدر: (بودوح، 2011)

6- الأليات الفعالة التي يتبعها الآباء في التربية الجنسية مع الأبناء:

إن شرح الوالدين للمواضيع الجنسية لأبنائهم مشروطة بطبيعة المرحلة النمائية والعمرية للأبناء وجنسهم، وطبيعة الثقافة السائدة داخل الأسرة، ويجب أن يكون هذا الشرح والتداخل مراعيا فيه:

- استعمال لغة علمية بسيطة ومفهومة حسب المرحلة العمرية للأبناء .
- استعمال لغة الايحاء أن كانت اللغة الصريحة المباشرة تشكل بعض الحرج ،أو اعتماد مواقف وسلوكيات معينة هدفها التوجيه التربوي غير المباشر للحياة الجنسية لأبنائهم .
- توظيف الأمثلة كالقصص ذات المعاني التربوية والجنسية المباشرة أو غير المباشرة.
- تزويد الأبناء بمصادر المعرفة العلمية والسليمة التي تهم الحياة كالأمور الجنسية ،أو توجيههم اليها.
- تشجيع الأبناء على البوح بأسئلتهم ومشاكلهم التي تهم حياتهم الجنسية والعلاقة مع الجنس الأخر، وجعلهم يفهمون أن الأمور الجنسية طبيعية وعادية ،وأن معرفتها أمر ضروري من أجل حياة جنسية سليمة نفسيا، و شرعيا واخلاقيا، وأن الجنس يتجاوز معنى الممارسة السائدة في مجتمعاتنا ، حيث أن الجنس هو أخلاق وقيم والتزام اجتماعي تجاه الجنس الأخر، ومعرفة الجنس في أبعاده المختلفة من أجل بناء شخصية سوية متوازنة ، وتأسيس حياة زوجية سليمة وناجحة (كمال قاسم، 2012، ص 15).

7- لأسرة وأهميتها في تقديم التربية الجنسية لتجنب وقوع الأبناء في الاضطرابات والمشكلات الجنسية:

إن الحديث عن مفهوم الجنس والتربية الجنسية لم يكن محبذا عند كثير من الناس، وكان يواجه بخجل واستحياء حتى القرن العشرين، حيث بدأت وسائل الاعلام والمجلات والمؤسسات التربوية والصحية، تعنى بالحديث عن الجنس، وأصبح ضرورة ملحة، لا سيما في بلادنا العربية والاسلامية التي تمتلك موروثا اسلامي وقيم أخلاقية يجعلها تحسن التصرف والتعامل إزاء المسائل الجنسية، والثقافة الغربية التي تحاول التسرب إلى مجتمعنا عبر وسائل الاتصال المعاصرة في نشر

الإباحية والتحلل وتضييع الأخلاق والتعاليم الدينية، مما يستدعي تقديم ثقافة تربوية وجنسية، والتي تحصن أفراد المجتمع من شرور الرذيلة.

وينبغي أن تكون للتربية الجنسية عناية خاصة، لاسيما في مرحلتي الطفولة والمراهقة، حيث يسهم الجنس بدور هام في تكوين شخصية الفرد وتوجيه سلوكه، مما يؤكد ضرورة تقديم تربية جنسية تتناسب مع المراحل العمرية للأفراد، يقدم فيها المعلومات الجنسية المناسبة والمتمثلة بالأخطار الناجمة عن السلوك الجنسي الشاذ والخطأ، فضلا عن تصحيح مفاهيم جنسية صحيحة بحيث تقي الفرد من الانحرافات الجنسية، وتهذب السلوك الجنسي وتوجهه بما يتوافق مع قيم المجتمع وأخلاقه ودينه،

وهنا يظهر دور الأسرة في توجيه وتوعية أبنائها توعية سليمة في هذا المجال وللتربية الجنسية بعدان:

1. **بعد نفسي أخلاقي**: تنمية شخصية الفرد من خلال المعايشة اليومية الأسرية، ليتقبل ويتفهم الجنس الذي ينتمي إليه، ويتقبل ويحترم الجنس الآخر.
2. **بعد معرفي علمي:** تقديم المعلومة العلمية السليمة المبسطة المناسبة للمرحلة العمرية التي يمر بها الفرد والمعرفية العلمية بالخصوصيات والحاجيات النفسية والنمائية للفرد ذكرا أو أنثى (كمال قاسم، 2012، ص12-13).

فالأسرة هي الدائرة الصغرى التي يتم فيها التكوين الأول لكل جانب من جوانب الشخصية لذلك ينبغي أن تحظى بالتدريب الكافي من أجل تنمية الدافع لديها أولاً للقيام بهذا الدور، وأن تزود بالمعلومات والمهارات التي تمكنها من أداء الدور المطلوب، وقد هدفت دراسة هيلر (Heller, 2009) إلى تعرف عن إتجاهات الوالدين في إدراج التربية الجنسية في المدرسة، وقد أسفرت نتائج الدراسة على أن 80 % من الآباء قد تم تأييدهم ودعمهم لموضوعات تعليم الجنس في المدرسة، واتفقت معها دراسة (Chen. Da Guang Chen.2005) ووافق اكثر من % 80 من الآباء علي التوعية الوقائية بالمدرسة الابتدائية ولكنهم كانوا اكثر ميلا لتعلم البنات من البنين ويجب تقديم البرامج الملائمة لكل مرحله عمرية وضرورة تصميم مناهجها بعناية فائقة ،و اكد الاباء ان حماية الأسرة لأبنائها من الاساءة الجنسية غير كافي ؛ لذا يجب أن يكون هناك دعم رسمي في المدارس يتعاون مع الأسرة لحماية التلاميذ من اي شكل من اشكال الاساءة الجنسية (طاحون، 2020، ص229-230).

كما أن وعي الأسرة بأهمية التربية الجنسية خاصة عند إجابة الوالدين أو أحدهما عن أول سؤال يتبادر إلى ذهن طفل، والذي يكون عن كيفية مجيئه إلى هذه الحياة وهو تساؤل طبيعي

وضروري، فغياب الوعي الوالدي في مكاشفة الأبناء وتوعيتهم للقيام بالدور الإيجابي في تنمية الإدراك والفهم لتلك المنطلقات والتثقيف المبصر القائم على أسس علمية ومنهجية وواقعية، والتعرق على علامات البلوغ ومظاهر المراهقة وتغيراتها الجسمية والجنسية والنفسية والعقلية والاجتماعية، والمصارحة بعمليات الحمل والولادة والتعرف على الانحرافات والامراض الجنسية التي تتسبب من جرائها، بالإضافة إلى أن التهرب من المسؤولية تجاه مناقشة هذه الموضوعات وعدم تبيانها للنشء من قبل أولياء الأمور والقائمين على تربيتهم، تدفعهم للحصول على هذه الإجابات والتساؤلات من مصادر أخرى كالرفاق والإعلام وهو الأمر الذي يدفعهم في الكثير من الأحيان للوقوع في مشكلات وانحرافات جراء التعامل مع الدوافع الجنسية دون وعي وإدراك. كما أن النمو الجنسي من الأمور المهمة في مرحلة المراهقة لما يحدث من تحولات في اكتمال نضج الوظائف الجنسية، مما يشعر المراهق بالتناقض ما بين ظهور هذه الدوافع، ووجود موانع تكبح جماح هذه الشهوة، مما يسمعه أو يلمسه من التكتم على موضوعات الجنس ونظرة المجتمع إليه، بالإضافة إلى الضوابط الشرعية والأخلاقية والاجتماعية على النشاط الجنسي (بودوح،2011).

وعليه فإن التربية الجنسية لا تهدف إلى إعطاء معلومات فقط إنما تتعدى ذلك إلى إعداد الشباب للتعامل مع مراحل حياتهم بنجاح، مما يزودهم بالخبرات الجنسية والاتجاهات العاطفية السامية والعادات الصحية المفيدة، حتى يشعر الطفل أن كل عضو من جسمه له أهميته وفائدته، ويجعله يفتخر بجنسه، ويدرك الغاية السامية لوجود الدافع الجنسي (زريق، 1986، ص17).

8- و اقع التربية الجنسية في المجتمع الجز ائري:

إن الحاجة والرغبة الغريزية تجعل من الفرد كائنا غريزيا، فالجنس شأنه شأن الغذاء ومثلما هناك جوع للأكل هناك جوع جنسي، الأكل ليس مقنن أنت حر تأكل ما تشاء وكيفما تشاء ومتى تشاء في حين الجنس مقنن وغير متاح في شرائع الأديان السماوية، كلما ازدادت شدة التربية الجنسية ازدادت مقدرة العائلة، وبالتالي المجتمع على كسر شوكة الفرد وتدجينه سياسيا واجتماعيا، وإن فقر الفرد في سنوات الطفولة والمراهقة ومنعه من امتلاك استقلاله الذاتي يؤدي في سن الرشد إلى اتخاذ مواقف سياسية واجتماعية إما محافظة وإما لا مبالية.

وإن القول بضرورة إدراج التربية الجنسية في المقررات التربوية لم يلقى اهتمام في المجتمع الجزائري، كونه يخترق الطبيعة المحافظة للمجتمع الجزائري، وهنا من حرمها أيضا من رجال الدين ومن ينادي بتحريم هذا الموضوع من الناحية الدينية، فهو يقع في خطأ كبير، فالأدلة الشرعية تجيز

للمربين مصارحة أبنائهم في القضايا التي تتعلق بالجنس، بل توجب التربية والمصارحة الجنسية وخاصة إذا ترتب عليها حكم شرعي.

وتكمن ضرورة التربية الجنسية خاصة مع أزمة البلوغ أو ما يعرف بأزمة المراهقة التي تعبر عن اضطرابات انفعالية هرمونية تنتج جراء تصادم الرغبات الغريزية الفسيولوجية والمحرمات التي وضعها كل من القانون، التقاليد الدينية والأعراف المجتمعية، هذا ما لم يكن معروف عند أجدادنا لسبب بسيط وهو أن المجتمع التقليدي كان يلح على تزويج الشباب في سن مبكر وبالتالي لم تظهر عندهم أزمة المراهقة.

لعل من أهم ما يمكن التحدث عنه هو تفشي الجنس وتمظهره في عدة أشكال مثل العنف الجنسي المرتبط تاريخيا بالحرب، والذي تعرضت له المرأة الجزائرية من قبل جنود الاحتلال الفرنسي، والذي نتج عنه أبناء مجهولي النسب لأم جزائرية وأب فرنسي مجهول، هذا ما لم يتعرض له معظم مؤرخي تاريخ الجزائر الحديث متغاضين عنها مثل أبو القاسم سعد الله وكثيرون، إضافة إلى شيوع ثقافة البومرقود والذي يعني الجنين النائم والمعشش في رحم والدته لسنوات، وهو خرافة وحيلة ابتدعت المرأة لتستر جريمة تعرضها للاغتصاب من قبل الجنود الفرنسيين حتى لا يلاحقها العار لا سيما وأنها أرملة منذ سنوات أو لأن زوجها المجاهد غائب عنها من سنتين وهذا ما يعكس قلة الثقافة الجنسية التي كانت سائدة أن ذاك.

ما يجبرنا أكثر هو اطلاعنا على حرب البوسنة والكم المكتوب من روايات ومذكرات وكتب توثق العنف الجنسي ضد المرأة والأطفال من قبل الاحتلال الصربي، في حيتن تم طمس بشاعة العنف الجنسي ضد المرأة الجزائرية من قبل المحتل والذي تمظهر في عدة صور كانت البيوت المتناثرة في القرى وفي الجبال تحتفظ بروث الحيوان وفضلات الإنسان أكرمكم الله لتستعمله في طلي النساء لأجسادهن عند مباغتة العدو الفرنسي الذي لم يكن ليفوت فرصة استغلال جسد المرأة جنسيا في إشباع مكبوتاته، كما عمدت النساء على وشم الجباه وأخاديد وأذقان البنات الصغيرات لإضفاء ملامح الكبر على وجوههن (بن الصغير وصبطي، 2021، ص 93-94).

ومن خلال ما سبق يمكن القول أن المجتمع الجزائري متحفظ في كل ما يتعلق بأمور الجنس، بحيث تتلقى الأنثى في المجتمع الجزائري تربية على العفة والحرمة والمحافظة على شرف عائلتها، أما الذكر يكون أكثر تفتحا عن الأنثى لكن لا يمكنه ان يتجاوز القيم الأخلاقية والأسس الاجتماعية السائدة في المجتمع الجزائري.

وعليه إن كل موضوع يتعلق بالجنس سواء من خلال تعليم الأبناء وتربيتهم وإدراكهم لمفهوم الجنس وما يجب أن يتعلمه الطفل نحوه أمر محرج ويتهرب منه الآباء والمحيطين بالطفل عامة، وبهذا يفتح المجال للابن للبحث عن اجوبة لأسئلته الجنسية التي يشعر بها ويراها ويسمعها في محيطه، فقد يتوجه للإعلام أو الرفاق أو حتى رغبته في التجريب وممارسة الجنس تلبية لرغباته ومحاولة اكتشاف العالم الذي يعتبر مبهم بالنسبة له. أي أن المجتمع الجزائري له خلفية ثقافية موروثة عن الأجداد وهي ممنوع التكلم عن الجنس سواء مع الأبناء أو حتى بين الرفاق يبقى أمرا محرج، وحتى في عرض مثلا مفاهيم ومشكلات جنسية علمية نفسية اجتماعية في برامج تلفزيونية جزائرية نجد البعض لا يتقبل ذلك ويغير القناة مباشرة خاصة لما يكون الفرد في جماعة لخجله بالموضوع الذي يبث أمامه، وقد نجد حتى تلك القنوات والاعلاميين الذين يتناولون المواضيع الجنسية التي يعاني منها النساء أو رجال أو الأطفال أو كبار السن أو من ذوي الاحتياجات الخاصة من اغتصاب أو تحرش أو عنف جنسي أو المثلية وغير ذلك من المشكلات والاضطرابات الجنسية لا تجد القبول بين أفراد المجتمع الجزائري ، بحيث أن الجنس أمر مخجل وليس من الأخلاق والقيم التعرض لحيثياته.

وعلى غرار ما سبق يجب أن نشير إلى أن هناك محاولات عديدة من طرف الكثير من المتخصصين والباحثين والمعالجين النفسانيين والاجتماعيين وحتى الإعلام يحاول كسر حاجز موضوع الجنس وما يترتب عليه بالإيجاب أو السلب، حتى أننا نجد مؤخرا العديد من المهتمين بمواضيع الاضطرابات الجنسية يسلطون الضوء على عمق المشكلات والبحث عن الأسباب ومحاولتهم معالجة تلك المشكلات النفسية أو الظواهر الاجتماعية الناشئة الخاصة بالجنس التي يعاني منها أفراد المجتمع الجزائري.

الخاتمة:

إن دور الأسرة كان ومازال له الأولوية في نجاح عملية تنشئة الأبناء كأفراد أسوياء في كل مجتمع ينتمون إليه، كما أن للأسرة دورا مهما في اكتساب أفرادها معالم الشخصية المتوافقة والمتوازنة، بحيث كلما تلقى الابن المهارات والخبرات في التعامل مع المشكلات والعراقيل التي تواجهه في الحياة كلما انعكس ذلك على راحته وصحته النفسية والاجتماعية...

كما تجدر الإشارة إلى أن الأسرة تعد المسؤول الأول عن نتائج تربيتها وطريقة رعايتها لأبنائها، وفي مدى حرصها على تعليم وتلقين الأبناء للمعلومات والمعطيات التي يجهلونها كموضوع الجنس وما يتعلق به من ايجابيات وسلبيات، أي أن دور الأسرة مهم في عملية صقل شخصية الأبناء وفي تكوينهم وتزويدهم بالمعلومات لكل ما يجهلونه، لأن الطفل يسعى بطبعه للبحث دوما عن كل سؤال يشغل

تفكيره، ومن الأفضل أن يكون لدى الآباء الاستجابة لما يشغل أذهان أبنائهم وذلك بثقافتهم ووعيهم بعملية تربية وتعليم وارشاد وتوجيه أبنائهم لكل ما هو مفيد وصالح.

وفي إطار تناولنا لموضوع دور الأسرة في تنمية الوعي بمفهوم التربية الجنسية لتجنب وقوع الأبناء في الاضطرابات الجنسية يمكن لنا ان نشير إلى مجموعة من التوصيات والاقتراحات أهمها:

- ✓ العمل على توعية الآباء بضرورة تقديم التربية الجنسية للأبناء.
- ✓ الحرص على تكوين الآباء حول أساليب واستراتيجيات الفعالة في التعامل مع الأبناء.
- ✓ تقديم الإرشاد والتوجيه في كيفية التعامل مع الأبناء في مختلف المراحل العمرية خاصة مرحلة المراهقة.
- ✓ العمل على تفعيل دور الأخصائيين النفسانيين في المؤسسات التربوية للتدخل السريع وقت وجود الأزمات النفسية لدى التلاميذ (من بينها الاغتصاب والتحرش الجنسي بين الأقران وغيرهم).
- ✓ تكثيف الجهود للقضاء على مشكل عرض وتناول موضوع الجنس بأبعاده المختلفة في مجتمعنا الجزائري (الجنس مشكل خفي يجب معالجته من كل النواحي).
- ✓ العمل على احتواء كل من لديه مشكل جنسي حتى لا يتحول إلى ظاهرة نفسية اجتماعية وتتفاقم المشكلات والعواقب أكثر وتخرج عن السيطرة.

قائمة المراجع

- بن الصغير ،رحيمة. وصبطي، عبيدة،(2021)، واقع التربية الجنسية في المجتمع الجزائري، المجلة العلمية للعلوم التربوية والصحة النفسية، المجلد 03، العدد 03 ،صفحات89-110.
- بودوح، محمد،(2011)، التربية الجنسية للطفل في الأسرة الجزائرية، أطروحة دكتوراه في علم النفس الاجتماعي، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر02.
- الجالي، أمينة سعد،(2021)، المشكلات الناتجة عن المتغيرات التكنولوجية الحديثة على التنشئة الاجتماعية للأبناء وتصور مقترح من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية للتعامل معها، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية، المجلد 01، العدد53، صفحات 257-294.
- زريق، معروف، (1986)،خفايا المراهقة، دمشق، دار الفكر.

- طاحون، عبد الله عبد العليم هدير،(2020)، الوعي بالتربية الجنسية لدى عينة من التلاميذ في المرحلة العمرية (6-9) في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية، مجلة دراسات تربوية واجتماعية- مجلة دورية محكمة تصدر عن كلية التربية-جامعة حلوان، المجلد السادس والعشرون، العدد يناير ، ج3، صفحات220-246.
- كمال قاسم انتصار،(2012)، دور الأسرة في تنمية الوعي بمفهوم التربية الجنسية نحو أبنائها المراهقين وعلاقته ببعض المتغيرات، مجلة العلوم النفسية، العدد عشرون، صفحات 1-36.
- مرجان، عبلة،(2011)، التربية الجنسية للأطفال...حق لهم....واجب علينا، دولة الإمارات العربية المتحدة: مطبوعات جائزة خليفة التربوية.

- https://altaafi.com/%D8%A7%D9%84%D8%A7%D8%B6%D8%B7%D8%B1%D8%A7%D8%A8%D8%A7%D8%AA-%D8%A7%D9%84%D8%AC%D9%86%D8%B3%D9%8A%D8%A9/

التحول الجندري بين اضطراب الهوية الجنسية والوصم الإجتماعي

Gender shift between gender identity disorder and social stigma

د. لبرارة إيمان /جامعة باتنة1 / الجزائر
ط.د قارة نبيلة / جامعة باتنة 1 / الجزائر.
Grade.Name/ University / Country
Dr .leberraraimanei/University of batna1/Algeria
ED. Kara nabila/Univrsity of Batna1/ Al

ملخص الدراسة:

التحول الجنسي هو يعرف التحول الجنسي من الناحية النفسية على أنه شعور الإنسان و رغبته بالعيش كعضو من الجنس الآخر ، تصاحبها عدة أحاسيس بعدم الراحة أو عدم التلاؤم مع الجنس التشريحي للشخص و رغبة ملحة في إجراء عملية أو تناول هرمونات حتى يتلاءم الجسد مع الجنس المفضل لدى الشخص و يحدث نتيجة مجموعة من العوامل النفسية و الإجتماعية أهمها .غياب القدوة الحسنة لمظاهر الرجولة أو الأنوثة، مما يترتب على ذلك، عدم تعلم الطفل لما يجب ان يفعله الذكور أو الإناث في المواقف المختلفة و بالدرجة الأولى كنتيجة لإضطراب الهوية الجنسية أو لإضطراب الهرمونات الجنسية ،ينتج عن عملية التحول الجنسي عدة تداعيات نفسية واجتماعية من أهمها تقبل الذات لدى الشخص الجندري من ناحية و الوصم الإجتماعي القاسي من ناحية أخرى .

الكلمات المفتاحية: التحول الجندري ، إضطراب ، الهوية الجنسية ، الوصم الإجتماعي .

Abstract:

Sexual transition is defined as sexual transformation from a psychological point of view, as a person's feeling and desire to live as a member of the opposite sex, accompanied by several feelings of discomfort or inconsistency with the person's anatomical sex and an urgent desire to perform an operation or take hormones until the body matches the person's preferred gender. And it occurs as a result of a group of psychological and social factors, the most important of which is the absence of a good example for the manifestations of masculinity or femininity, which results in the child not learning what males or females should do in different situations, primarily as a result of gender identity disorder or sex hormones disorder. The process of sexual transition has several psychological and social repercussions, the most important of which is the self-acceptance of the gendered person on the one hand, and the harsh social stigma on the other hand

Keywords: Transgender, disorder, gender identity, social stigma.

مقدمة:

يعتبر الجنس وظيفة حيوية و إجتماعية لدى الإنسان منذ وجد على وجه الأرض فهو غريزة فطرية لدى الإنسان و وسيلة هامة للحصول على الإشباع العاطفي كما يعتبر من أهم العلاقات التي تربط أفراد المجتمع ببعضهم البعض من خلال علاقات الزواج التي تنشأ بين الفردين المختلفين في الجنس أي الرجل و المرأة وعلى مر العصور ظهرت العديد من الإضطرابات ذات الطابع الجنسي لدى الرجال و النساء على حد السواء منها ما يتعلق بالهوية الجنسية و منها ما يتعلق بالموضوع الجنسي و منها ما يتعلق بطرق تحقيق الإشباع و اللذة الجنسية و لذلك في هذه الدراسة نتعرض إلى دراسة ظاهرة التحول الجنسي من حيث المفهوم النفسي و الطبي تلك الظاهرة التي أضحت حديث العديد من الكتب و المقالات و البرامج الإعلامية وذلك لإختلاف وجهات النظر الطبية و الإجتماعية و الثقافية لهذه الظاهرة و التي انقسمت بين مؤيد و معارض لما فيها من تغيير للطبيعة البشرية ،لكن يبقى الموضوع المطروح للنقاش هو ماهية العوامل النفسية و الفسيولوجية و الإجتماعية التي تدفع الجندري إلى تغيير طبيعته الجنسية وهل هو مخير في هذا القرار أم مدفوع بعوامل بيولوجية خارجة عن إرادته الشخصية خاصة و أن العديد من الدراسات أثبتت أن العلاج النفسي لا يجدي نفعا مع الحالات التي تلجأ إلى التغيير الجنسي و أن هذه الحالات تتوصل إلى تحقيق التوافق النفسي و الرضا عن الذات بعد إجراء عملية التغيير الجنسي ، لذلك نحاول في هذه الدراسة التعرف على هذه الظاهرة بصورة أعمق و إبراز أهم العوامل النفسية و الطبية و الإجتماعية المسؤولة عن التحول الجنسي أو العبور الجندري بصفتها قضية نفسية و طبية معاصرة كما نتعرف على المشكلات النفسية التي يتعرض لها العابرون جنسيا بعد عملية التغيير الجنسي نتيجة إلى التنمر و الوصم الإجتماعي الذي يتعرضون له خاصة في الدول العربية التي تعتبر هذا الأمر خروجا عن تعاليم الشرائع الدينية و المبادئ الإجتماعية.

أولا مفهوم الإضطراب الجنسي :

أوردت موسوعة علم النفس و التحليل النفسي مفهوم الجنس على التزاوج بين الجنسين لتحقيق النشاط الجنسي و العاطفي لتحقيق التوازن النفسي و التكاثر و الإستمرار للجنس البشري . (غانم ، ص:45،46)

أما عن أشكال الجنس بين السواء و اللاسواء فتواصل المسوعة الحديث :

1. **الجنسية الغيرية** و تتلخص في أربعة أنواع :

- انجذاب غير شبقي لأشخاص من الجنس الأخر.
- إنجذاب شبقي دون سلوك جنسي لأشخاص من الجنس الآخر.
- إنجذاب لأشخاص من الجنس الآخر مع سلوكات معبرة دون اتصال جنسي
- إنجذاب لأشخاص من الجنس الآخر مع وجود تواصل جنسي .

2. الجنسية الذاتية و تعني أن يقوم الشخص باشباع حاجاته الجنسية بذاته دون الحاجة إلى الشريك الجنسي أي الإستمناء وهو ممارسة العادة السرية وهنا يكون انحراف للهدف الجنسي و إنحراف عن الموضوع الأساسي الذي يتم اختياره في حالة السواء.
3. **الجنسية المثلية :** وتتجسد في تشكيلة تباينات تتمثل في إنحراف عن الموضوع والهدف في الأساس وتكو نالعلاقة قاصرة على أفراد من النفس النوع بمعنى لواطا أو سحاقا.

و بناء على ماسبق فإن الإضطراب الجنسي يعرف على أنه إنحراف الفرد برغبته الجنسية أو سلوكه الجنسي عن المألوف و الطبيعي و يسلك بأنماط جنسية غير مقبولة إجتماعيا و أخلاقيا و دينيا في المجتمع الذي يعيش فيه.

كما تعرف الإضطرابات الجنسية على أنها انزعاج دائم و شديد بشأن الجنس الفعلي مع رغبة و إصرار على الإنتماء إلى الجنس الآخر .

و تعرف أيضا على أنها وجود إختلاف بين التكوين الجسدي التشريحي و الفسيولوجي الجنسي لدى الفرد(عكاشة ، ص: 155)

كما يعرف الإضطراب الجنسي أيضا بأنه توتر شديد ينتاب الإنسان حول جنسه و إصراره على أنه من الجنس الآخر ورغبته الملحة في أن يصبح ذو جنس غير جنسه إما صراحة أو من خلال رفضه التام للتركيب التشريحي لأعضائه التناسلية و انشغاله بالأنشطة للجنس الآخر أو هي مجموعة من الإضطرابات التي تتميز بالتناقض بين جنس الشخص المحدد بيولوجيا وهويته الجنسية.

ثانيا التحول الجنسي (التحول الجندري) مفهومه و أسبابه:

1. تعريف التحول الجنسي :

يعرف التحول الجنسي من الناحية النفسية على أنه شعور الإنسان و رغبته بالعيش كعضو من الجنس الآخر ، تصاحبها عدة أحاسيس بعدم الراحة أو عدم التلاؤم مع الجنس

التشريحي للشخص و رغبة ملحة في إجراء عملية أو تناول هرمونات حتى يتلاءم الجسد مع الجنس المفضل لدى الشخص .

إن مصطلح تحول جنسي transsexualism الذي يعني فارقا بين الجنسين البيولوجي و المدني (جنسية الهوية) و بين الوعي الذاتي الجنسي من جهة أخرى حيث يؤكد هؤلاء الناس الذين يريدون تحويل جنسهم على انتمائهم للجنس الآخر ،و يأملون بأي ثمن باكتساب الصفات الجسدية، ومنها التناسلية و المظهر الخراجي و الموقع الإجتماعي للجنس المخالف (العنزي ، ص 56)

و يعرف من الناحية العلمية على أنه إضطراب في الهوية الشخصية الجنسية (الترانكسس) أي التحول الجنسي من ذكر إلى أنثى أو العكس .

وهذا النوع من المرض لم يكن معروفا في الماضي ، ولم تكن عمليات التحول الجنسي معروفة لكن ما يؤكده الأطباء اليوم يثبت أنه إضطراب فعلي معترف به في الموسوعات الطبية .

و لقد ورد في موسوعة دار المعراف البريطانية على أنه إضطراب في الهوية الجنسية يجعل الشخص يعتقد أنه من الجنس المخالف كمثال الشاب الذي يولد بأعضاء تناسلية ذكرية كاملة لكنه منذ الطفولة يصنف نفسه ضمن النساء و يتطلع إلى علاقات مع الشباب.و التغيير في هذه الحالة هو تغيير ظاهري بحت في الأعضاء ، لايحصل معه أي تغيير في الوظائف فالرجل إذا تم تبديل بعض أعضائه إلى أعضاء الأنثى فإنه لا يمكن أن يحيض و يحمل لعدم وجود مبيض أو رحم وقد بينت الدراسات أن الكثير من هؤلاء الذين يقومون بإجراء الجراحة و يتحولون إلى الجنس الجديد لا يمكنهم التوافق و يصابون بالإحباط و الإكتئاب فيقدمون على الإنتحار.

لقد ورد في موسوعة دار المعراف البريطانية على أنه إضطراب في الهوية الجنسية يجعل الشخص يعتقد أنه من الجنس المخالف كمثال الشاب الذي يولد بأعضاء تناسلية ذكرية كاملة لكنه منذ الطفولة يصنف نفسه ضمن النساء و يتطلع إلى علاقات مع الشباب.و التغيير في هذه الحالة هو تغيير ظاهري بحت في الأعضاء ، لايحصل معه أي تغيير في الوظائف فالرجل إذا تم تبديل بعض أعضائه إلى أعضاء الأنثى فإنه لا يمكن أن يحيض و يحمل لعدم وجود مبيض أو رحم وقد بينت الدراسات أن الكثير من هؤلاء الذين يقومون

بإجراء الجراحة و يتحولون إلى الجنس الجديد لا يمكنهم التوافق و يصابون بالإحباط و الإكتئاب فيقدمون على الإنتحار.

الفرق بين مضطربي الهوية الجنسية والمتحولين جنسيا:

أوضح الموقع الرسمي لجمعية علم النفس الامريكية (https://www.apa.org) وكالة اسوشيتد برس مركز فيلاديلفيا لجراحة المتحولين جنسيا، انه يختلف مصطلح مضطربي الهوية الجنسية عن مصطلح المتحولين جنسيا على النحو التالي:

- ✓ مضطرب الهوية الجنسية هو الشخص الذي لا يتوافق إحساسه بالهوية مع جنسه عند الولادة. على سبيل المثال الرجل الذي يشعر انه امراة، على الرغم من وجود أعضاء تناسلية ذكورية، والفتاة التي تشعر انها رجل، على الرغم من وجود أعضاء تناسلية أنثوية، ويشعرون انهما ولدوا في الجنس الخطا.
- ✓ اما المتحول جنسيا هو الشخص الذي يشعر بانه ينتمى الى الجنس الآخر، ولديه رغبة في تولي الخصائص الجسدية والدور الجنسي للجنس الآخر. ولكنه يلجأ الى اجراء جراحة تغيير الجنس لتتغير الخصائص الجنسية الجسدية له بالإضافة الى العلاج الهرموني لكي يعيش بنوع الجنس الذي يشعر به. (عبد القادر، 2021، 79)

- بدء الاضطراب ومساره ومضاعفاته:

يبدأ هذا الاضطراب بوجود اضطراب هوية جنسية في الطفولة، وبعضهم يحدد انها كانت مشكلة هوية جنسية سرية وليست واضحة لاسرته او أصدقائه، ثم يظهر اضطراب التحول الجنسي في نهاية المراهقة أو بداية الرشد، ولكن في بعض الحالات تتاخر البداية، ومساره مزمن دون علاج، ويختل أداء الشخص الوظيفي والاجتماعي كنتيجة لإصرار على الاشتراك كفرد من الجنس الاخر، والنتيجة طويلة المدى من دمج العلاج الهرموني والجراحي لتعديل الجنس لم تعرف بعد، والاكتئاب عادة ما يكون شائع لدى هؤلاء المرضى، وكذلك محاولات الانتحار كمضاعفات لهذا الاضطراب.

ومن بين الأنواع الفرعية للتحول الجنسي ما يلي:

- ✓ لا جنسي « A Sexuel »: حيث لا يوجد لديه مشاعر جنسية، وغالبا ليس له ممارسات جنسية.

- ✓ جنسية ممثلية« Homosexual » : حيث ان اثارته الجنسية مثلية ويسبق بدء اضطراب التحول الجنسي، برغم انهم ينكرون الجنسية المثلية لاقتناعهم انهم من افراد الجنس الآخر
- ✓ جنسية غيرية « HeteroSexual »: حيث يقرر الشخص ان لديه ميول جنسية غيرية. (خطاب، 2017، 423، 424).

2. **أسباب التحول الجنسي :**

ليس هناك أسباب مباشرة لإضطراب التحول الجنسي بقدر ما هي عوامل مساعدة أو مهيئة لهذا الإضطراب :

1. الأذى الجسدي والنفسي و الجنسي الذي يقع على الطفل في سن مبكرة مما يدفع إلى محاولة إخفاء هذا الأذى ولو بإجراء عملية تحول جنسي مثل الإغتصاب و التعذيب.
2. وجود ملامح أنثوية لدى الإناث و الذكوية لدى الإناث مما يجعل هؤلا ء الأشخاص عرضة للتعليقات و التحرشات و بالتالي اضطراب الهوية الجنسية لديهم.
3. وسائل الإعلام الهابطة و الغزو الثقافي عن طريق البرامج ووسائل التواصل الإجتماعي .
4. أساليب التربية المتساهلة و التدليل المفرط و عدم تربية الطفل على المثل الجيدة لمعاني الرجولة أو الأنوثة ، وضعف العمل على تنمية المشاعر المرتبطة بجنسه في شتى المواقف .

و بناء على ذلك يمكن تلخيص أهم أسباب التحول الجندري فيما يلي:

- ✓ تشجيع الوالدين أو صمتهم أو حتى عدم اكتراثهم بسلوكيات الطفل الجنسية مما يؤدي الى شعور الطفل بموافقة والديه على هذا الدور الجنسي المغاير ورضاهم عنه حتى يتأصل فيه شعور الانتماء للجنس الآخر .
- ✓ غياب القدوة الحسنة لمظاهر الرجولة أو الأنوثة، مما يترتب على ذلك، عدم تعلم الطفل لما يجب ان يفعله الذكور أو الإناث في المواقف المختلفة، حيث تشير نظريات التحليل النفسي الى ان توحد الطفل مع والده من الجنس الآخر قد يؤثر في ميوله وتكوين هويته، فالولد اللصيق بامه بشكل كبير قد ينمو ليصبح ذو هوية وميول أنثوية والعكس صحيح بالنسبة للانثى.

- ✓ الأذى الجسدي أو الجنسي الذي يقع على الطفل في سن مبكرة قد يجعله يحلم باختفاء هذا الأذى وزواله حتى لو تحول للجنس الآخر ، مما يؤثر سلبا على تكوين وتطور هويته.
- ✓ وجود ملامح أنثوية لدى الأطفال الذكور قد يجلب لهم التعليقات والتحرشات التى تؤدي للانحراف هويتهم، وكذلك مظاهر الخشونة بالنسبة للإناث.
- ✓ انتشار بعض المعتقدات الشعبية المتوازية الخاطئة والمرتبطة بقضايا العين والحسد، في حالة طفل الذكر الجميل قد يلجأ الوالدين لإطالة شعر طفلهم واظهاره بشكل أنثوي خوفا من الحسد.
- ✓ الصراعات الزوجية والأسرية وتشكيل المحاور والجبهات داخل الأسرة، كما يلعب ابتعاد الاب عن الأسرة في حالات السفر المتكررة أو الانفصال دورا سلبيا في تمثليه من قبل أبنائه الذكور، وكذلك في حال ضعف شخصية الاب او اضطرابه وفشله المهني او الاجتماعي. (شفيق، 2020، 497).

كما يمكن تقسيم أسباب تغيير الجنس كمايلي :

- الأسباب النفسية:

الرغبة في الشذوذ: قد يصر الشخص على التحول الجنسي لمجرد الشذوذ والخروج عن المألوف والسخط على الجنس الذي خلقه الله عليه ذكرا كان أو أنثى، فهو تحويل لشيء سوى إحساسهم بكراهية جنسهم واتباعهم هوى نفسهم من ارادتهم الشذوذ.

. إرادة التخنث والتشبه بالجنس الاخر: بمعنى رغبته في التخلي عن أعضائه التى خلق عليها لميله الى الانتماء الى الجنس الآخر بغرض التشبه به في أعضائه التناسلية، وصفاته في اللباس، والكلام وغيره. (محمد، د.س، 473)

. الأذى الجسدي أو الجنسي الذي يقع على الطفل في سن مبكرة قد يجعله يحلم باختفاء هذا الأذى وزواله حتى لو تحول للجنس الآخر ، مما يؤثر سلبا على تكوين وتطور هويته.

. وجود ملامح أنثوية لدى الأطفال الذكور قد يجلب لهم التعليقات والتحرشات التى تؤدي للانحراف هويتهم، وكذلك مظاهر الخشونة بالنسبة للإناث. (شفيق، 2020، 497).

الأسباب الاجتماعية:

- التنكر والتخفي من حقيقة جنسه: قد يريد الشخص تحويل جنسه من اجل التنكر والتخفي فرارا من جريمة، او جرائم ارتكبها ويريد الإفلات من عقوبتها، فيقوم بتحويل جنسه لكي لا تثبت عليه جريمة، او لا تنطبق عليه العقوبة، لأنه حينئذ يكون غير الشخص الذي ارتكب الجريمة.
- السعي وراء تحقيق مكاسب معينة بالمخالفة للقانون: قد يكون الغرض من التحول الجنسي السعي وراء تحقيق مكاسب معينة، كالالتحاق بفريق كرة نسائي، او رجالي على غير حقيقة الشخص ولا يستطيع الشخص الحصول عليه الا بتحويل جنسه الى الجنس الاخر، وكذلك قد يكون الغرض الإفلات من واجبات معينة، كالإفلات من أداء الخدمة العسكرية الى يشترط في أدائها الذكورية، فيقوم الشخص بتحويل جنسه لعدم أداء الخدمة.
- السعي الى ارتكاب الفواحش: قد يسعى الشخص للتحول الجنسي بغرض ارتكاب الفواحش، كما اذا كان ذكرا ويريد التحول الى أنثى بغرض ممارسته الرذيلة مع الذكور لأغراض مادية، او نفسية كغرضه في جمع المال والحصول عليه عن طريق ممارسة الدعارة، والرذيلة. (محمد، د.س، 473، 474).

. تشجيع الوالدين أو صمتهم أو حتى عدم اكتراثهم بسلوكيات الطفل الجنسية مما يؤدي الى شعور الطفل بموافقة والديه على هذا الدور الجنسي المغاير ورضاهم عنه حتى يتأصل فيه شعور الانتماء للجنس الآخر

. غياب القدوة الحسنة لمظاهر الرجولة أو الأنوثة، مما يترتب على ذلك، عدم تعلم الطفل لما يجب ان يفعله الذكور أو الإناث في المواقف المختلفة، حيث تشير نظريات التحليل النفسي الى ان توحد الطفل مع والده من الجنس الآخر قد يؤثر في ميوله وتكوين هويته، فالولد اللصيق بأمه بشكل كبير قد ينمو ليصبح ذو هوية وميول أنثوية والعكس صحيح بالنسبة للأنثى.

. انتشار بعض المعتقدات الشعبية المتوازية الخاطئة والمرتبطة بقضايا العين والحسد، في حالة طفل الذكر الجميل قد يلجأ الوالدين لإطالة شعر طفلهم واظهاره بشكل أنثوي خوفا من الحسد.

. الصراعات الزوجية والأسرية وتشكيل المحاور والجبهات داخل الأسرة، كما يلعب ابتعاد الاب عن الأسرة في حالات السفر المتكررة أو الانفصال دورا سلبيا في تمثليه من قبل أبنائه الذكور، وكذلك في حال ضعف شخصية الاب او اضطرابه وفشله المهني او الاجتماعي. (شفيق، 2020، 497).

- **ثالثا مراحل تغيير الجندر (التحول الجنسي):**

ذكر الدكتور محمد عبد الرسول أستاذ مساعد جراحة المسالك البولية والتناسلية لجريدة اليوم السابع سنة 2016، ان عمليات التحول الجنسي المسمى الصحيح لها هو "التصحيح الجنسي"،

في هذه الحالة يعرض المريض أولا على طبيب نفسي للتعرف اذا كان الشخص يعاني من مشكلة نفسية أو هلاوس ، لكن اذا كان الشخص ذكاءه عاليا وسليم القوى العقلية، يبدا الطبيب لمدة سنتين باقتناعه بتقبل جسمه وان دماغه "متركبة" خطا، وعندما تفشل هذه المحاولة، يحاول الطبيب مرة أخرى لمدة سنتين أخريين ليؤقلم الشخص مع ما يتواجد بتفكيره سواء كان ذكرا أو انثى، فاذا كان هناك شعور بالراحة وتم التأقلم يتم عرض الحالة على اللجنة الطبية لتصحيح الجنس بنقابة الأطباء للموافقة على اجراء عملية تحويل الجنس، ثم يحول المريض الى الجراح لإجراء العملية بعد الموافقة النهائية للجنة

1- **العلاج الهرموني:** يوصي الأطباء عادة بالعلاج الهرموني لتغيير الصفات الجنسية والثانوية للجنس المرغوب قبل الخضوع لعملية جراحية. لان اغلب الصفات الجسدية يتم السيطرة عليها بالعلاج الهرموني والذي يتم وصفه من قبل اخصائي في الغدد الصماء لكبح صفات معينة (مثل توزيع الشعر في الجسم) او لزيادة صفات أخرى (مثل نمو الثدي)، من الممكن ان يستمر العلاج الهرموني لعدة سنوات (يتطلب الأمر ما لا يقل عن سنتين للحصول على افضل النتائج).

2- **العمليات الجراحية:** ويطلق عليها عدة مسميات منها (عملية التحول الجنسي، عملية إعادة البناء الجنسي، إعادة تعيين الجنس) لعلاج اضطراب الهوية الجنسية، ويطلق على المتحول جنسيا أيضا (العابر الجنسي)، يتم تحديد نوع العمليات الجراحية المراد اجراؤها وفقا لحاجات المريض وحالته المادية، ولا يحتاج كل مريض نفس العمليات. (عبد القادر، 2021، 79)

رابعا الرأي العلمي بخصوص عملية التحول الجنسي :

لقد أيد فريق م علماء النفس و الأطباء جراحة التحول الجنسي و ذلك للحجج و الدوافع التالية:

- أنه الحل و العلاج إضطراب الهوية الجنسية الذي قد يصل إلى كره الشخص لجسده و اللجوء إلى إيذاء الذات.
- أن العلماء حصروا مسألة التشبه باللباس بينما التحول الجنسي هو شعور غالب بأنه من الجنس الآخر و هو يجعل الفرد في حالة من الألم و السعي للخلاص من الإزدواجية.
- أن العلاج النفسي لهذا الإضطراب غير مجدي لجميع الحالات خاصة تلك التي تكتشف في مرحلة متأخرة و تكون فكرة التحول ملحة و تسيطر على الفرد.

- أن حالتهم حالة اضطرار ولقد قدر المشرع حالات الإضطرار فاستثناها من تحريم عدد من المحرمات .
- أن الهوية الجنسية لا تحددها الأعضاء الجنسية وحدها أيا كانت ظاهرة أو باطنة و إنما ينضم إليها الكشف الجيني و الذي يتحدد من بداية التلقيح وكذلك الجنس الذهني على مستوى المخ الذي تحدده شفرات خاصة .

و أما الرافضون لعمليات التحول الجنسي فقد اعتمدوا على مبدأ أن معيار التصنيف الشرعي لتحديد هوية المضطرب جنسيا يكون بالأعضاء الجنسية الظاهرة و الباطنةة و لا اعتبار للمشاعر النفسية المخالفة للطبيعة البيولوجية (السيد محمد ، ص: 39)

أما من الناحية العلمية فإن مرض اضطراب الهوية الجنسية هو مرض حقيقي معترف به في الموسوعات الطبية حيث وردة في دائرة المعارف البريطانية على أنه مرض يجعل المصاب يعتقد أنه من الجنس المعاكس منذ طفولته فالذكر مثلا يولد بأعضاء جنسية ذكرية لكنه يصنف نفسه ضمن الإناث .حيث أن الشخص الجندري يرغب بلاتحول الكامل إلى الجنس الآخر وهي رغبة لا مفر منها لأن مرض الترانكسس مرض فعلي و ليس نزوة شيطانية .

وهناك معيار طبي في تحديد الهوية الجنسية يتم من خلال ثلاثة أشياء :

1. الخصائص الخلقية التناسلية لكل من الذكر و الأنثى .
2. جينات الذكر و جينات الأنثى .
3. هرمونات الذكورة وهرمونات الأنوثة .

و قد وضع الدكتور المصري أحمد عكاشة بعض الشروط قبل إجراء العملية أهمها :

1. خلو المريض من أي اضطراب عقلي ، أو ضلالات ، أو سمات غير اجتماعية في الشخصية.
2. تأقلم المريض و تكيفه مع دور الجنس الآخر تحت تأثير الهرمونات (هرمونات الأنوثة في الذكر وهرمونات الذكورة في الأنثى) لمدة لا تقل عن سنتين.
3. فشل العلاج النفسي و السلوكي في علاج هذا الإضطراب . **(العنزي ، ص: 62)**

بينما غالبية البلدان في أوروبا تعطي المتحولين جنسيا الحق في تغيير اسمهم على الأقل و توفر وسيلة لتغيير شهادة الميلاد .

تعترف العديد من الدول الأوروبية بحق المتحولين جنسيا في الزواج وفقا لجنسهم بعد الجراحة كرواتيا، التشيك ، الدانمارك ، فنلندا ، فرنسا ألمانيا ، أيرلندا النرويج، و المملكة المتحدة جميعهم

يعترفون بهذا الحق بناء على اتفاقية الإعتراف بقرارات المتعلقة بتغيير الجنس توفر أنظمة للإعتراف المتبادل .

و لقد تعرض القانون المصري لتلك المسألة في سنة 1988 ، حيث كان ذلك بمناسبة قضية طالب الأزهر الذي أجرى عملية التحول الجنسي ، ولقد جاء في ال حكم الصادر من محكمة القضاء الإدراي في الدعوى الخاصة بطالب طب الأزهر برفض طلبه في وقف قرار فصله من جامعة الأزهر حيث قالت المحكمة بأن الطالب مكتمل الذكورة و بالتالي فإن الجراحة ليس لها أيه ضرورة فضلا على أن الطالب كان متشبها بالنساء من حيث الملبس و الزينة قبل إجراء العملية ،فهو بذلك خارج عن السلوك السوي .

كما اشترط القضاء المصري أربعة شروط للإعتراف بالتحول جنسا وهي كمايلي:

1. أن يكون قد بلغ سن الرشد.
2. أن يكون أعزبا لم يسبق له الزواج.
3. أن يكون عقيما.
4. أن يتم تشخيص حالته وسلامته العقلية على مستوى مستشفى للأمراض العصبية و النفسية.

خامسا التحول الجنسي و بعض المفاهيم::

- التحول الجنسي والشذوذ:

الشذوذ الجنسي كما هو معروف عن أساتذة الطب النفسي سلوك ناشئ عن النزوة المختارة أو التفضيلية لدى شخص بالنسبة للأفراد من نفس نوعه، فمعظم تعريفات الشذوذ الجنسي تركز على فكرة اتجاه رغبة نوع من الجنس نحو نفس النوع، وتعنى التمرد على النظام الطبيعي للحياة الجنسية.

- التحول الجنسي والخنوثة:

الخنثى هو شخص له آلتا الرجال والنساء، او ليس له شيء منهما أصلا، انا المتحول جنسيا فهو انسان مكتمل لديه علامات الذكورة أو علامات الانوثة. (العنزي، د.س، 55)

- الميول الجنسية العاطفية:

مصطلح يصف موضع الانجذاب الأساسي للفرد من الناحية الجنسية و/ او العاطفية أو مزيج بينهما. وتتنوع الميول من شخص الى اخر وبطرق انجذاب متنوعة، حيث تضم البشرية ميولا جنسية (سواء انجذاب و/ او إحساس و/ أو مجرد استلطاف) بدرجات متفاوتة لأفراد من جنس اخر وافراد

من نفس الجنس. ويمكن تصنيف اشكال الميول المتنوعة تحت اربع خانات عامة: الانجذاب ليس لجنس اخر، الانجذاب لنفس الجنس، الانجذاب لأكثر من جنس (عادة لنفس الجنس وجنس اخر)، او عدم الانجذاب لأي جنس.

تأتي هذه التصنيفات من بحث لعالم الأحياء الفرد كنزي، الذي قام بتصميم سلم تقييم الغيرية-المثلية من خلال تصنيف الميول الجنسية والعاطفية من صفر (غيري مطلق) الى ستة (مثلي مطلق). (، 2018، 18)

تأتي هذه التصنيفات من بحث لعالم الأحياء الفرد كنزي، الذي قام بتصميم سلم تقييم الغيرية-المثلية من خلال تصنيف الميول الجنسية والعاطفية من صفر (غيري مطلق) الى ستة (مثلي مطلق). (، 2018، 18).

سادسا الوصم الاجتماعي للمتحولين جنسيا و انعكاساته:

يعاني المتحولين جنسيا وكل من لديه غربة في العبور الجنسي وإعادة تصحيح الجنس الى الصوم الاجتماعي بدرجة كبيرا خاصة في المجتمعات الى تعرف بنظام وأعراف وتقاليد معينة وتمسك بشعائر دينية تحرم هذا النوع من السلوك وترى فيه اعتداء على الطبيعة والقوانين البشرية ومحاولة لتغيير الأدوار الاجتماعية الخاصة بكل نوع اجتماعي.

هذا الوصم لهؤلاء الافراد الذين لا يرغبون بجنسهم قد يؤدي بهم الى العديد من المشكلات الاجتماعية والاسرية مما يسبب لهم أمراض نفسية قد يكون اثرها على المدى الطويل ويتجاوز الفرد الى اسرته واخوته الذين يجدون انفسهم ضحايا لوصمة العار والرفض والنبذ الاجتماعي.

وتعتبر الصدمة احد ردود الفعل الشائعة للعائلة عند انكشافهم على هذه الحقيقة. ويدرك الأهل صعوبة وجدية الأمر. ما ينشئ حاجة ملحة لدفن وكبت هذا التغيير ذو التداعيات الجمة من خلال إنكار ميول ابنهم/ ابنتهم. ويخدم الأنكار حاجة نفسية لإعطاء نافذة لإعادة التوازن للعائلة بعد هذا الاكتشاف.

ويعتبر الغضب من الاحتمالات الواردة دائما، بحيث يتجلى على شكل عنف لفظي او جسدي. وقد يتجلى بطرق اقل حدة، خاصة ان كان لدى الأهل فرصة للشك أولا أو المعرفة بشكل تدريجي وغير فجائي. ويمكن ان يتوجه هذا الغضب الى البحث عن سبب خارجي لميول الفرد(أبو رميلة، 2018، 58)

ان لهذه المشاعر وردود الفعل وغيرها من المشاعر اتجاه الابن تعبر عن الوصم الذي تشعر به العائلة إزاء ميولات الابن ونبذه، واعتباره سبب في خسارة المكانة الاجتماعية وظهور مشكلات

كثيرة كانقطاع الصلات الاجتماعية مع الجيران والأقارب، عدم القدرة على انجاز أعمالهم والخروج من المنزل من دون التعرض الى المضايقات والتنمر والقاء النكت.

كما وقد يواجه المتحولين جنسيا العنف في الشوارع وأماكن العمل وحتى مراكز الشرطة بالإضافة الى التحرش والاعتداء الجنسي، وتهديدات بالقتل. كما تعتبر المسائل المتعلقة بالقدرة على الزواج إنجاب الأطفال احد المشكلات التى تساهم في وصمهم، ومشكلات الميراث وكيفية توزيع التركات على الأبناء وحتى تغيير الاسم كلها مشكلات تزيد من وصم المتحولين جنسيا وعدم القدرة على تقبلهم في المجتمع وخاصة المجتمعات العربية.

كما نلاحظ إضافة الى ذلك، اشكالا جديدة من العنف المجتمعي لم نشهدها في السابق. فمثلا نشهد ازديادا في حوادث الابتزاز، حيث يتعرض الأشخاص الذين لا يمتثلون للمعايير والقواعد الجنسية والجندرية بشكل عام (ومنهم اشخاص مثليون او متحولون وحتى أو حتى اشخاص مشكوك بتوجهاتهم) للتهديد بالفضح امام عائلاتهم وفي قراهم ومدنهم. ويتم ابتزازهم للحصول على مبالغ طائلة من المال. سواء من قبل أفراد من العائلة، او الأصدقاء والمعارف، أو زملاء في المدرسة والجامعة، او أصحاب المطاعم والمقاهي العامة والعاملين فيها. وهي ممارسة لم يكن يعرفها مجتمعنا خارج اطار بعض أجهزة الامن، الا ان هناك تصاعد في ظاهرة التقاط الصور والفيديوهات لاستخدامها لاحقا في الابتزاز، خاصة مع ازدياد سهولة النشر والوصول الى جماهير ضخمة عبر الإنترنت. وتؤثر كافة اشكال العنف هذه و بطرق مختلفة على الصحة النفسية للأشخاص الذين يعيشون توجهات جنسية وجندرية مختلفة. فهذه الأشكال من العنف عادة ما تكون يومية ومستمرة وعلنية. (أبو رميلة، 2018، 72)

خاتمة :

يعتبر التحول الجندري (الجنسي) ظاهرة بيولوجية نفسية ناتجة عن إضطراب الهرمونات الجنسية أو نتيجة إضطراب الهوية الجنسية لدى الإنسان ،وفي كلتا الحالتين فإن الشخص يعاني صراعا نفسيا نتيجة التضارب بين أعضاء جسده الخارجية و بين حالته النفسية التي يشعر بها لذلك يلجأ إلى التحول كحل لهذا الصراع وفي هذا الحل العبور من جنس إلى جنس مغاير معاناة أخرى بين رأي مؤيد و رأي معارض و كذلك تعرض هذه الفئة للوصم الإجتماعي والتنمر .

تعترف بعض الدول و خاصة الأوروبية بالأشخاص العابرين جنسيا و تمنحهم حقوقا مندية وإجتماعية على غرار غيرهم من المواطنين بينما تجرم بعض الدول العربية هذه العمليات و تعتبرها خروجا عن الدين و الفطرة لذلك يتعرض الشخص العابر جنسيا لردود فعل قاسية من طرف أفراد

المجتمع الذي يعيش فيه بالرغم أنه خضع لهذه العملية بعد علاج نفسي طويل المدى لم يؤدي إلى تغيير أفكاره حول جنسه ، كما أنه قد يكون لجأ لهذه العملية لضرورة طبية كاختلال الهرمونات الجنسية في جسمه لذلك فإنه يتوجب إعادة النظر إلى هذه الظاهرة

والتعمق في حيثياتها وتوعية المجتمعات العربية حول عملية التصحيح أو التغيير الجنسي على أنها حالة مرضية تحدث للفرد سواء الذكر أو الأنثى نتيجة إضطراب الوظيفة البيولوجية أو اضطراب دائم للهوية الجنسية لدى الفرد مما يدفعه إلى محاولة تغيير جنسه سواء ظاهريا باللباس أو تغيير كلي جسماني ، كما أن ا الإضطراب الواضح في الهرمونات الجنسية يؤدي بالفرد إلى حتمية تصحيح جنسه من أجل تحقيق التوافق النفسي الذي يسعى إليه و بالتالي مهما كانت الأسباب فإن الشخص العابر جنسيا (الجندري) يستحق معاملة إنسانية من طرف أفراد المجتمع الذي يعيش فيه طالما أنه يمتثل للمعايير الإجتماعية و يمارس حياته كفرد صالح في المجتمع .

المراجع :

1. العنزي عادل خالد عبد الكريم ، التحول الجنسي و أثره بين الشريعة و القانون، مجلة أبحاث .
2. سيد على السيد محمد ، دور القرائن الطبية في إثبات الإضطرابات الجنسية.
3. عكاشة أحمد ، الطب النفسي المعاصر .
4. زهران حامد (1981)، علم النفس النمو، دار عويدات للنشر ، بيروت .
5. - رانيا وجيه شفيق (2020): التشويهات المعرفية والمساندة الاجتماعية لدى مضطربي الهوية الجنسية "دراسة مقارنة بين الجنسين" ، مجلة البحث العلمي في الآداب (العلوم الاجتماعية والإنسانية)، العدد:21، الجزء السادس
6. كمال سيد عبد الحليم محمد نصر (د.س): التحول الجنسي وعقوبته في الفقه الإسلامي، مجلة الدراسات العربية، جامعة المنيا
7. مي إبراهيم عبد القادر (2021): فروق صورة الجسم ما بين مضطربي الهوية الجنسية والمتحولين جنسيا كما تكشف عنها رسومهم "دراسة لحالتين من الذكور"، كلية التربية الفنية، جامعة حلوان، المجلد (21)، العدد: 3.
8. محمد احمد محمود خطاب (2017): علم النفس المرضي "دراسات اكلينيكية متعمقة" ، ط1، القاهرة، المكتب العربي للمعارف.
9. محمد أبو رملية (2018): مدخل الى قضايا التعددية الجنسية والجندرية للمهنيين في مجال الصحة النفسية والمجتمعية.

تدخل الوالدين لحماية الطفل من خطر الوقوع في المو اقع الإباحية

Parental intervention to protect the child from the danger of falling into pornographic sites

د.ليلى شيباني، جامعة بجاية، leila.chibani@univ-bejaia.dz

د.نامية عليك، جامعة البليدة2، namiaalikdoct@gmail.com

الملخص:

إن ما تعرضه شاشات الهاتف من مشاهد واشهارات قد تعرض الطفل الذي له اتصال بشبكة الإنترنت محتويات غير مناسبة مثل المشاهد الإباحية أو مشاهد العنف أو مشاهد خطيرة، لذا يتعين على الآباء القيام ببعض الإعدادات لتحديد المحتوى الذي يشاهده الطفل، ونظرا لأن هذه المنصات ليس فيها حماية مطلقة، فإنه يجب توعية الطفل بكيفية الاستخدام الصحيح لها وعدم الوضوع ضحية المشاهد الإباحية التي قد تكون سببا في ظهور بعض الاضطرابات الجنسية. وعليه سيتم تسليط الضوء حول أهم التوجيهات التي تعتبر كدليل للوالدين لحماية الطفل من خطر الوقوع في المواقع الإباحية.

الكلمات المفتاحية: الطفل، المواقع الإباحية، الاضطرابات الجنسية.

Abstract:

The scenes and advertisements displayed by the phone screens may expose the child who has an internet connection to inappropriate contents such as pornographic scenes, violent scenes, or dangerous scenes, so parents have to make some settings to determine the content that the child watches, and given that these platforms do not have absolute protection Therefore, the child must be made aware of how to use it correctly and not be a victim of pornographic scenes that may cause the emergence of some sexual disorders. Accordingly, the most important directives that are considered as a guide for parents to protect their children from the danger of falling into pornographic sites will be highlighted.

Key words: Child, Porn Sites, Sexual Disorders

1- مقدمة

تعتبر التنشئة الاجتماعية عملية تحتوي القيم و المعايير التي تسمح للفرد بتكوين شخصيته أولا ثم التكيف مع الوسط الاجتماعي بما في ذلك البيئة المهنية، حيث تنقسم اطوار التنشئة الاجتماعية حسب الباحثين في الغالب الى ثلاثة اطوار اساسية يقتصر الطور الأول في مجال الأسرة أين يتعلم الطفل بعض المهارات الجديدة التي تسهل عليه الاتصال ففي هذا الطور يبرز جليا دور الأسرة في تلقين الطفل المبادئ الأولى للحياة اما الطور الثاني فيبدأ بالتحاق الطفل بالمدرسة، و هي مرحة امتداد للمرحلة التي سبقتها و لا تقل أهمية عنها، حيث يزداد تطور مهارات الطفل و خبراته و

تبدأ مرحلة الطور الثالث مع بداية المرحلة المهنية ويمكن الإشارة إلى أن عملية التنشئة الاجتماعية مستمرة ومتواصلة طوال حياة الإنسان، وذلك رغم اختلاف أهميتها من طور إلى آخر(شرع الله، 2013، ص3)

كما إن التغير الاجتماعي من أهم الظواهر المصاحبة لهذه المجتمعات البشرية ، بل هو في حقيقة الأمر أهم خصائصها، فالمجتمعات دائمة التطور والتغير، لأن ذلك وحده هو الذي يكتب لها البقاء والاستمرار والنمو المجتمعات التي تفقد قدرتها على التغير الكافي والملائم للظروف التي تواجهها وتعايشها لا تستطيع أن تقف طويلا أو تتنافس باقتدار وتكافؤ مع حركة المجتمعات .ولأن الثقافات تؤثر وتتأثر بغيرها فإن القيم والمعايير كأحد أركان الثقافة تتأثر بهذه الحركة فتتغير، فقد يحدث التغير على سبيل المثال لا الحصر في حالة التعامل مع التقانة، أو بعبارة أخرى قد يحدث من خلال محاولة التلاؤم مع مظاهر التغير المادي، فالتطور التقني يتطلب تغييرا في القيم و ذلك لكون أن نتاج الصناعة مواد جامدة معدة لاستخدام البشر، وعندما تستخدم فإنها ستستخدم في مجالات واسعة وبأشكال متعددة وبالطبع هذه المجالات ستطال العلاقات الاجتماعية(بوعطيط، 2012، ص12) وتشكل الأسرة القاعدة الأساسية في هيكل المجتمع الجزائري، فهي المؤسسة الاجتماعية التي تؤمن عدة وظائف حيوية، منها وظيفة الإنجاب والتنشئة الاجتماعية للأفراد ، إلى جانب كونها لا تزال الحاضن الاقتصادي للشباب حتى سن الزواج، ولقد عرفت الأسرة الجزائرية عدة تغيرات، سواء في شكلها التركيبي، أو في علاقاتها الداخلية أو في قيمها الاجتماعية(دحماني، 2006، ص13) إلا أن انتشار وسائل التكنولوجيا وتوفر الانترنت قد يكون له انعاكاسات سلبية على تنشئة الطفل ولعل أهم ظاهرة انتشار الألعاب الالكترونية وما ينجم عنها من اشهارات واعلانات خطرة على تنئشة الطفل ومنها تلك الاعلانات الاباحية التي تدخل الطفل عالم الاضطرابات الجنسية، هذا ما جعلنا نسلط الضوء على ظاهرة المواقع الاباحية واهمية تدخل الوالدين لمعالجة هذه المشكلة.

2- مفاهيم البحث

1.2. الطفل

يعتبر مفهوم الطفولة بشكل عام مرحلة عمرية تمتد لتشمل كل الفترة الزمنية التي تتراوح من فترة الولادة حتى بداية المراهقة (عبد الستار،1993، ص 19).

2.2. المو اقع الإباحية

هي أي مواد إباحية يمكن الوصول إليها عبر الإنترنت عن طريق مواقع الويب.

3.2. الاضطرابات الجنسية

تعرف على انها تلك الاضطرابات التي تقع في مجال الجنس سواء أكان هذا الاضطراب خاصة بالعضو أو بالوظيفة او يشمل العديد من صور الاضطراب والانحراف(غانم، 2008، ص40).

3- أهداف البحث

يهدف البحث الى مجموعة من العناصر الرئيسية تتمثل فيما يلي:

- معرفة العلاقة بين التنشئة والتغير السوسيوثقافي في المجتمع الجزائري.
- توعية الآباء بضرورة التثقيف والحوار داخل الأسرة.
- محاولة وضع برنامج محدد لاستخدام مواقع الانترنت.

4- ثقافة الحوار بين الوالدين والطفل في ظل انتشار المو اقع الاباحية

تعتبر مهمة التثقيف أهم الاستراتيجيات توعية الأفراد خاصة إذا تعلق الأمر بمواضيع مثل الاضطرابات الجنسية وما ينجم عنها من انعكاسات على الجانب النفسي والاجتماعي وكذا الصحي. إلا أن مشكلة انتشار المواقع الاباحية أصبحت ظاهرة خطرة تمس الفرد داخل الأسرة وخارجها، إذ أصبح من الضروري مراقبة أطفالنا في مختلف الفئات العمرية وذلك لتجنب خطورة تلك المواقع التي اصبحت كمخدر جديد مؤثر على ذهنية ونفسية الطفل وصولا الى المراهقة التي يظهر فيها مجموعة من الأعراض والسمات الدالة عن تعرضه لمشاهد اباحية خطرة.

إن غرس الخوف الكلي من الاباحية في نفوس الطفل قد يعمل لفترة قصيرة ولكن ليست مساعدة على المدى الطويل، إذا كان الأطفال يشعرون باستعداد والديهم للتحدث حول الموضوع كلما احتاجوا الى ذلك بدلاً من اخفاء فضولهم والبحث من تلقاء انفسهم عن أجوبة في أماكن خاطئة.

- **العائلة : أسرة هرمية على أساس السن و الجنس**

يمكن كذلك أن نصف الأسرة الجزائرية التقليدية بأنها طبقية "، تفيح ل الأب رأس الهرم، ويكون تقسيم العمل والنفوذ والمكانة على أساس الجنس والعمر " فتتركز السلطة في يد كبار السن وعلى رأسهم رب العائلة، وهؤلاء الكبار (الشيوخ والكهول) يمارسون سلطتهم وتسلطهم على الصغار

(الشباب والأطفال) ويتوقعون منهم الطاعة، والامتثال للأوامر، واجتناب النواهي، كما أن السلطة الأسرية تتركز خاصة في يد الذكور وهذا كله يترتب عن ه شكلا هرميا سلميا لتوزيع السلطة ، وعلاقات اجتماعية تراتبية، وتقسيما للفضاء الاجتماعي: فضاء عام مخصص للرجال وممنوعا على النساء، وفضاء خاص داخل (البيت، يحرم على الرجال المكوث فيه طويلا في النهار(دحماني، 2006، ص12-15).

5- المحددات السيكولوجية للقيم

نلخصها في أهم المحددات السيكولوجية للقيم في ضوء ما يأتي :

- موقف التحليل النفسي
- موقف النظرية السلوكية
- موقف النظرية المعرفية.

- **موقف التحليل النفسي**

ترى مدرسة التحليل النفسي أن عملية اكتساب القيم تبدأ منذ مرحلة الطفولة المبكرة، حيث يكتسب الطفل أناه الأعلى من خلال التوحد مع الوالدين، إذ يقوم الوالدين بدور ممثلي النظام فهما يعلمان الطفل القواعد الأخلاقية والقيم التقليدية والمثل العليا للمجتمع الذي يتربى فيه الطفل، وهما يفعلان ذلك عن طريق مكافأة الطفل عندما يفعل ما يجب عليه ، كما أنهما يعاقبانه عندما يخطئ فيما يجب عليه . إن مفهوم الأنا الأعلى لدى "فرويد " يتكون من الضمير حيث استدماج للوالد الذي يعاقب على السلوك السيئ، والأنا المثاليةحيث استدماج للوالد الذي يكافئ السلوك الجيد أو الملائم ، أما التوحد فهو من المفاهيم الأساسية التي يستعين بها أصحاب التحليل النفسي في تفسير نشأة الشخصية وتكوينها عن طريق تمثل الطفل خصائص والديه ومن يقوم مقامهما.

- **النظرية السلوكية**

يرى أصحاب النظرية السلوكية أن عملية اكتساب القيم تتم عن طريق التعزيز الإيجابي والتعزيز السلبي ويتعاملون مع القيم على أنها إما إيجابية أو سلبية كما أنها ليست أكثر من استنتاجات من السلوك الظاهر للفرد .ينظر السلوكيون إلى القيم على أنها سلوك كغيرها من

السلوكات، فكل السلوكات متعلمة نتيجة لتفاعل المتعلم مع المثيرات البيئية وتعزيز استجاباته لها، فالسلوك أو القيم المرغوبة متعلمة، وكذلك الغير مرغوبة، وذلك اعتمادا على مبادئ التعلم التي تقر بها المدرسة وهي تدعيم الاستجابات وتعزيزها .

- **النظرية المعرفية**

تنظر المدرسة المعرفية التطويرية إلى اكتساب القيم بنظر هذه المدرسة ليس محاكاة لنموذج اجتماعي أو تكييف السلوك الأخلاقي بمقتضى المثيرات البيئية وإنما تؤكد أن القيم تنشأ من محاولة الفرد تحقيق التوازن في علاقاته الاجتماعية وقدراته العقلية، ويعتبر بياجيه من أوائل رواد هذه المدرسة فقد أبدى اهتماما في بعض دراساته بنمو حكم الطفل الأخلاقي، وطريقته في التفكير حول الأسئلة التي تتعلق بالصواب و الخطأ وفهمه للقوانين الاجتماعية .يرى أصحاب هذه النظرية أن اكتساب القيم وارتقاءها يقوم على أساس التغير في الأبنية المعرفية constructs Cognitive عبر مراحل العمر المختلفة، وأن هذا التغير في الأبنية المعرفية يصاحبه تغير في تفكير الفرد من العيانية إلى التجريد .وأوضح أن ذلك يؤثر على الارتقاء الوجداني وعلى نسق القيم الذي يتبناه الفرد(بوعطيط، 2012، ص97-98).

6- تدعيم القيم الدينية والعائلية وكذا القيمة الصحية

يتعرض الأطفال لإشهارات واعلانات اباحية تابعة لتلك الألعاب التي يبحثون عنها خلال متصفح الانترنت، إلا أن ذلك التعرض المتكرر قد ينجم عنه فضول للمحتوى الجنسي على نحو متزايد وواضح، الأمر الذي يتطلب من الآباء اجراء محادثات صريحة ومباشرة حول الاختلافات بين الممارسة الشرعية الصحية وتلك المحرمة وغير الصحية.

- الجمع بين القيم العائلية والدينية والأدلة العلمية من الآثار الضارة للمواد الاباحية تساعد الطفل على فهم عواقب مشاهدة المواد الاباحية.
- إن تعليم الطفل الآثار الضارة للمشاهد الاباحية يجب أن تقترن بالانعكاسات الصحية والنفسية وأضرارها على الجانب النفسي والاجتماعي.

7- أهم ما يجب أن يسأله الآباء لمحاربة المشاهد الاباحية

- ماهي الألعاب وأجهزة الألعاب التي يمتلكها أطفالك؟

- هل لأطفالك القدرة على الوصول إلى الانترنت عبر أجهزتهم؟
- كيف يستخدم أطفالك الهاتف المحمول؟
- ماهي أنواع الرسائل التي يرسلها أطفالك ويستقبلونها؟

بمجرد الانتهاء من تقييم مدى احتمالية دخول الاباحية للبيت، يجب القيام بتثبيت نظام ترشيح وتصفية الانترنت على جميع أجهزة الانترنت بالمنزل، وهي خطوة رئيسية في حماية العائلة من التعرض للإباحية.

8- وضع المعايير لاستخدام التكنولوجيا ووسائل الإعلام في المنزل

وجب وضع خطة تتضمن طريقة العمل بأجهزة الهاتف والتوقيت المخصص لها وهي خطة تتضمن مبادئ توجيهية بشأن حدود الاستخدام والوقت المقبول لذلك، إذ يمكن مناقشتها مع الأطفال والاتفاق عليها.

- ماهي القيود التي يجب تعيينها على مقدار الوقت الذي يقضيه الطفل على الانترنت؟

هناك فرصة أكبر للتعرض للمواد الاباحية كلما زادت ساعات تصفح الانترنت دفعا للملل كقاعدة عامة ينبغي أن يستخدم الانترنت لغرض محدد وهذا يتطلب تنظيم مقدار الوقت الذي يقضيه الطفل على الانترنت.

- في أي وقت من اليوم يكون من المقبول استخدام الانترنت؟

أظهرت العديد من الأبحاث أن تصفح الانترنت في وقت متأخر من الليل يكون بلا هدف لذلك ينصح باستخدام الانترنت لفترة زمنية محددة خاصة الفترة الصباحية، أما إذا تم استدخامها مساءا يجب أن يكون الوالدين متواجدين ومستيقظين.

- أين يمكن استخدام الانترنت عبر الهاتف المحمول؟

يمكن للأطفال أن يتعرضوا للصور الاباحية عبر أي جهاز يوفر الدخول إلى شبكة الانترنت، وهذا يشمل الهواتف المحمولة وأجهزة الكمبيوتر والآي باد وأجهزة الألعاب المحمولة، لذلك من الضروري وضع فترة زمنية لاستخدامها.

8-1- مراجعة تاريخ تصفح الطفل للانترنت

يمكن مراجعة تاريخ تصفح طفلك للانترنت(Browsing History) وتعلم كيفية القيام بذلك وتوجد كذلك برامج ترشيح وتصفية وحجب الانترنت التي يمكن تحملها على أجهزة الهاتف. إلا أنه أصبح من الضروري مناقشة هذه المسائل مع جميع أفراد الأسرة وإشراك الطفل في وضع خطة عائلية لاستخدام الوسائل الاعلامية وهذا ما يساعده على الالتزام بتلك الخطة المتفق عليها فالأطفال هم الأكثر اتباعا للمعايير التي يساهمون في وضعها.

8-2- الأطفال يفعلون ما نقوم به وليس ما نقوله

- يجب أن يكون الوالدين نموذجا صحيا لاستخدام وسائل الاعلام والهواتف.
- اختيار المكان المناسب للمحادثة التي يجب أن تكون مريحاً وخاصا، فإن هذا يعطي الطفل الحرية في طرح الأسئلة والتعبير عن أنفسهم بأريحية.
- اجراء محادثة منفردة لكل طفل فهذا يسمح بالمناقشة واتاحة الفرصة لاستخدام اللغة التي تلائم مرحلته العمرية.
- تغطية كل جانب من جوانب هذا الموضوع في محادثة واحدة تفتح المجال للحوار المستمر.

9- بعض التوصيات والاقتراحات

- التوعية الإعلامية والتربوية وإعداد الملصقات والكتيبات التي توزع مجانا على أماكن العمل بخصوص التوعية بمخاطر المواقع الاباحية.
- توفير الخدمات المساندة التي تراعي الفئات العمرية وفضولها نحو المواقع الاباحية.
- الالتزام بنظام أخلاقي وقيم فاضلة أساسها الدين الاسلامي و النصح و تطبيق التعليمات الدينية والتوجيهات الصحية للأطفال وسط الأسرة الجزائرية.

10-خاتمة

من خلال هذه الورقة البحثية يتضح جليا أن ظاهرة انتشار المواقع الاباحية أصبح مشكلة متجلية وسط الفئات العمرية المختلفة وخاصة لدى الاطفال في ظل تعرضهم للألعاب الالكترونية، وعليه فهي ظاهرة خطرة وجب الاهتمام بدراستها في المجتمع الجزائري حيث يتردد الكثير من الباحثين في دراستها لأنها تدخل ضمن الطابوهات حيث يتبين من خلال الدراسة ان هناك مؤشرا واقعيا وموضوعيا للظاهرة والتي تتطلب تدخلات نفسية واجتماعية.

قائمة المراجع

- بوعطيط سفيان(2012)، القيم الشخصية في ظل التغير الاجتماعي وعلاقتها بالتوافق المهني، اطروحة دكتوراه، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، قسنطينة، الجزائر.
- سليمان دحماني(2006)، ظاهرة التغير في الأسرة الجزائرية، العلاقات، مذكرة ماجستير،كلية الاداب والعلوم الانسانية والاجتماعية، تلمسان، الجزائر.
- شرع الله ابراهيم(2013)، دور العوامل السوسيوثقافية في تأسيس الثقافة المجتمعية لدى الشباب ، مقال بمجلة الشباب والمشكلات الاجتماعية، العدد الأول، سوق أهراس، الجزائر.
- عبد الستار ابراهيم(1993) : العلاج السلوكي للطفل ، سلسلة كتب شهرية عن المجلس الوطني للثقافة ، الكويت .
- محمد حسن غانم(2008): الاضطرابات الجنسية(تعريف بالانحرافات، التشخيص، الأسباب الوقاية، العلاج)، مصر، مكتبة الأنجلو المصرية.

الشذوذ الجنسي: نماذج وتشخيص وسبل العلاج

Sexuality disorders: models, diagnosis and treatment methods

د. كمال الزمراوي ، جامعة الحسن الثاني الدار البيضاء، المغرب
k.zemraoui@gmail.com

الملخص:

حينما نريد الحديث عن الشذوذ في مجال الجنس، فنحن أمام مظاهر أو أشكال متعددة، قد يكون تركيز الاضطراب الجنسي على مجموعة متنوعة من الأشياء، أو المواقف، أو الحيوانات، أو الأشخاص (مثل الأطفال أو البالغين غير الراغبين). قد تعتمد الاستثارة الجنسية على استخدام أو وجود هذا التركيز. وعندما يَجرِي توطيد هذه الأنماط من الإثارة، في مرحلة الطفولة المبكرة أو بالقرب من سن البلوغ عادة، فإنها غالبا ما تبقى مدى الحياة.

ويعد بعض التنوع في النشاط الجنسي شائعا جدا في العلاقات والتخيلات الجنسية عند الكبار الأصحاء. وعندما يتفق الأشخاص على الانخراط فيها، قد تكون السلوكيات الجنسية غير المعتادة التي لا تسبّب أي ضرر جزءا من علاقة المحبة والرعاية. ولكن، عندما تسبب السلوكيات الجنسية ضائقة أو ضررا، أو تتداخل مع قدرة الشخص على الانخراط في الأنشطة اليومية، فإنها تعد اضطرابا من نمط الاضطراب الجنسي. وقد ينجم الضيق عن ردود فعل الآخرين، أو عن شعور الشخص بالذنب تجاه فعل شيء غير مقبول اجتماعيا.

يمكن أن تؤدي اضطرابات الاضطراب الجنسي إلى خلل خطير في القدرة على الدخول في نشاطٍ جنسي وَدود ومتبادل . وقد يشعر شركاء الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الاضطراب الجنسي وكأنهم أشياء لا روح فيها أو أنهم غير مهمين أو غير ضروريين في العلاقة الجنسية.

الكلمات المفتاحية: الشذوذ الجنسي، الاستعراء، الفتشية، ولع الاطفال، لباس الجنس الآخر، المازوشية، السادية

Abstract :

When we want to talk about anomalies in the field of sex, we are facing multiple manifestations or forms. The focus of sexual disorder may be on a variety of things, situations, animals, or people (such as children or unwilling adults). Sexual arousal may depend on the use or presence of this focus. And when these patterns of arousal are established, usually in early childhood or near puberty, they often remain for life.

Some variety in sexual activity is very common in the relationships and sexual fantasies of healthy adults. And when people agree to engage in it, unusual sexual behaviors that don't cause any harm may be part of a loving, caring relationship. However, when sexual behaviors cause distress or harm, or interfere with a person's ability to engage in daily

activities, it is considered a sexual disorder. The distress may result from the reactions of others, or from the person feeling guilty about doing something socially unacceptable. Sexual disorder disorders can seriously impair the ability to engage in mutually friendly and reciprocal sexual activity. Partners of people with sexual disorder may feel like soulless objects or that they are unimportant or unnecessary in the sexual relationship.
Key words : Exhibitionistic disorder ,Pedophilic disorder, transvestic disorder, sexual mosochism disorder, sexual sdim disorder.

- **على سبيل التمهيد:**

تشتمل اضطرابات الجنسية الأكثر شيوعا على:

- اضطراب الاستِعراء Exhibitionistic disorder
- اضطراب عشق الأطفالPedophilic disorder
- اضطراب لباس الجنس الآخر Transvestic disorde
- اضطراب المازوشية الجنسية sexual masochism disorder واضطراب السادية الجنسية.sexual sadism disorder

ويكون معظم المصابين باضطرابات الاضطراب الجنسي من الرجال، وكثير منهم يكون لديه أكثر من نوع واحد من هذه الاضطرابات.كما يكون لدى بعضهم أيضا اضطراب شخصية شَديد، مثل اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع أو اضطراب الشخصية النرجسية.

وتعد بعض اضطرابات الاضطراب الجنسي، مثل الولع الجنسي بالأطفال (عشق الأطفال)، ضد القانون.

1. اضطراب الاستعراء: Exhibitionism

ينطوي الاستعراء على تعريض أو كشف الأعضاء التناسلية لإثارة الشهوة الجنسية، أو يكون لدى الفرد رغبة قوية في أن يلاحظه أشخاص آخرون في أثناء النشاط الجنسي. أما الاضطراب الاستعرائي فينطوي على العمل على تحفيز الرغبات أو التخيلات الاستعرائية أو المعاناة من الضيق أو عدم القدرة على العمل بسبب تلك الرغبات والتخيلات.

- يقوم المختصون بتشخيص الاضطراب الاستِعرائي عندما يشعر المرضى بالضيق الشديد أو يصبحون أقل قدرة على العمل بشكل جيد بسبب سلوكهم، أو عندما يتصرفون بناء على رغباتهم مع شخص لا يوافق على ذلك.

ويعد الاستعراء شكلا من أشكال الاضطراب الجنسي.

يقوم المصابون بالاستِعراء (الذكور عادة) بعرض أعضائهم التناسلية، أمام الغرباء غير المتوقعين عادة، ويصبحون مثارين جنسيا عند القيام بذلك. وقد يكونون على بينة من حاجتهم إلى المفاجأة أو الصدمة أو التأثير في المراقب غير الراغب. وتكون الضحية هي امرأة أو طفل من أي من الجنسين دائما تقريبا. ولكن، لا يلجأ أبدا إلى الاتصال الجنسي الفعلي، لذلك نادرا ما يرتكب المصابون بالاستعراء جريمة الاغتصاب.

يبدأ الاستِعراء خلال فترة المراهقة عادة. ويكون معظم المصابين به متزوجين، ولكن الزواج غالبا ما يكون مضطربا.

وحوالى 30% من مرتكبي الجرائم الجنسية الذكور الذين يلقى القبض عليهم هم من المصابين بالاستعراء. وهم يميلون إلى الاستمرار في سلوكهم. ويعاد اعتقال نحو 20 إلى 50% منهم.

ويعد عرض الأعضاء التناسلية للغرباء غير المتوقعين بهدف الإثارة الجنسية أمرا نادر الحدوث بين النساء؛ فالنساء لديهن أماكن أخرى لعرض أنفسهن: ارتداء ملابس مثيرة (وهذا ما يتزايد قبوله كحالة طبيعية)، والظهور في مختلف وسائل الإعلام وأماكن الترفيه.ولا تشكل المشاركة في هذه الأماكن بحد ذاتها اضطرابا في الصحة النفسية(غانم، ص. 30).

بالنسبة لبعض الناس، يجرِي التعبير عن الاستِعراء باعتباره رغبة قوية في أن يشاهد الآخرون أفعالهم الجنسية.وهؤلاء الأشخاص يريدون أن ينظر إليهم من قِبل جمهور موافق، بدلا من مفاجأة الناس.وقد يشارك الأشخاص الذين يعانون من هذا النوع من الاستعراء في الأفلام الإباحية، أو يصبحون بالغين مشاركين في الترفيه.ونادرا ما تزعجهم رغباتهم، وبذلك قد لا يكون لديهم اضطراب في الصحة النفسية.

ولا يكون معظم الذين لديهم نزعات استعرائية مصابين باضطراب.

كما يكون لدى بعضهم أيضا اضطراب شخصية مرافق (اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع عادة) أو اضطراب التصرف.

❖ 1.1 تشخيص الاضطراب:

يشخص المختصون اضطراب الاستعراء عندما:

- يكون الأشخاص قد تعرضوا إلى إثارة متكرِرة وشديدة من خلال كشف أعضائهم التناسلية أو ملاحظتهم من قبل أشخاص آخرين في أثناء النشاط الجنسي، وقد جرى التعبير عن الإثارة من خلال التوهمات أو الرغبات الشديدة أو السلوكيات.

- ونتيجة لذلك، يشعر المرضى بالضيق الشديد أو يصبحون أقل قدرة على الأداء الجيد (في العمل، أو في أسرهم، أو في التفاعل مع الأصدقاء)، أو يتصرّفون بناء على رغباتهم مع شخص لا يوافق على ذلك(عبد القادر، ص 24).

❖ 2.1 علاج الاضطراب:

- العلاج النفسي، مجموعات الدعم، وبعض مضادات الاكتئاب وأدوية أخرى في بعض الأحيان
- يبدأ العلاج بعد اعتقال المصابين باضطراب الاستعراء عادة. ويشمل العلاج النفسي، ومجموعات الدعم، ومضادات الاكتئاب (مثبطات استِرداد السيروتونين الانتقائية).
- فإذا كانت مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية غير فعالة، فيمكن استخدام الأدوية التي تغير الدافع الجنسي وتقلل من مستويات هرمون التستوستيرون. وتشتمل هذه الأدوية على ليوبروليد وأسيتات ميدروكسي بروجستيرون. يجب على المرضى إعطاء موافقتهم المستنيرة على استخدام هذه الأدوية، وعلى الأطباء القيام دوريًا باختبارات للدَّم لرصد تأثيرات الدواء في وظيفة الكبد، فضلاً عن غيرها من الاختبارات (بما في ذلك اختباراتُ كثافة العظام واختبارات الدم لقياس مستويات التستوستيرون).

2. اضطراب الفتشية أو التمائمية: Fetishism

التمائمية أو الفتشية هي استخدام جسم جامد (كالوثن) كطريقة مفضلة لإنتاج الإثارة الجنسية.

وتعد الفِتشية شكلا من أشكال الشذوذ الجنسي.

قد يحفز ويرضى الأشخاص الذين يعانون من الفتشية جنسيا بطرائق مختلفة، مثل ما يلي:

- ارتداء ملابس داخلية لشخصٍ آخر
- ارتداء المطاط أو الجِلد
- حيازة، أو فرك، أو اشتمام الأشياء، مثل الأحذية ذات الكعب العالي

❖ 1.2 التشخيص:

إذا كانت الإثارة الجنسية تحدث بشكل رئيسي نتيجة ارتداء ثياب الجنس الآخر (أي لباس الجِنس الآخر بدلا من استخدام الملابس بطريقةٍ أخرى، يعد الشذوذ تخنثا.

قد لا يكون الأشخاص الذين يعانون من الاضطراب الفتشي قادرين على الأداء الجنسي دون وَثَنهم. وقد يحل هذا الوثن الجنسي محل النشاط الجنسي النموذجي مع شريك، أو يمكن دمجه في النشاط الجنسي مع شريك راغِب. وقد تكون الحاجة إلى الوثن شديدة جدا وقهرية عند الشخص، بحيث

يصبح مستهلكًا لوقته ومخربا لحياته. ولكن في معظم الأشخاص الذين لديهم وثن جنسي، لا يفي سلوكُهم بمعايير الاضطراب، لأنه لا يسبب لهم ضائقة كبيرة، أو يتداخل مع العمل اليومي، أو يضر بالآخرين(فرويد، 2020).

❖ 2.2 العلاج:

تكون فعالية المعالجة في الاضطراب الفتشي محدودة. ويمكن أن تشتمل على أحد أو كلا التالي:

- المعالجة النفسية
- الأدوية، مثل نوع من مضادات الاكتئاب

3. اضطراب العشق الجنسي للأطفال(Pedophilic Disorder)

ينطوي اضطراب التحرش بالاطفال أو العشق للأطفال بتخيلات لأو رغبات متكررة وشديدة للإثارة الجنسية أو سلوك ينطوي على الاطفال في عمر 13 سنة أو أقل عادة

- وقد يتم الانجذاب إلى الأولاد الصغار، أو الفتيات الصغيرات، أو كليهما، ويمكن أن ينجذبوا معظم إلى الأطفال فقط أو إلى الأطفال والبالغين.

❖ 1.3 التشخيص:

- يقوم المختصون بتشخيص الولع الجنسي بالأطفال عندما يشعر المرضى بالضيق الشديد أو يصبحون أقل قدرة على العمل بشكل جيد بسبب انجذابهم إلى الأطفال أو عندما يتصرفون بناءً على رغباتهم.
- يمكن معالجة الولع الجنسي بالأطفال بالعلاج النفسي الفردي أو الجماعي على المدى الطويل، وبالأدوية التي تغير الدافع الجنسي وتقلل من مستويات التستوستيرون.
- إن الاعتداء الجنسي على الأطفال هو شكل من أشكال الشذوذ الجنسي. وبما أنه يسبب ضررا للآخرين، فإنه يعد اضطرابا.

ويعتمد النظر إلى أن الاهتمام الجنسي أو الانخراط الجنسي بين شخصين يُعَدّ اضطراب جنسيًا على عمر الأشخاص المعنيّين؛ففي بعض دول أوروبا،يتطلب تشخيص اضطراب الاستغلال الجنسي للأطفال أن يكون عمر الشخص 16 سنة أو أكثر، أو أكبر بخمس سنوات على الأقل من عمر الطفل الذي هو موضوع التخيلات أو النشاط الجنسي. ولكن المشاركة الجنسية للمراهق الأكبر سنًا (الذين يتراوح عمره بين 17 و 18 عاما) مع شخص يتراوح عمره بين 12 و 13 عاما قد لا

يعد اضطرابا. ولكن، قد تختلف المعايير العمرية المستخدَمة لتحديد متى يُعَدّ هذا النشاط جريمة.(Chapelle,2018).

وعلى الرغم من أن قوانين الولايات تختلف في أمريكا ، لكن القانون يرى عموما أن الشخص الذي يتجاوز عمره 18 عاما يرتكب جريمة اغتصاب قانونية إذا كانت الضحية بعمر 16 عاما أو أقل.وكثيرا ما لا تفي حالات الاغتصاب القانونية بتعريف الولع الجنسي بالأطفال، ممَّا يسلط الضوء على الطابع التعسفي إلى حدٍّ ما لاختيار نقطة محددة للسن في التعريف الطبِّي أو القانوني.وفي كثير من البلدان (بما في ذلك بعض الولايات الأمريكية)، يمكن للأطفال الذين تقل أعمارهم عن 12 سنة الزواج بصورة قانونية، مما يزيد من تعقيد تعريف الولع الجنسي بالأطفال والاغتصاب القانوني.

يشيع انتشار الولع الجنسي بالأطفال بينَ الرجال أكثر منه بين النساء.

وقد ينجذبون إلى الأولاد الصغار، أو الفتيات الصَّغيرات، أو كليهما.من غير الواضح ما إذا كانت الفتيات أو الأولاد أكثر ميلا لأن يكونوا ضحايا للميل الجنسي للأطفال، على الرغم من أن الفتيات يظهرن أكثر ميلا لأن يكن ضحايا للاعتداء الجنسي بشكل عام.

ويكون الشخص البالغ معروفا للطفل عادة، وقد يكون أحد أفراد الأسرة أو زوج الأم أو زوجة الأب، أو شخصا له سلطة (مثل المعلم أو المدرب). ينجذب بعض المتحرشين إلى الأطفال فقط، وغالبا ما يكونون من فئة عمرية معينة أو مرحلة نمو معينة.وينجذب آخرون إلى كلٍّ من الأطفال والبالغين. ويبدو أن التحديق أو اللمس العام أكثر شيوعا من لمس الأعضاء التناسلية أو القيام بالجماع(Iceta, 2020).

قد يستعمل المولعون الشَرِسون جنسيا بالأطفال القوة أو الإكراه للانخراط مع الأطفال جنسيا، وقد يهددون بإيذاء الطفل أو الحيوانات الأليفة للطفل إذا أخبر الطفل أحدا. ويوجد لدى العديد من هؤلاء الأشخاص اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع.

كما يكون أو يحدث لدى الكثير منهم اضطراب تعاطٍ للمخدرات أو اعتماد عليها و اكتئاب .وغالبًا ما يأتون من أس مضطربة، حيث تكون الصراعات الزوجية شائعة.ويبدو أنه قد تعرض العديد منهم للإيذاء الجنسي وهم أطفال.

يقوم الأطباء بتشخيص الاضطراب الجنسي عندما:

- يكون لدى الأشخاص تخيلات أو رغبات متكررة وشديدة للإثارة الجنسيّة أو سلوك ينطوي على الأطفال (في عمر 13 سنة أو أقل عادة).

- يشعر المرضى بالضيق الشديد أو يصبحون أقل قدرة على العمل بشكل جيد (في العمل أو في أسرهم أو في التفاعل مع الأصدقاء)، أو يتصرفون بناء على رغباتهم.
- يتطلب اضطراب العشق الجنسي للأطفال أن يكون عمر الشخص 16 سنة أو أكثر، أو أكبر بخمس سنوات على الأقل من عمر الطفل الذي هو موضوع التخيُّلات أو النشاط الجنسي.(الاستثناء هو المراهق الأكبر سنًا الذي لديه علاقة مستمرة مع طفل يبلغ من العمر 12 أو 13 عامًا)

❖ 2.3 العلاج:

- المعالجة النفسية
- الأدوية

يمكن معالجةَ الولع الجنسي بالأطفال بالعلاج النفسي الفردي أو الجماعي على المدى الطويل، وبالأدوية التي تغير الدافع الجنسي وتقلل من مستويات التستوستيرون.

ولكن نتائج العلاج مختلفة. وتكون النتيجة أفضل عندما تكون المشاركة طوعية، ويتلقى الشخص التدريب على المهارات الاجتماعية ومعالجة المشاكل الأخرى، مثل تعاطي المخدِّرات أو الاكتئاب.

وقد يكون العلاج الذي لا يطلب إلا بعد الاعتقال الجنائي والإجراءات القانونية أقل فعالية؛

لحبس المرضى أو إيداعهم في مصحّات، حتى على المدى الطويل، ببساطة لا يغير الرغبات أو التوهمات. ومع ذلك ، فإن بعض المتحرشين بالأطفال الذين يلتزمون بعلاج طويل الأمد وخاضع للمراقبة (بما في ذلك العقاقير عادة) يمكنهم الامتناع عن النشاط الجنسي للأطفال وإعادة دمجهم في المجتمع.(Iceta, 2020)

الأدوية:

يستخدم الأطباءُ في الولايات المتحدة الأدوية التالية عادة:

- ميدروكسي بروجستيرون أسيتاتMedroxy progesterone acetate ، والذي يَجرِي حقنه في العضلات

وميدروكسي بروجستيرون (أحد البروجستينات) يشبه هرمون البروجستيرون الأنثوي.والبديل هو ليُوبروليد.leuprolide

يوقف ليوبروليد leuprolide وغوزريلين goserelin الغدة النخامية عن إرسال الإشارات إلى الخصيتين لإنتاج هرمون التستوستيرون .وبذلك تنخفض مستويات التستوستيرون والدافع الجنسي.يقوم الأطباء دوريًا بإجراء فحوصات الدم لرصد تأثير هذه الأدوية على وظائف الكبد، وكذلك باختباراتٍ أخرى (بما في ذلك اختباراتُ كثافة العظام واختبارات الدَّم لقياس

مستويات التستوستيرون .(ولكن، ليس من الواضح مدى فائدة هذه العقاقير في النساء اللواتي لديهن عشق جنسي للأطفال.

وقد تكون مضادات الاكتئاب التي تسمى مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية (SSRIs) مفيدة أيضًا.ويمكن أن تساعدَ في السيطرة على الرغبات الجنسيَّة والخيال.كما أنَّها تقلل من الدافع الجنسي، وقد تسبب ضعف الانتصاب.

العلاج بالعقاقير هو أكثر فعَّالية عندما يَجرِي الجمع بين العلاج النفسي والتدريب في المهارات الاجتماعية

4. اضطراب لباس الجنس الآخر: Transvestism

ينطوي لباس الجنس الآخر على الإثارة الجنسية المتكررة أو المكثفة من لباس الجنس الآخر

- ولكن معظم الذين يلبسون ثياب الجنس الآخر تكون لديهم لباس جنس آخر وليس اضطراب لباس الجنس الآخر.
- يقوم الأطباء بتشخيص اضطراب لبسة الجنس الآخر transvestic عندما يكون المرضى في حالة من الضائقة الشديدة أو لا يستطيعون الأداء الجيّد بسبب رغبتهم في ارتداء ملابس الجنس الآخر.
- لا توجد أدوية فعالة؛ ويركز العلاج النفسي، عندَ الحاجة، على مساعدة المرضى على قبول أنفسهم والتحكّم في السُّلُوكيات التي يمكن أن تسبِّب المشاكل في حياتهم.

تعتبر لباس الجنس الآخر هي شكل من أشكال الفتشية ونوع من الشذوذ أو الاضطراب الجنسي. وفي هذا الاضطراب، يفضِّل الرجال ارتداء ملابس النساء، أو تفضل النساء ارتداء ملابس الرجال (بشكل أقل شيوعا بكثير).ومع ذلك، لا يكون لديهم شعور داخلي بالانتماء إلى الجنس الآخر أو يرغبون بتغيير جنسهم، كما يفعل بعض الأشخاص الذين يعانون من عدم الرضا الجندري الشديد. ولكن الرجالَ الذين يميلون إلى ارتداء اللباس الأنثوي قد يكون لديهم مشاعر عدم الرضا الجندري عندما يكونون بحالة ضيق أو يمرُّون بتجربة خَسارة.

ويستخدم مصطلحُ لباس الجنس الآخر عادة للإشارة إلى الأشخاص الذين يعانون من الميل إلى ارتداء الملابس الأنثوية؛ولكن هذا المصطلح أقل قبولا(عبد القادر، 2013).

يبدأ الذكور المغايِرو الجنس، الذين يرتدون ملابس النساء، بمثل هذا السُّلُوك في مرحلة الطفولة المبكِّرة عادة. ويرتبط هذا السلوك، في البداية على الأقل، بالإثارة الجنسية الشديدة.

قد يرتدي المصابون بلباس الجنس الآخر تلك الملابس لأسباب أخرى غير التحفيز الجنسي؛ على سبيل المثال، للحدِّ من القلق، أو الاسترخاء، أو لتجربة الجانب الأنثوي من شخصياتهم في حالة الذكور.

وفي وقتٍ لاحق من الحياة (في الخمسينات أو الستينات من عمرهم في بعض الأحيان)، قد يُصاب بعضُ الرجال الذين كانوا يرتدون ملابسَ الجنس الآخر فقط في سن المراهقة والعشرينات بعدم الرضا الجندري.وقد يَسعون إلى تغيير أجسادهم عن طريق الهرمونات والجراحة التناسلية(إعادة تعيين الجنس).

عندما يكون الشريك متعاونا، قد لا يضر لباس الجنس الآخر بعلاقة الزوجين الجنسيّة.وفي مثل هذه الحالات، قد يدخل الرجال المصابون بهذه المشكلة في النشاط الجنسي وهم في الملابس الأنثوية جزئيا أو كليا.

أما عندما يكون الشريك غير متعاون، فقد يشعرون بالقلق، الاكتئاب، الذنب، والخجل من رغبتهم في ارتداء ثياب الجنس الآخر.وردًا على هذه المشاعر، يقوم هؤلاء الرجالُ في كثير من الأحيان بتطهير خزانتهم من المَلابس النسائية.قد يُتبَع هذا التطهيرُ بدورات إضافية من تجميع الملابس النسائية، والشعر المستعار، والمكياج، مع المزيد من مشاعر الذنب والعار، تليها المزيد من عمليات التطهير(غانم، 2014).

❖ 1.4 التشخيص:

يشخص المختصون اضطراب لباس الجنس الآخر عندما:

- تجري إثارة المرضى بشكلٍ متكرر ومكثف من خلال ارتداء ملابس الجنس الآخر؛ وتحصل الاستثارة في التخيّلات أو الرغبات الشديدة أو السلوكيات.
- ونتيجة لذلك، يشعر المرضى بالضيق الشديد أو يصبحون أقل قدرة على الأداء بشكل جيد (في العمل، أو في أسرهم، أو في التفاعل مع الأصدقاء).

ولكن، معظم المصابين بهذه المشكلة ليس لديهم هذا الاضطراب.

❖ 2.4 العلاج:

- مجموعات الدعم والمجموعات الاجتماعية
- العلاج النفسي في بعض الأحيان

يعتبر الجنس المتخنث اضطرابا وبالتالي لا يتطلب العلاج إلا إذا تسبب في الضيق أو يتعارض مع الأداء الوظيفي أو يؤدي إلى سلوك من المحتمل أن يؤدي إلى الإصابة أو فقدان الوظيفة أو السجن. ومع ذلك، لا يسعى إلى الرعاية الطبّية إلاَّ عددٌ قليل فقط من المصابين بلباس الجنس الآخر.أما أولئك الذين يسعون إليها فقد يكون الدافع هو زوجا غير سعيد أو القلق حول كيفية تأثير لباس الجنس الآخر في حياتهم الاجتماعية والعمل؛أو قد تجري إحالتها من المحاكم لتلقي العلاج.ويسعى البعض للحصول على الرعاية الطبية لمشاكل أخرى، مثل اضطراب تعاطي المخدّرات أو الاكتئاب. وغالبا ما تكون المجموعات الاجتماعية ومجموعات الدعم للرجال الذين يرتدون ملابس الجنس الآخر مفيدة جدا.

يركز العلاج النفسي، عند الحاجة، على مساعدة المرضى على قبول أنفسهم والتحكم في السلوكات التي يمكن أن تسبِّب المشاكل.

ولكن، لا توجد أدوية فعالة بشكلٍ موثوق به.

- 5. اضطراب المازوشية الجنسية:sexual masochism

تنطوي المازوشية الجنسية على أفعال يتعرض فيها الفرد للإثارة الجنسية من خلال الإذلال او الضرب أو التقييد أو إساءة المعاملة.

- المازوشية الجنسية هي شكل من أشكال الشذوذ أو الاضطراب الجنسي. ولكن معظم الأشخاص الذين لديهم ميولا مازوشية ليس لديهم اضطراب المازوشية الجنسيّة.
- يوجد بعض من السادية والمازوشية بشكلٍ شائع في العلاقات الجنسية الصحية عادة، وفي كثيرٍ من الأحيان يسعى الشركاء المتوافقون مع بعضهم بعضا إلى تبادل السيطرة؛ فعلى سبيل المثال، يعد استخدام مناديل الحرير لمحاكاة العبودية والضرب الخفيف على الردفين خلال النشاط الجنسي من الممارسات الشائعة بين الشركاء الموافقين، ولا يعد ذلك من السادية والمازوشية.(Chapelle, 2018).
- ومعظم المازوشيين يتفاعلون مع الشريك الموافق عليه، والذي قد يكون لديه سادية جنسية (أي الذي يحصل على الاستثارة الجنسية من خلال إلحاق المعاناة الجسدية أو النفسية بالشخص الآخر). وفي هذه العلاقات، يجرِي تفريغ الإهانة والضرب ببساطة، مع معرفة المشاركين أن ذلك لعبة وتجنب دقيق للإهانة أو الإصابة الفعلية.

وعلى النقيض من ذلك، ينطوي اضطراب المازوشية الجنسية على أحد أو كلٍ مما يلي:

- يشعر الأشخاص بالضيق بسبب سلوكهم أو عدم قدرتهم على العمل بسبب هذا السلوك.
- وتؤدي هذه الأفعال إلى أذى جسدي أو نفسي شَديد، وحتى إلى الموت، مثلما يمكن أن يحدث في الولع بالاختناق.asphyxiophilia

- تكون معالجة المازوشية غير فعالة عادة.

6. اضطراب السادية الجنسية: sexual sadism

تنطوي السادية الجنسية على أعمال يتعرض فيها الفرد للإثارة الجنسية من خلال إلحاق المعاناة البدنية أو النفسية بفرد آخر.

- السادية الجنسية هي شكل من أشكال الشذوذ أو الاضطراب الجنسي. ومعظم الأشخاص الذين لديهم ميول سادية لا يعانون من اضطراب السادية الجنسية، وفي كثيرٍ من الأحيان يسعى الشركاء المتوافقون مع بعضهم بعضًا إلى تبادل السيطرة؛فعلى سَبيل المثال، يعد استخدام مناديل الحرير لمحاكاة العبودية والضرب الخفيف على الردفين خلال النشاط الجنسي من الممارسات الشَّائعة بين الشركاء الموافقين، ولا يعَدّ ذلك من السادية والمازوشية.
- يتفاعل معظم الساديين مع شريك موافق، قد يكون مصابا بالمازوشية الجنسية . وفي هذه العلاقات، يجرِي تفريغ الإهانة والضرب ببساطة، مع معرفة المشاركين أن ذلك لعبة وتجنب دقيق للإهانة أو الإصابة الفعلية.وتعد التخيلات والهيمنة الخاضعة للسيطرة الكاملة مهمة غالبا، وقد يربط الساديون شريكهم ويقيّدونه بطرائق معقّدة.

وفي المقابل، ينطوي اضطراب السادية الجنسية على واحد أو أكثر مما يلي:

- يشعر الأشخاص بالضيق بسبب سلوكهم أو عدم قدرتهم على العمل بسبب هذا السلوك.
- المضيّ بهذه الأفعال إلى أقصى الحدود، مما يسبب أذى جسديا أو نفسيا شديدا أو حتى الموت أحيانا.
- وتنطوي هذه الأفعال على شركاء لا يعطون موافقتهم .

عند ممارسة السادية الجنسية مع شركاء غير متعاونين، تعد جريمة، ومن المرجح أن تستمر حتى يجرِي القبض على السادي.

ولكن، السادية الجنسية ليست مرادفة للاغتصاب، وهي مزيج معقد من الممارسة الجنسية وتطبيق السلطة على الضحية.يجري تشخيص السادية الجنسية في أقل من 10٪ من المغتصِبين، ولكن في 37 إلى 75٪ من الأشخاص الذين ارتكبوا جرائم القتل بدوافع جنسيَّة.

وتعد السادية الجنسية خطرة بشكل خاص لدى الأشخاص الذين لديهم اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع أيضا.

وتكون معالجة اضطراب السادية الجنسية غير فعالة عادة

- على سبيل الختم:

تعتبر الاضطرابات الجنسية هي مشكلات تتعلق بالجنس تجعل ممارسة الشخص للجنس غير طبيعية، ناقصة، مؤذية لنفسه أو غيره، أو تؤدي به للانزعاج من جنسه الذي ولد فيه، ويتزايد انتشار الاضطراب الجنسي عامًا بعد عام لأسباب متعددة إما لعوامل مرضية أو لمعاناة من تغيرات في الأسرة، لقلة التثقيف الجنسي، للمرور بتجربة جنسية مؤلمة، أو لعوامل أخرى كتوقع الفشل أو الشعور بالذنب تجاه العلاقات الجنسية أو فقدان الانجذاب وخطورة الاضطراب الجنسي تكمن في أنها قد تؤدي بصاحبها إلى حالة من القلق والاكتئاب والحزن الشديد.

المراجع:

غانم، محمد حسن. (2014). الاضطرابات الجنسية. مكتبة الإنجلو المصرية، القاهرة

عبد القادر، محمد(2013)، الاضطرابات الجنسية، الدار المصرية، القاهرة

سيغموند، فرويد(2020). الاضطرابات النفسية: الاضطرابات العصبية- الاضطرابات الجنسية. ترجمة فيصل الزهراوي، دار الفكر للعلوم الإنسانية.الدار البيضاء.

Frédiric, c.(2018). Thérepires comportementales et cognitives. Dunod. Paris

Iceta, s.(2020). Principales dysfonctions sexuelles :définitios et prise en charge. Dunod. Paris.

الاضطرابات الجنسية من مفهوم المقاربات
(السلوكية، المعرفية، المعرفية السلوكية، البيونفسية اجتماعية، الثقافية)

Sexualdisorders from the concept
(cognitive-cognitive behavioral-biophysiological.social.cultural approches)

ط د عبد الحميد حريزي /جامعة 8 ماي 1945 قالمة /الجزائر
ط د ماضي هالة ياسمين/ جامعة 8 ماي 1945 قالمة /الجزائر

ملخص الدراسة:

اهتم العلماء منذ الأزمنة الغابرة بدراسة السلوك الإنساني السوي وغير السوي، من أجل وصف العلاج المناسب وتقديم المساعدة للمرضى النفسيين، بعد تحديد للاضطرابات النفسية،الجنسية والعقلية منها، من أجل الخروج بالفرد من بوتقة السلبية والاضطرابات إلى تحقيق الذات والتفوق، وعليه ظهرت عدة مقاربات تحليلية اهتمت بالاضطرابات الجنسية بصفة خاصة.

تهدف هده الدراسة إلى تسليط الضوء على الاضطرابات الجنسية من مفهوم المقاربات سواء كانت سلوكية، معرفية، معرفية سلوكية، بيونفسية اجتماعية، أو ثقافية.

الكلمات المفتاحية: السلوك الإنساني، الاضطرابات، الاضطرابات الجنسية، مفهوم المقاربات.

Abstract:

Scientistes have been Sinc ancien times in standing normal and anormal humane Beauvoir in ordre to prescrive appropriâtes traitement and provider assistance to mental patients after identifiant psychologique discorder sexuel and mental onces in ordre to gent the individuel out of the cruciale of négativité and discorderas to self-réalisation and excellence and accordingly several anal tical approches émerge That focus éd on particulaire sexuel discorder.

This study aimes to shed light on sexuel désordres frome the concept of approches Werther behavioral cognitive cognitive behavioral sciol or cultural.

Keywords: Humane behavior. Sexucal discorder. Concept of approches.

مقدمة:

ميز الله البشر بالعقل، فالجنس بالنسبة إليه يختلف عن باقي الأجناس الأخرى، كما انه يعتبر وظيفة بيولوجية لحفظ الحياة واستمرارها لخلافة الأرض، فهو كذلك وظيفة اجتماعية

ونفسية ومصدر متعة، فالجنس بالنسبة للإنسان وظيفة ومتعة متاحة لكل البشر مهما كانت أوضاعهم ومكانتهم، فالجنس البشري دائما بحاجة لممارسة الجنس، والبحث على فرص الحصول على العلاقات الجنسية، ونتيجة لارتباط الجنس بالأنساق الأخلاقية وأنساق الدين أصبح يمارس بكثير من التحفظ والتوجس والمخاوف، وأحيانا مصحوبا بمشاعر الذنب ، فهو من الموضوعات التي أثارت العديد من الأقوال والأساطير فمنها من يرى أن المرأة هي أساس العملية الجنسية، والبعض الأخر اعتبرها من الأساطير وربطها بدور الرجل، وظل الحديث عن الجنس من الطابوهات ومن الموضوعات التي ترتبط ارتباطا وثيقا بالعيب والحياء بالرغم من أنه غريزة ودفعة فسيولوجية تؤدي الى نشاط هدفه الأسمى التناسل واستمرارية الحيات والمحافظة على النوع، أما الإشباع الجنسي لكل من الزوج والزوجة يقود الى أهم مظهر من مظاهر الصحة النفسية، ففي المجتمعات الغربية أضيفت للمناهج التعليمية التربية الجنسية، لكن مع انتشار وسائل الاتصال الحديثة بظهور الانترنيت أخذ الجنس يأخذ مناحي أخرى، فظهرت الاضطرابات الجنسية في مختلف المجتمعات ، وبالمقابل ظهرت مقاربات علاجية لهذه الظاهرة .

أولا: المفاهيم :

السلوك الإنساني :

عامة السلوك هو أي فعل أو استجابة من قبل الإنسان أو الحيوان لمؤثر داخلي أو خارجي و يكون قابل للملاحظة و القياس .(سيد عويس ، 1977،ص 20)

يعني السلوك التصرفات الملحوظة لدى كل من الإنسان و الحيوان تشمل هذه السلوكيات ; الأكل ,التحدث, الضحك ,الجري ,القراءة, و النوم. و العمليات العقلية غير القابلة للملاحظة المباشرة و التي ترمز إلى مجموعة معقدة من العمليات العقلية كالتفكير, التصور, التعلم ,و الحلم.

و يستخدم مصطلح السلوك بعدة طرق في علم النفس, غالبا ما يعني طريقة أو أسلوب, لكن يمكن أن يعني حالة انفعالية أو سيرورة معرفية .

تميل التعريفات إلى التركيز على الجوانب الظاهرة في السلوك, و التي لها تأثير على المحيط الخارجي للفرد ,و لهذا تعتبر الطريقة الوحيدة لقياس السلوك هو ملاحظة التغيرات المحيطة به.

غير أن هذه السلوكيات الداخلية كالتفكير و الشعور و الإدراك .... الخ أيضا تعد سلوكيات لكن لكونها غي قابلة للملاحظة و ليس لها تأثير ملموس على المحيط تغيب في التعريفات العلمية للسلوك.

بذلك فإن السلوك عملية كلية متكاملة تظم الجوانب المعرفية و الوجدانية و الحركية .(طارق الطاهري،1982،ص125)

1- جانب معرفي : و يضم العمليات المعرفية كالإدراك و التمثيل و التفكير ... الخ
2- جانب انفعالي :و يعني الحالة الانفعالية التي تصاحب السلوك.
3- جانب حركي : و هي كل العمليات اللفظية أو الرمزية

-الاضطرابات الجنسية:

الاضطراب: يعرف الاضطراب في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي بأنه يعني الفساد أو الضعف أو الخلل، كما يعرف في مجال علم النفس الإكلينيكي على أنه سوء توافق الفرد مع ذاته ومع الواقع الاجتماعي الذي يعيش فيه، بصفة عامة الاضطراب هو خروج الفرد عن المألوف، ونقصد به هنا أن الفرد ينحرف برغبته الجنسية ويعمل على إشباع هذه الغريزة .

تعددت تعريفات مفهوم الجنس الا أنه يمكن تعريف الجنس كما ورد في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي هو عبارة عن الجنسين الذكر والأنثى الذين خلقهما الله لتعمير الأرض ،كما يمكن أن نميز أنواع منها اضطرابات الخيال الجنسي ،التلصص، الانتصاب على الغرباء...

بالتناسل عن طريق العلاقة الجنسية، وهو كذلك التزاوج بين الجنسين، وممارسة الجنس للإشباع الدوافع البيولوجية والمكتسبة لتحقيق النشاط الجنسي والعاطفي لتكاثر الأفراد واستمرار تعمير الأرض بالتوارث.(طريف شوقي،عادل هريدي، 2004، ص19)

مفهوم المقاربات:

المقاربة هي أطروحات نظرية لا ترقى إلى درجة النظرية فهي تمثل مرحلة من مراحل النظرية وهي عبارة عن بناء فكري يهدف إلى الربط بين النظري، كما نميز أنواع من المقاربات، فنجد المقاربات السلوكية والتي تعتمد على جعل عملية التعليم على شكل تدريب أوتوماتيكي(إبراهيم ألعبيدي،عبد الله خليفة،1992)، حسب سكاينر فهي تعتمد على الفعل والفعل المضاد، فهم يعتبرون أن السلوك لا يتغير عن طريق تفاعلات داخلية أي تحدث داخل الإنسان، بل تحدث كإجابة على تغير العوامل الخارجية أي المحيط أو الخارج على سلوك المتعلم، كما نجد المقاربة الإدراكية التي تعطي أهمية للمتعلم وتعتبر قدرة الإنسان الإدراكية فعلا موجبا.

ثانيا : أنواع الاضطرابات الجنسية:

1-الضعف الجنسي المرتبط بالإدمان: يتأثر بتناول الشخص للكحول والمسكنات ، مضادات القلق...
2-اضطراب الألم الجنسي: تسببه ألام الأعضاء التناسلية للمصاب بالاتصال الجنسي والذي يحدث أثناء الجماع

3-اضطراب الإثارة الجنسية عند النساء : يحدث هذا الاضطراب من خلال احتقان الحوض وتورم الأعضاء التناسلية الخارجية.

4-اضطراب خلل الأداء الجنسي: حدوث اضطراب في العمليات التي تميز دورة الاستجابة الجنسية، يمكن تقسيم دورة الاستجابة الجنسية الى مراحل وهي مرحلة الرغبة، الإثارة، النشوة، الخمول.

5-اضطراب النفور الجنسي: الكره والتجنب الفعلي للاتصال الجنسي التناسلي مع الشريك.

6-اضطراب الهوية الجنسية: يعمل المصابين باضطراب الهوية الجنسية على إجراء عمليات جراحية لتصحيح الجنس.

7-اضطراب الشذوذ الجنس: تحدث من خلال تخيلات مثيرة جنسيا مفرطة ومتكررة أو دوافع محفزة جنسيا ومن خلال سلوك يتمثل في الاحتكاك الميل الجنسي للأطفال، التلصص الجنسي.

ثالثا: مقاربات تفسيرية لأسباب الانحر افات الجنسية:

1 -المقاربات النفسية:

نتناول في هذا الصدد مقاربة فريد حيث يرى أن البشر كائنات بيولوجية دافعهم الرئيسي هو إشباع مطالب وحاجيات البدن وأن الإنسان بطبعه يعيش صراعا بين أن يكون حيوان وبين أن يكون اجتماعيا حيث يعيش في مجتمع ويريد أن يعبر عن احتياجاته البيولوجية بأساليب تتفق مع متطلبات دوره في الحضارة والثقافة.فنجد فرويد ميز بين الغرائز الجنسية والطاقة النفسية هذه الأخيرة لا تختلف عن الطاقة البدنية وكل منهما يمكن أن يتحول إلى الصورة الأخرى(جيمس كوردوفيا، نيل جاكسون،2002ص221)، فالغرائز تكون الطاقة النفسية فهي تحول الطاقة البدنية إلى طاقة نفسية، وأن الغريزة الجنسية تستهدف المحافظة عن النوع ، كما نجد فرويد يفرق بين الجنسية، فيذكر الجنسية الذاتية، الجنسية الغيرية، جنسية مثلية، جنسية حيوانية. كما يعتبر في مقاربته الجنسية أن السلوك الإنساني يسوده الغموض والالتواء وهذا من خلال معالجته للحالات المرضية ، حيث يلجأ الفرد الى استخدام العدوان كأحد الدفاعات الرئيسية التي تستجيب بها الشخصية في حالة اختلال التوازن النفسي وقدرتها على وضع حلول ملائمة للمواقف، وفي حالة فقدان الضبط الذاتي والشعوري.كما أن العدوان والجنس هما أكبر دافعين تنالهما يد الرقابة بالتحجيم والتقليل والتهذيب.فنجد أن الفرد يستبدل السلوك بسلوك أخر وهذا السلوك الآخر الذي يحله الفرد محل السلوك المحيط أو المعاق يكون سلوكا سبق تكوينه في صورة قهرية في مرحلة سابقة من النمو (الشناوي، 1994)

2 المقاربات الاجتماعية والثقافية:

يؤكد علماء الاجتماع على أثر البيئة والظروف والمناخ الثقافي الذي يساهم في خلق العديد من صور الانحرافات، فالصبي الصغير تبدو عليه بعض مظاهر الأنوثة والنعومة قد يكون قد سمع من ينعته بالأنثى، هذا ما يجعله متنبها الى الفتيات ويميل الى تقليدهن، وهذا ما يجعل الكثير من العوامل الاجتماعية والحضارية تساعد على الانحرافات الجنسية، كما يساعد عدم التفريق بين المراهقين على ذلك.كما أن طول التواجد في السجون مثلا يؤدي الى الانحرافات الجنسية، فتكثر الجنسية المثلية، أو العادة السرية، الاحتكاك بالآخرين، وقد يؤدي إلى حدوث جرائم الاغتصاب إضافة إلى وجود العديد من جرائم الاغتصاب مما يؤدي إلى اضطرابات نفسية ، كما أن للإعلام دور سلبي حيث نجد منه من لا يراعي الأخلاق من خلال ما يعرض على المشاهدين من بث قيم استهلاكية وجنسية فنجد أن الراقصات أصبحت أكثر شهرة ونفوذ من العلماء،فكل هذا وغيره يساهم في اللجوء إلى صور متعددة من الانحرافات الجنسية، والتي أصبحت متعددة ومتشابكة.فالمقاربات الاجتماعية تعطي بعدا كبيرا للبيئة الاجتماعية ويتضح ذلك أثر ذلك في حدوث اضطراب جنسي.

من أهم الاتجاهات الاجتماعية التي تم التأكيد عليها في هذه المقاربة نجد:

- المناخ الأسري ومدى حدوث أو عدم حدوث تفكك أسري وانحلال أخلاقي للوالدين وانعكاس ذلك على الأبناء
- طريقة تنشئة الأبناء وإمكانية رفض الوالدين أو فرض الحماية وغيرها من مظاهر التنشئة الاجتماعية
- دور المدرسة والأقران وانعكاس ذلك على إمكانية انحراف الفرد .
- البيئة الحضارية والصراع الثقافي وسهولة الإيقاع وانعكاس ذلك ثقافيا ونفسيا على الفرد.

رابعا: علاج الاضطرابات الجنسية:

1/ العلاج النفسي:

يعتمد العلاج النفسي على تقديمه للعديد من الأساليب والفنيات العلاجية التي تسهل التعامل مع المشكلة بالرغم من تعدد المدارس والاتجاهات العلاجية فإننا نلاحظ كثيرا من العوامل والخصائص المشتركة تجمع بين هذه الاتجاهات العلاجية التي نلخصها في النقاط المركزة التالية:

*كل الاتجاهات العلاجية تعمل على الاهتمام بالعالم الشخصي الداخلي للفرد المضطرب أو أصحاب المشكلة، وأن جميع الاتجاهات العلاجية تهتم بالبيئة النفسية الداخلية للفرد،

*التخفيف من مشاعر القلق لدى الشخص ذي يعاني من الاضطراب، حتى لو أثارت بعض الفنيات العلاجية القلق لدى المريض فان ذلك يكون بهدف علاجي، وأن جميع المعالجين في الاتجاهات العلاجية يهدفون الى تخفيف مشاعر المريض بالقلق.

*إقامة علاقة وثيقة بالمريض كوسيلة للتغيير الايجابي، وعلبه فان مبدأ الطرح وكذلك الطرح المضاد حتى يمكن التعامل بكفاءة وفعالية وموضوعية مع المشكل التي يتعرض لها المريض تقديم تفسير أو توضيح لأسباب المشكلة ومصادرها من خلال الكشف عن العوامل الممكنة والمسئولة عن احاث الاضطرابات لديه، مع العلم أن بعض المدارس العلاجية تعتمد على تسمية العقد العلاجي الذي يتم بين المريض والمعالج، كما تحدد شروط وكذلك حقوق كل واحد.

*منح المريض كل الأمل في التغيير الايجابي، وأن منح المريض الأمل في الشفاء وتجاوز الأزمة .مع تحسسه بأن كل المشاكل قابلة للحل عندما يتفاعل الشخص بشكل ايجابي مع الطبيب المعالج، وهذا الأخير يبذل كل جهده من أجل إحداث ذلك التغيير وبالتالي يصبح الفرد أكثر تحررا وتوافقا واتزانا مع نفسه ومع الآخرين.(محمد حسن غانم،2002،عبد الستار ابراهيم1988)

ب/ العلاج النفسي للاضطرابات الجنسية:

يعتمد هذا النوع من العلاج على التحليل النفسي من خلال النظر إلى الاضطراب الجنسي على أن:

-المشكلة التي يعاني منها الفرد هي نتاج صراع لاشعوري أو خبرة سابقة مكبوتة

-أن المشكلة لها علاقة بالمرحلة الأوديبية للنمو

-لا بد من الوقوف على المعتقدات الشعورية واللاشعورية للفرد

-الأنشطة والميول الجنسية التي يفضلها الشخص ومدى إشباعها لاحتياجاته النفسية والجنسية.

وعليه يمكن القول أن العلاج عن طريق التحليل النفسي تستغرق وقتا طويلا ذلك العلاج بالتحليل يهدف إلى التعامل بالأسباب وليس الأعراض.

رغم اعتراض العديد من الاتجاهات العلاجية السلوكية على علاج الاضطرابات الجنسية بواسطة العلاج بالتحليل الآ أننا يجب الأخذ بعين الاعتبار وجود بعض اضطرابات المتجذرة في ديناميات الشخص، ناهيك عن العلاج بالتحليل النفسي لا تتوافر أدلة علمية كافية من خلاله على نسب شفاء، الا أن ذلك لا يمنع من إمكانية الاتكاء في علاج بعض الحالات على استخدام العلاج بالتحليل النفسي.(محمد حسن، 1994،239).

2 العلاج النفسي السلوكي للاضطرابات الجنسية:

وتعد الفنيات العلاجية النفسية السلوكية وهي الأشهر في مجال الاضطرابات الجنسية مثل استخدام فنيات الاسترخاء وكذلك منهج التحصين المنهجي لعلاج حالات العجز، كما يمكن استخدام أكثر من فنية لمعالجة الاضطرابات الجنسية حيث كثرت أنواع مختلفة من العلاجات الجنسية مثل طريقة ماسترز وجونسون .

خاتمة:

ان الاضطرابات الجنسية من المشكلات الاساسية التى يحاول علماء النفس فهمها و كشف دلالتها فى الحياة النفسية للانسان ، حيث تحاول الابحاث التعرف على المشكلات المختلفة فى الحياة الجنسية و تفسيرها وفق مختلف المقاربات التحليلية ، الثقافية و الاجتماعية و كدلك طرق العلاج المناسبة لها ، حيث يعتبر أمراً صعباً ، إذ أنه يرتبط بالعديد من العوامل التى تشكل جوهر علاقة الإنسان بالاخر.

المراجع:

1- ابراهيم لعبيدي، عبد الله خليفة، بعض المحددات الأسرية و الإجتماعية لتأخر زواج الفتيات، دراسة ميدانية، مجلة العلوم الإجتماعية، المجلد العشرين، الكويت،ص37.
2- جيمس كردوفا،نيل جاكسون، الكدرالزواجي، ترجمة هدى جعفر في كتاب مرجع اكلينيكي في الاضطرابات النفسية، دليل علاجي تفصيلي، ص215.
3- محمد محروس الشناوي، نظريات الإرشاد و العلاج النفسي، القاهرة، دار غريب للطباعة و النشر و التوزيع،1994،ص188.
4- مصطفى زيور، مصطلح الجنس في معجم العلوم الإجتماعية، القاهرة الهيئة المصرية العامة للكتاب، ص215
5- نجية اسحاق عبد الله، البغاء و سيكولوجية الشخصية، رسالة ماجستير، كلية علو النفس، عين شمس، ص96.

التربية الجنسية والاضطرابات الجنسية

Sex education and sexual disorders

د. بن عشي سعيدة /جامعة عباس لغرور خنشلة/ الجزائر

saidabenachi@yahoo.fr

الملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى إبراز أهمية ودور التربية الجنسية في الوقاية من مختلف الاضطرابات الجنسية، لأنها تعتبر مكون هام من مكونات التنشئة الاجتماعية ،والتي من المفروض أن تضمن للفرد منذ مراحل عمره الأولى ما يطلق عليه التنميط أو التطبيع الجنسي أي تتحدد هويته ودوره الجنسي وفق جنسه التشريحي كذكر أو أنثى ويتصرف وفق ذلك، ما يجعل الفرد لاحقا أبعد ما يكون عن الإصابة بمختلف الاضطرابات الجنسية سواء تلك المتعلقة باضطرابات الهوية الجنسية أو اضطرابات التفضيل الجنسي.ويبتعد بذلك عن أي صراع متعلق بالمطابقة بين ماهو عليه وما يجب أن يكون عليه، أو ذلك المتعلق بطبيعة وطريقة الحصول على الإشباع الجنسي.

الكلمات المفتاحية: التربية الجنسية ،الاضطرابات الجنسية،التطبيع الجنسي،اضطرابات الهوية الجنسية،اضطرابات التفضيل الجنسي.

Abstract:

This study aims to display the importance and role of sex education in the prevention of various sexual disorders, since it is considered an important component of socialization, which is believed to ensure the individual from the earliest stages of his life what are called stereotypes or sexual normalization, that is to say, his identity and his sexual role are determined according to his anatomical sex as male or female and acts accordingly, which makes that the individual is later removed from suffering from various sexual disorders, whether related to gender identity disorders or sexual preference disorders. Thus, he moves away from any conflict related to conformity between what he is and what he should be, or that related to the nature and method of obtaining sexual satisfaction

Key words: sex education, sexual disorders ,sexual identty disorders.sexual preference disorders

مقدمة:

تعتبر الغريزة الجنسية غريزة لها من الأهمية والخصوصية في آن واحد ما ليس في باقي الغرائز فبالإضافة إلى أنها أساس الاستمرار والبقاء إلا أنها تأخذ عدة أشكال غريزية أخرى بدأ من الشهوة والتي تجلب الذكور للإناث إلى العاطفة بينهما ثم الانجاب وأخذها شكلا راقيا ضمن العائلة والحب الأسري لإشباع غريزتي الابوة والأمومة.

وسنرى من خلال ما سيأتي أهمية موضوع التربية الجنسية لأنه وحسب قول محمد حسن غانم2007 فالغريزة الجنسية تتطلب التدريب والتعلم من أجل الاشباع ،وهنا يأتي دور المجتمع ومن خلال الأسرة تعمل على إعطاء أدوار للذكور مختلفة عن تلك المنوطة بالاناث وهذا ما يعزز الهوية الجنسية وكلما كانت التنشئة سليمة كلما كان الطفل أبعد ما يكون عن أزمات الهوية والإصابة بمختلف أشكال الاضطرابات الجنسية.

مشكلة الدراسة:

من المؤكد أننا نعيش حاليا أزمة أو أزمات جنسية بمعنى الكلمة خاصة في ظل تسييس موضوع الجنسية المثلية ومباركته بسن القوانين المشجعة- بطريقة كامنة وعلنية- على هذه الانحرافات اين خطت الو م ا وبعض الدول الأوروبية خطوات جبارة لجعل هذا الامر أمرا طبيعيا ضمن خيارات الفرد الجنسية في ظل قانون احترام الحريات الشخصية ولا يخفى على احد المشكلات الصحية والأخلاقية الناتجة عن ذلك

وانتشار هدا النوع من الاضطرابات وغيرها طرح ولازال يطرح تساؤلا هاما متعلقا بموضوع التربية الجنسية الذي وجدحيزا كبيرا ضمن المناهج التربوية خاصة في الدول الغربية ولقى ما لقى من دعم وفي المقابل بدأيلقى مؤخرا عدة انتقادات حتى من طرف أولياء الاطفال لما قد تحدثه من انحلال أخلاقي مبكر للاطفال لأبنائهم، وما هو ملاحظ في الدول الغربية أن محتوى التربية الجنسية المقدم في المدارس أدى إلى بعض التفتح المبكر عن العلاقات الجنسية'.

حقيقة الهدف الأساسي من التربية الجنسية السليمة والسوية الوصول بالفرد إلى السواء في تعاملاته مع الجنس الاخر وتحقيق التكامل وإعداد أسر طبيعية ناجحة وهادفة تحوي امرأة ورجلا وأبناء تضمن استمرارية ورقي الجنس البشري وانطلاقا من هذا نطرح التساؤلات التالية:-ما أهمية وأهداف التربية الجنسية؟

-كيف للتربية الجنسية غير السوية أو الغائبة أن تؤدي إلى اضطرابات جنسية سواء تلك المتعلقة بمواضيع التفضيل الجنسي أو مشكلات اضطراب الهوية الجنسية؟

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن أهمية ودور التربية الجنسية السليمة في الوقاية من الاضطرابات المتعلقة بالسلوك الجنسي

أهمية الدراسة:

تعود أهمية الدراسة الحالية إلى توسيع وتطوير النظرة لأهمية موضوع التربية الجنسية السليمة الهادفة إلى الرقي الأخلاقي للسلوك الجنسي البشري والاشكال المطروح هنا محتوى وطريقة القيام بهذه التربية في موضوع حيوي غريزي فلايمكن القول بأن الحديث للاطفال عن العلاقات الجنسية بين الرجل والمرأة او بين المراة والمرأة والرجل مع الرجل واستخدام الواقي لتجنب الحمل وتجنب الإصابة والعدوى من الأمراض الجنسية تربية لأن التربية في أصلها تعني الرقي والزيادة والنمو . فليس هذا من التربية الجنسية في شيء لأنه يتنافض وأهدافها السوية .

ومما سبق استمدت الدراسة الحالية أهميتها والحاجة إليها من أجل تربية جنسية سليمة تجعل الفرد بعيدا عن الإصابة بأي نوع من الإشكالات المتعلقة سواء بالهوية الجنسية أو مواضيع التفضيل الجنسي أو حتى الامراض الجنسية الجسمية.

1. تعريف التربية الجنسية:

يرى محمد الحاج علي انه مخطيء من يعتقد ان التربية الجنسية هي شرح لتركيب الأعضاء التناسلية وتبيان وظائفها، بل هذا جزء من التربية الجنسية ،لانها لا تبدا بنضج هذه الأعضاء بل تبدا من المراحل الأولى من النمو. (محمد الحاج علي، ص01)

التربية الجنسية في معناها العلمي الحديث تشمل جانبين أساسيين من الحياة هما:الحقائق الجنسية البيولوجية الصحيحة والرعاية الجسمية التي تساعد الفرد لتكوين اتجاه سوي يقوم على الحقائق ويؤثر في سلوكه ويرتبط ارتباطا مباشرا بمعايير الجماعة وقيمها الخلقية في إطارها الثقافي (السيد فؤاد البهي في دربال مليكة ، 2016،ص133) .

فالملاحظ ان جميع ضروب وانشطة الحياة الجنسية امتزجت بالحياة الاجتماعية امتزاجا يكاد يخفي طبيعته البيولوجية وترتب عن هذا حسب مخمد حسن غانم تعرض السلوك الجنسي لألوان من الانحراف وأشكال من الشذوذ حسب ما يطرأ على الحياة الاجتماعية. (محمد حسن غانم، 2007،ص 18).

منظمة الصحة العالمية تحدثت في عدة تقارير لها عن الصحة الجنسية لما لها من تاثير كبير على نواحي متعددة في حياة الأشخاص كالنواحي الاجتماعية والاقتصادية ما يؤثر عموما على تطور الأمم وترى انه يجب ممارسة الحياة الجنسية بطريقة يملؤها الحب .و الاحترام.(علي مدكور ،دس ،ص14) .

إن الممارسة الجنسية يجب ان تكون في إطار الزواج والذي بدوره يهدف إلى تحقيق الأهداف التالية طبعا بدا بالاشباع الجنسي إلى:

-المحافظة على التوع الإنساني من الانقراض.

-المحافظة على الانسان من الضياع واختلاط الانساب والآثار النفسية والاجتماعية الناجمة عن الانساب المختلطة وهو ما هو منتشر كثيرا في البلاد غير الإسلامية اين بستخدم تحليل الحمض النووي ADN لمعرفة الاب البيولوجي.

-حماية المجتمعات من الانحلال الأخلاقي.

-المخافظة على الصحة المجتمع من الامراض خاصة الجنسية منها من الزهري والايدز وغيرها.....الخ..

2. **أهداف التربية الجنسية:**

إن الهدف الأساسي للتربية الجنسية هو إعداد الشباب للتعامل مع مراحل حياتهم الجنسية بنجاح مما يزودهم بالخبرات الجنسية والاتجاهات العاطفية السامية والعادات الصحية المفيدة. (محمدحسن غانم، 2007 ، ض18)

بالعودة إلى ماكتب حول الأهداف يضيف محمد الحاج علي ما يلي:

-العناية بالفرد وتفهمه ورعايته كي يتفهم طبيعته الجنسية ونموه الجنسي بتقديم المعلومات الصحيحة.

-تنمية المواقف والاتجاهات الجنسية الإيجابية لدى الجنسين منعا للشذوذ.

-تنمية قدرات الفرد على ضبط دوافعه الجنسية .(محمد الحاج علي.دس .ص02)

ويضيف علي مدكور أن التربية الجنسية السليمة تساهم. في بناء الشخصية السوية خلقيا واجتماعيا وعقليا وجسميا وشعوريا.(علي مدكور،دس . ص14)

والسؤال الذي يمكن طرحه هنا هو:

3. **الأسرة والتربية الجنسية السليمة؟**

في البداية لا بأس الإشارة إلى أن التربية الجنسية في الإسلام تتماشى ومراحل النمو المختلفة فتبدأ بتعليم الاستئذان قبل الدخول على الغير إلى الحرص على نظافة الأعضاء التناسلية لتتحقق بها الطهارة التي تعطي للفرد صحة جسمية وورحية وستر للأعضاء الجنسية (ستر العورة) أو ما يوحي لها وصولا إلى الإشباع الجنسي المباح. ويقول محمد حسن غانم أن الوصول إلى الاشباع الطبيعي الصحي والمباح يتطلب تدريبا وتعلما (محمد حسن عانم،2007،ص).

ليس من السهل الحديث للأبناء عن التربية الجنسية من طرف الأولياء نظرا لأن موضوع الجنس يوتبط عند الكثير بتصورات اجتماعية متعلقة بالانحلال الأخلاقي، ولكن يغيب عند الكثيرين

من هؤلاء أن التربية الجنسية قبل أن تكون جنسية فهي تربية وتنشئة اجتماعية ودينية واخلاقية. وتتحقق من خلال ما يسمى بالتنميط او التطبيع الجنسي.

تلعب الاسرة دورا قاعديا أساسيا مهما باعتبارها مؤسسة التنشئة الاجتماعية الأولى في تعليم الطفل السلوكيات والاتجاهات والأدوار المناسبة اجتماعيا لجنسه كذكر أو كأنثى ومن خلال ذلك يتعلم المعايير الجنسية للدور فيتقبلها نفسيا هذا ما يكسبه هوية جنسية طبيعية وليست منحرفة أو شاذة.

وتضيف دربال مليكة أن التفريق الذي تتعامل به االأسرة حسب الفوارق الجنسية من قبل ان يدركها الطفل نفسه من قبيل طريقة اللباس ونوع الألعاب المقدمة....الخ تجعله يتدرب على اكتساب الدور الملائم لجنسه متوافقا مع عادات وقيم المجتمع الذي يعيش فيه.(دربال مليكة،،2016.ص 134) هذا ما سيؤدي إلى تشكيل هوية جنسية سليمة.

تشكيل هذه الهوية تجعل الطفل متعاطفا مع جنسه وراضيا عنه وانه إن كان ولدا فسيصبح رجلا مستقبلا ويعرف ما تتطلبه الرجولة من وظائف يجب القيام بها ، وإن كان بنتا فستصبح امرأة وتعرف ما تتطلبه الانوثة من أدوار خاصة الأدوار الجنسية. .(علي الحاج محمد، ص17).

إن الأسرةالتي يحترم فيها الأب دوره كرجل وكزوج وكأب وتحترم فيها الأم دورها كامرأة وكزوجة وكأم تخلق مناخا نفسيا للأبناء يسمح لهم بتقمص أحد الوالدين وفق جنسهم كذكور أو كإناث وكلها أمور تعزز سلامة الهوية الجنسية و من ثم يصبح الأبناء أكثر جلدا في مواجهة التيارات الحديثة الداعمة للشذوذ والانحراف والتحول الجنسي وتذكير الإناث وتأنيث الرجال وما ينجر عنه من مآسي نفسية واجتماعية وأخلاقية وغيرها.

4. التربية الجنسية والاضطر ابات الجنسية:

المتعارف عليه علميا أن تفسير السلوك الإنساني يعود إلى مزيج من عدة عوامل خاصة الاجتماعية منها والمتعلقة بالتنشئة والضوابط الأخلاقية فلقدجاء في القرآن الكريم في سورة العنكبوت الآية27/ 28 **قوله تعالى:"ولوطا إذ قال لقومه إنكم لتاتون الفاحشة ما سبقكم بها من أحد من العالمين (27)أئنكم لتاتون الرجال وتقطعون السبيل(28)"** وفي سورة الأعراف: **قوله تعالى:" ولوطا اذ قال لقومه أتاتون الفاحشة ماسبقكم بها من أحد من العالمين(79) إنكم لتاتون الرجال شهوة من دون النساء بل انتم قوم مسرفون(80) وماكان جواب قومه إلا أن قالوا أخرجوهم من قريتكم إنهم أناس يتطهرون(81)"** يتبين من هذا أن هذا السلوك مخالف للطبيعة

والفطرةالبشرية وماتهام من يخالفهم بالتطهر إلا دليل على ذلك ولهذا قال بعض الدارسين أن هذه هي أغرب تهمة في التاريخ .

يقودنا الحديث إلى النظرة العلمية الحالية للاضطرابات الجنسية خاصة مايتعلق يالجنسية المثلية التي لاقت ترحيبا في بعض الأوساط الدولية بالأخص بعض الدول من أوروبا والوم ا وبعض الدول العربية والتي اعتبرت أصحاب هذا الانحراف او الاضطراب أقلية جنسية يجب حمايتها وإعطائها الحق في االزواج المثلي وتبني أطفال وتشكيل عائلة كالعائلة السوية مدعمة بعلماء وسياسيين وقضاة ورجال دين واشخاص عاديين.

يعود كل هذا التأييد إلى انتشار بعض الادعاءات العلمية التي أقرت بوجود مورث (جين) مسؤول عن ذلك ،إذن هذه هي طبيعية هذه "الأقلية" وليس الأمر خيارا أو إرادة ،قبل ذلك كانت المبررات تدخل ضمن الحرية الشخصية والحق في اختيار الشريك الجنسي الذي ينجذب إليه، لكن النظرة الأخلاقية اتجاه هؤلاء جعلتهم يبحثون له عن سبب أكثر إ قناعا يجعلهم مقبولين من الغير.

لم تلبث هذه النظرة طويلا حتى تم إصدار الطبعة الخامسة من كتاب يعتبر ردا علميا واضحا وصريحا وموثوقاً بعنوان: "هل جيناتي جعلتني هكذا؟" عام 2018 من تأليف نيل وايتهيد وباربرا وايتهيد، أين توصلا بعد عدة إصدارات بدأ من عام 1978 إلى أنه لا توجد أي طريقة يمكن من خلالها للجينات إملاء الجنسية المثلية ،وأكدت الدراسات في هذا الكتاب أن الشذوذ الجنسي قضية بيئية ثقافية وليست جينية . ولقد أشارت أيضا عالمة الاجتماع اميباتلر ان عدد الشواذ في تزايد مستمر وهذاما جعلها تتوصل إلى أن للعوامل الإعلامية والاجتماعية والسياسية دوراكبيرا في تحديد الميولات الجنسية ولوكانت العوامل جينية لبقيت النسب ثابتة.

الأهم في هذه الدراسة أنها توصلت إلى حتمية إمكانية التغيير وعودة المثلي أو الشاذ إلى الحالة الطبيعية . (مركز البحوث والتواصل المعرفي ،2022).

5. الاستنتاجات والتوصيات:

لما كان هدف الدراسة الحالية التعرف والكشف عن أهمية التنشئة والتربية الجتسية السليمة كعامل وقاية من االاضطرابات الجنسية سواء تلك المتعلقة بالهوية الجنسية أو بالتفضيلات الجنسية وذلك من خلال أساليب تندرج ضمن ما يسمى التنميط أو التطبيع الجنسي الذي يتماشى مع طابع الذكورة أو الأنوثة الموجود في كل خلية من خلايا الطفل منذ تكوينه وهو جنين والذي يعطيه الصفات الجنسية الأولية من جانب تشريحي وصفات جنسية ثانوية متعلقة

بالخصائص الذكورية والخصائص الانثوية من جانبها الفيزيولوجي والمورفولوجي والسيكولوجي والشخصي.

ومن هذا المنبر نحاول لفت انتباه المتخصصين خاصة في علم النفس المرضي إلى إعادة تصنيف هذا التوع من الاضطرابات وفق الأدلة العلمية الحديثة وجذب انتباه القائمين على صياغة محتوى المناهج الدراسية باعتبار المدرسة مؤسسة تنشئة اجتماعية مكملة لدور الأسرة، ولها بالغ التأثير على المتمدرسين ويكون المحتوى متماشيا مع الأهداف الراقية للتربية الجنسية وليس من الضروري أن تكون ضمن مادة تحمل اسم التربية الجنسية لأن الهدف ليس التسمية و وإنما تهذيب الغريزة الجنسية في كل جوانبها من أجل تحقيق الهدف من وجودها في الإنسان ،وإن لم تلعب الأسرة والمدرسة وباقي مؤسسات المجتمع دورها ستلعب وسائط أخرى هذا الدور ولكن بهدف الانحلال الأخلاقي والإباحية.

قائمة المراجع:

المصادر:

القرآن الكريم.: سورة العنكبوت، سورة الأعراف.

المراجع:

محمد، الحاج علي. (دس). التربية الجنسية،دراسة تحليلية تربوية ،نفسية اجتماعية،خلقية بيولوجية ونفسية ، 107،(1)، 01-02 http ;//www.noor .book.com

محمد، حسن غانم. (2007). الاضطرابات الجنسية:تعريف بالانحرافات ،التشخيص ، الأسباب ، الوقاية العلاج: مكتبة الانجلو مصرية. مصر.17-18 .http ;//www.noor .book.com

مليكة. بن دربال. (2016). التربية الجنسية والانحراف الجنسي .مجلة متون .المجلد9.العدد 03. تم نشر المقال https://www.asjp.cerist.dz › downArticle2016/09/14

مركز البحوث والتواصل المعرفي (2022). هل للجينات دور في الشذوذ الجنسي ؟.articl ;https://alwatannews.net 2022/1/3 تم التحميل يوم 2023//04/11 على الساعة 14:15

علي، مدكور،. (دس). التربية الجنسية للابناء. سلسلة سفير التربوية ، رؤية إسلامية .ج1 13-14 http ;//www.noor .book.com

اضطراب الهوية الجنسية (الجندرية) من وجهة نظر نفسية تحليلية

Sexual identity disorder (Gender) from an analytical psychological point of view

د. أوترباح فوزية/ جامعة الجزائر2 / الجزائر

Dr. Outerbah Fouzia/University of Algiers 2/Algeria

ملخص الدراسة:

تتسق الهوية الجنسية لدى غالبية الناس مع البنية التشريحية لأعضائهم الجنسية، غير أن البعض منهم يعيش اضطرابًا في هذه الهوية. ما يدفعهم الى ممارسات جنسية غير اعتيادية ولا مألوفة (كالجنسية المثلية) أو حتى الرغبة في تغيير البنية التشريحية وفقا لهويتهم الجندرية، وهو ما نشهده منتشرا في الآونة الأخيرة لدى العديد من المراهقين الذين يعانون من هذا الاضطراب ورغبتهم الملّحة في اللجوء الى العمليات الجراحية وتناول الهرمونات لتغيير الملامح الثانوية لهويتهم الجنسية. تعد النظرية التحليل النفسي من بين النظريات التي اهتمت بمراحل التطور النفسي الجنسي للفرد، فقد بينت مختلف التغيرات السوية ولا سوية للجنسانيّة الذكرية والأنثوية من خلال مجموعة من المفاهيم، كالسياق التقمصي، طريقة حل عقدت أوديب، التفريق بين الجنسين، الثنائية الجنسية، العلاقة بالموضوع الأول، عقدت الاخصاء وغيرها من المفاهيم التي سنعرضها في هذه المداخلة مع تحديد الاختلال المسبب لظهور الاضطرابات الجنسية أو الجندرية.

الكلمات المفتاحية: اضطراب الهوية الجنسية، جندرية، وجهة نظر، التحليل النفسي.

Abstract:

A majority of people's gender identity is consistent with the anatomical structure of their sex organs, but some live with a disorder in that identity. What drives them to unusual and unfamiliar sexual practices (such as homosexuality) or even the desire to change the anatomical structure according to their gender identity, which we are witnessing most recently among many teenagers with this disorder and their urgent desire to resort to surgeries and take hormones to change the secondary features of their gender identity. Psychoanalytic theory is one of the theories that has been interested in the stages of an individual's psychossexual development s sexuality through a range of concepts, Such as identification context, solution method of Oedipus complex, gender differentiation, bisexuality, The relationship to the first object, the castration complex and other concepts that we will present in this communication while identifying the disruption that causes the appearance of sexual or gender disorders.

Keywords: Sexual identity disorder, Gender, Point of view, Psychoanalysis.

مقدمة:

لقد استفحلت في الآونة الأخيرة العديد من الاضطرابات الجنسية في مجتمعاتنا العربية الإسلامية، فأصبحنا نشهد سلوكات مختلفة غير مألوفة خارجة عن الفطرة كتشبه الذكر بالأنثى أو الأنثى بالذكر، تحول الذكر الى أنثى وطلبات لتغيير الجنس الطبيعي السليم الى الجنس المراد التحول اليه... وغيرها من الاضطرابات التي تمس الهوية الجنسية دون أي انزعاج اجتماعي أو ديني ملحوظ.

التطور العلمي والثقافي في المجتمعات الغربية مس ميدان الجنسانيّة ونتج عنه مصطلحات جديدة قديمة كمصطلح "الجندرية". قديم كونه ينبع من هذا الميدان ويعبّر عن جزء منه لأنه يتعلق بالخصائص السلوكية المعبّرة عن ثقافة الفرد المتوافقة مع الذكر أو الأنثى (أبو الرياش، 2006). وجديد كونه أثار جدلا وتغييرا في مفهوم المُغايرة الجنسية (heterosexuality)، في الاختلاف بين الذكر والأنثى وكذلك في الاستمرارية بين الهوية الجنسية والجنس التشريحي.

لقد أثار الاضطراب المشهور للنوع "الجندرية" لصاحبه جوديث بوتلر (Judith Butler) كما أشرنا جدلا لأنه مسّ تنظيم الحياة الجنسية والنظام الراسخ للجنس. فهو اضطراب يخلط بين طبيعة الأشياء والرغبات (Rassial & Chevalier, 2016) مشيرا الى عدم التكافؤ والاستمرارية بين جنس الفرد التشريحي ونوعه ورغباته التي من المفترض أن تكون موجهة نحو الآخر.

هدمت الدراسات حو ل الجندرية أو النوع حجّة الطبيعة والفطرة التي خلق الله عليها الانسان، قال تعالى: "أَقِمْ وَجْهَكَ لِلدِّينِ حَنِيفًا فِطْرَتَ اللَّهِ الَّتِي فَطَرَ النَّاسَ عَلَيْهَا لَا تَبْدِيلَ لِخَلْقِ اللَّهِ ذَلِكَ الدِّينُ الْقَيِّمُ وَلَكِنَّ أَكْثَرَ النَّاسِ لَا يَعْلَمُونَ" (الروم: 30) وقامت بتهديم الروابط بين الجنس والنوع وطرحها لنظام غير متجانس كشرط للتعبير عن النوع والعلاقات بين الجنسين.

ان انتقال الجندر الى المجتمعات الإسلامية أدى الى خلخلت منظومة القيم فيها ومس ثوابته الدينية فانتشرت العلاقات الجنسية الشاذة في سن مبكرة بين الذكور والاناث (الرحيلي، 2016) وأصبحنا نشهد ونسمع باضطرابات جنسية جديدة كالتحول الجنسي وغيرها باسم الحرية وحقوق الانسان.

تفشي هذه الظاهرة فرض علينا كمختصيص نفسانيين البحث في هذه السلوكات المضطربة، التي أصبحت من احدى القضايا الحاسمة. وكأول تجربة لنا في هذا الموضوع سنحاول من خلال هذه الورقة العلمية الالمام بها نظريا، وذلك بتحديد مختلف المصطلحات المتداخلة مع هذا الاضطراب، الإشارة الى بعض النظريات المفسّرة له مع التركيز على نظرية التحليل النفسي باعتبار أنها النظرية التي إستجلت بشكل متسلسل النمو النفسي الجنسي للفرد من قبل الولادة الى الرشد بمصطلحات نفسية خاصة بها تشرح بها النمو السليم والمضطرب للهوية الجنسية أو ما يعرف حاليا بالهوية الجندرية.

تطور مصطلح الجندر أو نوع:

لقد ظهر مصطلح الجندر لأول مرة في ميدان علم النفس والطب العقلي في عيادة ثنائِيْ الجنس أو المخنثين لتحديد الفجوة بين البنية البيولوجية وما تم تسميته لأول مرة ب "أدوار الجنسين" والهوية الجندرية. فقام جون موني (John Money) الأخصائي النفساني الذي كان يعمل في مصلحة طب الغدد الخاص بالأطفال سنة 1955بالتمييز بين الجنس والنوع (أو الجنس والجندر)، أما روبرت ستولر (Robert Stoller) فقام بالمعارضة بين الجندر والجنسانية (Rassial & Chevalier, 2016, p.13) غير أن كلا الباحثين استهدفا التوافق والتجانس بين الجنس والجندر بغية انشاء واستعادة التكافؤ السوّي بينهما.

استعملت الدراسات الجندرية (Gender Studies) مصطلح الجندر بطرق مغايرة، فكان كأداة لنقد المعايير وذلك تحت تأثير حركات الفكر النسوية الغربية، فأصبح بمثابة أداة تحليل للمحددات التاريخية، الثقافية والسياسية التي تحكم تصور وتمثيل الجنسين. وأضحت الاختلافات بين الرجل والمرأة وعلاقتهما تنبع من تحديد الدور وليس من الطبيعة. ولم يتوقف الأمر عند هذا الحد وانما أصبح الجندر هو الكاشف لطرق الاختلاف بين الجنسين بوصفه لكيفية اختلاف الأدوار المسندة للرجل أو المرأة. ومن هذا المنظور أصبح للجندر الوظيفة التحليلية والنقدية للبنية الاجتماعية مقدما بدائل ومعارضة لشروط الوصف المعياري السوّي(بيضوي، 2004).

ومن ذلك أصبح الجندر يشير الى البنية النفسية والاجتماعية للجنس، في حين أن الجنس يدل فقط على البعد التشريحي والبيولوجي للفرد. فهو اذن يغيّر حالة الاختلاف بين الجنسين ويجعل من الحتمية البيولوجية سببا غير منطقيا في تحديد الاختلاف بين الأفراد ويشكك فيها.

تحديد المصطلحات:

1. اضطراب الهوية الجنسية (الجندرية):

في المستهل، نشير الى أننا استعملنا اضطراب الهوية الجنسية والجندرية كمترادفين، باعتبار أن الجندر ما هو الا "مخبأ جنسي" يعكس اضطرابا في الهوية الجنسية (Rassial & Chevalier, 2016, p.14) وسنفصل في ذلك لاحقا لما نتناول نظرية التحليل النفسي.

تعرف الجمعية النفسية الأمريكية اضطراب الهوية الجندري بأنه انعكاس حقيقي للتعارض بين الهوية والجنس،ينتج عنه امتناع داخلي في أن يصبح الشخص ذكرا أو أنثى (APA, 2000).

يعرفه الحويج (2006) بأنه يرتبط بتحديد نوع الجنس الذي ينتمي اليه ذكرا أم أنثى وتتحدد سلوكياته المستقبلية في ضوء امتداد خبرات الماضي والحاضر (مقتبس من الشقيرات، 2020).

يرى David وMark (2005) أن تشخيص هذا الاضطراب يتطلب تواجد على الأقل حالة من عدم الارتياح حول نوع الجنس الذي ولد به، ما يسبب عدم التوافق بين جنسه الجسمي وشعوره بهويته.

وفي الأخير يعرفه عكاشة على أنه الرغبة في أن يعيش الانسان ويقبَل كعضو من الجنس آخر ، ويصاحبه عادة أحاسيس بعدم الراحة . أو عدم التلاؤم مع الجنس التشريحي للشخص والرغبة في اجراء عملية أو تناول علاج هرموني لكي يتوائم الجسد بقدر الإمكان مع الجنس المفضل لدى الشخص(.عكاشة، 1999، ص.691).

2. نظرية التحليل النفسي:

هي منهج يبحث في العمليات النفسية اللاشعورية وذلك من خلال التحقق من معاني الأفعال، الحركات والكلمات. طوّرت من قبل سيجموند فرويد (Sigment Freud) لدراسة أعماق الحياة النفسية وما يخفى عما نلاحظه من سلوكات الفرد بالعين المجردة وعلاج اضطراباتها. تطرقت هذه النظرية لظواهر لم تكشف الا من قبل مطوري هذه النظرية كالجنسية الطفلية ومراحل النمو النفسي-الجنسي (psychosexuel)، فقد بينت كيف يمكن لحدوث توقف أو تعثر أو انحراف في مراحلها أن يحول دون النضج الجنسي ومنه الى اضطرابات نفسية (Lecourt, 2015).

مصطلحات متداخلة مع مفهوم الجندر:

1. الهوية الجنسية أو الهوية الجندرية:

تعرف في الدليل الاحصائي والتشخيصي الخامس المراجع (DSM-V-TR) بأنها فئة من فئات الهوية الاجتماعية، تشير الى تعريف الفرد على أنه ذكر أو أنثى، أو فئة ما بينهما (أي المائع بين الجندرين)، أو فئة أخرى غير الذكر أو الأنثى (أي محايد بين الجنسين) (الجمعية الأمريكية للطب النفسي، ترجمة أنور الحمادي، 2021).

ويعرفها الصالح (2013، ص.491) بانها ترمز الى كيفية تعريف الفرد لذاته من الناحية الجنسية، وهي تتعلق بمجموعة من الظواهر البيولوجية التشريحية الفيزيولوجية السيكولوجية والاجتماعية المرتبطة بعملية التناسل وبالعمليات المهدد له.

2. التحول الجنسي أو التحول الجندري:

يشير التحول الجندري أو الجنسي (transsexualism) الى طيف واسع من الأفراد الذين تختلف هويتهم الجندرية أو الجنسية عن الجندر أو الجنس المعيّن عند الولادة (أنور الحمادي، ص.280). فالمتحولون جنسيا هم أفراد خضعوا الى انتقال جنسي اجتماعي من ذكر الى أنثى أو من أنثى الى ذكر. يتضمن هذا الانتقال في العديد من الحالات انتقالا جسديا عن طريق العلاج الهرموني وجراحة الأعضاء التناسلية أو الثدي أو أي جراحة أخرى لتأكيد الجنس المراد التحوّل اليه. ويجدر الاشارة الى أن المتحولون هم من الناحية التشريحية سالمين.

يقول كريستوف ديجور (Christophe Dejours) أن "التحول الجنسي من الذكر الى الأنثى لا يعني بأن الفرد يعتقد بأنه من جنس آخر، بل يرى بأن جنسه التشريحي سيّئ وهو مقتنع بأنه من جنس أنثوي. ويفكر بأن جنسه التشريحي خطأ من الطبيعة" (مقتبس من اسماعيلي يامنة وسمير محند، 2016، ص.30)

3. الانزعاج الجندري:

يشير هذا المصطلح حسب الجمعية الأمريكية للطب العقلي الى الضيق الذي يصاحب التناقض بين الجنس الذي يختبره الشخص أو المعبّر عنه والجندر المعيّن له. وهو لا يدل على الكرب المرتبط بالوصمة وانما مصدر ضائقة واضح.

4. تو افق الجندر:

وهو مصطلح يصف توافق جندر الأفراد الذين يتطابق تعبيرهم عن الجندر مع الجندر المحدّد عند الولادة، مع استثناء المتحولين جنسيا (جمعية الأمريكية للطب النفسي، ترجمة أنور الحملدي، 2021، ص.281).

5. الميل الجنسي:

يشير مصطلح الميل الجنسي الى نمط ثابت من الانجذاب العاطفي و/أو الجنسي نحو الرجال أو النساء أو كلاهما. يمكننا معرفة الميول الجنسية من خلال علاقات الفرد مع الآخر، فالمثليات مثلا هن الفتيات اللواتي ينجذبن ويقمن علاقات مع نفس جنسهن، والمثليون هم رجال يملين ويقمن علاقات جنسية مع رجال، أما ثنائي الجنس (Bisexual) فهم الذين يقمن علاقات مع كلا الجنسين (Diamant & McAnulty, 1995).

6. الخنثى:

تجتمع في الخنثى بعض الخصائص الخلقية للذكورة والأنوثة ظاهرة وباطنة. فهو مرض أجازت الشريعة معالجته لأن المقصود من العلاج أو الجراحة الرجوع الى الخلقة الأصلية السوّية بناءا على المعطيات الجينية والوظيفية، فيتم استئصال العضو الذي لا يتوافق مع جينات الفرد (سيد علي السيد محمد، 2018). هناك العديد من يخلط بين المخنث والمتحول جنسيا، غير أن الفرق بينها كبير حيث أن هذا الأخير يولد ببنية خلقية وتشريحية سليمة ولا يشوبها أي عيب أو تشوه عكس الأول. كما أن العمليات الجراحية التي يقوم بها الخنى تهدف كما ذكرنا آنفا الى ربط أعضائه التناسلية بما يتوافق مع البنية الجينية والوظيفية لجسده، في حين أن المظطربين في الهوية الجنسية يطلبون تغييرا ظاهريا لأعضائهم ويتناولون هرمونات جنسية معاكسة لخصائصهم الخلقية السليمة (كأن يتناول الذكر هرمونات تبرز الأثداء، أو تناول الأنثى هرمونات تزيد من كثافة شعر الوجه...). مع العلم أن هذا التغيير يحرم الشخص من حياته التناسلية، فمثلا

اذا تم تبديل أعضاء الرجل الى أنثى وقُطع عضوه الذكري وخصيتيه، فهو لا يتمكن من الحمل كالأنثى لأنه لا يملك رحما ولا مبيضين ,لا حتى التكاثر لأن أعضاؤه التناسلية الذكرية قد بترت.

المعيار الطبي في تحديد الهوية الجنسية:

يتم تحديد الهوية الجنسية من الناحية الطبية انطلاقا من ثلاث نقاط وهي (Fausto-Sterling, 1993):

- الخصائص الخلقية التناسلية لكل من الذكر والأنثى ويقصد بها الأعضاء التناسلية الداخلية والخارجية للفرد، فنجد الرحم، المبيضين والمهبل لدى الاناث والخصية والقضيب عند الذكور.
- الجينات الوراثية، فيعرف الذكر بالكروموزوم XY في حين أن الأنثى فتحمل الكروموزوم XX.
- الهرمونات الجنسية، فنجد غلبة لكل من التستوستيرون لدى الذكر و الاستروجين والبروجسترول للأنثى.

اضطراب الهوية الجنسية حسب الدلائل التشخيصية:

وهنا سنتطرق الى التصنيفين المعروفين في علم النفس والطب العقلي وهما الدليل الاحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية DSM-V-TR والتصنيف الدولي للأمراض في صيغته الحادية عشر (ICD-11):

1. **حسب DSM-V-TR:**

اعتمد تشخيص اضطراب الهوية الجنسبة في الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-III)، وقد شهد هذا الاضطراب تغييرا في اسمه خلال الطبعة الخامسة DSM-V. فأصبح يشار الى المشاكل في الهوية الجنسية بالانزعاج من الجندر (Gender dysphoria). التغيير لم يمس اسم الاضطراب فقط وانما شمل أيضا معايير التشخيص. فكانت في الطبعة الثالثة تتطلب وجود تقمص قوي للجنس الآخر المعاكس لجنس الولادة، دون الأخذ بعين الاعتبار معاش الحالة. أما في الطبعة الثالثة المراجعة أدرج مفهوم المعاناة النفسية والألم. ومن هنا أصبح من الضروري لتشخيص هذا الاضطراب في كل من الطبعات الرابعة والخامسة حتى المراجعة منها (DSM-IV, DSM-V, DSM-V-TR) تواجد لمعاناة اكلينيكية معتبرة أو اختلال في المجال الاجتماعي، المدرسي أو غيرها من المجالات المهمة. مع الإشارة الى زيادة كبيرة في خطر المعاناة أو الإعاقة (Condat et al, 2015).

يستعمل الجندر في التصنيف الخامس المراجع للإشارة الى الدور الاجتماعي والثقافي العام (والمعترف به عادة قانونيا) كفتى أو فتاة، أو رجل أو امرأة، أو جندر آخر. ولقد طرح كما أشرنا مفهوم "الانزعاج من الجندر" بدلا من اضطراب الهوية الجندرية المحدد في الطبعات السابقة، فهو يراه أكثر وصفا للاضطراب من سابقه. وقد قسم الى 4 أنواع وهي:

- الانزعاج من الجندر عند الأطفال وحدد كل من معيار التناقض الملحوظ بين الجندر المعبّر عنه/ المختبر والجندر المفترض لمدة 6 أشهر على الأقل، وترافق الاضطراب مع تدن أو احباط ملحوظين في مجالات الآداء الاجتماعي، المدرسي أو مجالات الآداء المهمة الأخرى. مع تحديد ما اذا كان يترافق مع اضطراب/ اختلاف للنمو الجنسي كاضطراب الكظرية التناسلية الخلقي، تضخم الغدة الكظرية الخلقي أو متلازمة فقدان الحساسية للأندروجين.
- الانزعاج لدى الجندر لدى المراهقين البالغين.
- الانزعاج من الجندر لمحدد آخر، وهنا نجد أعراض الانزعاج من الجندر وضعفا في الأداء في أحد المجالات الاجتماعية والمهنية ولكن دون استوفاء المعايير كاملة (كمثلا الانزعاج لمدة تقل عن 6 أشهر).
- الانزعاج من الجندر غير محدد، فيقرر الطبيب تشخيصه ولكن الحالات لا تتوفر على المعلومات الكافية لوضع تشخيص أكثر تحديدا (الجمعية الأمريكية للطب النفسي، ترجمة أنور الحمادي، 2021، ص.285).

2. حسب ICD-11:

لقد اعتمدت منظمة الصحة العالمية في آخر صيغة لتصنيفها الدولي للاضطرابات العقلية والسلوكية مصطلح "لا توافق الجندر" وقد وصفته بأنه "لا توافق واضح ومستمر بين جندر الفرد الذي يختبره والجنس المحدّد" (منظمة الصحة العالمية، ترجمة أنور الحمادي، 2021). كما أنها اعتبرت أن تغيرات الجندر وسلوكه وحدهما لا يعدا أساسا لتحديد التشخيص في هذا الاضطراب و استبعدت في تصنيفها له اضطراب الولع الجنسي. وهي بدورها حددت 3 أنواع وهي:

- لا توافق الجندر عند المراهقة والبلوغ.
- لا توافق الجندر عند الأطفال.
- لا توافق الجندر غير محدّد.

النظريات المفسرة لاضطراب الهوية الجنسية:

1. نظرية المخطط الجندري:

طورت هذه النظرية من قبل ساندرا بيم (Sandra Bem) عام 1981، والتي مفادها أن الأطفال يتعلمون الأدوار الخاصة بالذكور والاناث من الثقافة التي يعيشون فيها. فيعدّل الأطفال سلوكياتهم لتتطابق مع معايير ثقافة مجتمعهم انطلاقا من مراحل عمرية مبكرة. فبمجرد تكوين هوية النوع الأصلي لدى الطفل يبدأ

في تكوين مخطط النوع بناءا على تفاعلاته وملاحظاته للآخرين، بلاضافة الى طبيعة الخبرات التي يعيشونها في بيئتهم وثقافتهم.

وعليه ترى هذه النظرية أن مخطط النوع (Gender schemas) تتشكل من ملاحظات الأطفال لكيفية معرفة المجتمع أدوار وخصائص الذكور والاناث في سياقهم الثقافي والاجتماعي الذي يعيشون فيه. تسمح لهم هذه الملاحظات بتمثيل الأنشطة والأفعال المنسوبة لكل نوع (ولد أم بنت)، فتحدّد طبيعته ودوره. وهو ما يعرف حسب هذه النظرية "بالتميّز الاجتماعي القائم على النوع " أو "التنميط الاجتماعي للأدوار".

وعلى هذا الأساس، رأت هذه النظرية أت النمو المعرفي يقترن بالمؤثرات الاجتماعية، ويؤثر بصورة كبيرة على أنماط التفكير أو "المخططات" التي تلزم الفرد بالسمات الذكورية أو السمات الأنثوية (Kendra Cherry, 2020).

عرضت ساندرا بيم نمطين أساسين من التفكيرأو التمثلات المعرفية أو المخططات التي تفرض حسبها السمات الذكورية أو الأنثوية على الفرد وهما حسب Martin وHalverson (1981) كالتالي:

- المخطط الفرقي العام في الحياة، المفروض تبعا للخصائص البيولوجية الظاهرة.
- المخطط الجنسي الشخصي الضيّق المستعمل من قبل الأطفال في الالتساق مع نوعهم الجنسي الخاص (ذكر أم أنثى).

يفسر هذين المخططين طرق ادراك وتذكر الأطفال للمعلومات، بالإضافة الى كيفية تصرفهم واتجاهاتهم. فهما يأثران على أنواع المعلومات الملاحظة والمؤكدة والمتذكرة من قبل الفرد، بالإضافة الى المعلومات غير متطابقة مع هذه المخططات، فهي تؤثر عامة على عملية معالجة المعلومات (Signorella et al, 1997).

ربطت ساندرا بيم المخططات الجندرية بالثقافة وذلك من خلال توجيه سلوك الفرد لما يناسب جنسه، أو نوعه الاجتماعي الجندري. وقد بينت أن هذه التأثيرات الثقافية قد تكون ظاهرة أو خطية تظهر على سبيل المثال في المفردات المستعملة.

وانطلاقا من رأيها للجندرية قسمت ساندرا الأفراد الى 4 فئات جندرية وهي:

- الأفراد المتطابقين مع نمط جنسهم، وهم متوحدون مع نوعهم الجنسي ويعالجون المعلومات من خلال هذا المخطط.
- الأفراد المخالفين لنمط جنسهم، وهم يعالجون المعلومات بحسب منظور النوع المقابل.
- الأفراد الهجينين، وهم يظهرون تفكيرا ذكوريا وأنثويا في نفس الوقت
- الأفراد غير المتمايزين وهم لا يظهرون استخداما متسقا مع نمط نوعهم، ولا يبدون أي نوع من الاستجابة للمعلومات الخاصة بالهوية الجنسية.

نقد النظرية:

يرى محمد السعيد أبو حلاوة (2003) أن نظرية المخطط الجندري اعتبرت الناس أو الأفراد كمتفرجين خاملين يخضعون فقط لثقافة المجتمع في نموهم وتطورهم، وقد تجاهلت التعقيدات والقوى الداخلية في تكوين النوع الاجتماعي.

يجدر الإشارة أن مطورة هذه النظرية ساندرا بيم عاشت خبرات سلبية طفلية، حيث كانت تصر في صغرها على ارتداء السروال عند ذهابها الى المدرسة غير أن المسؤولين طردوها منها. كما أنها رفضت الزواج في الأول حتى وافق زوجها على أن يكون زواجهما قائم على التشارك وتقاسم الأدوار.

يرى رسيال (Jean-Jacques Rassial, 2016) أن تناول الحياة الجنسية من قبل الجندريين كان من منظور واحد ارتبط فقط بالالتزام للمعايير الثقافية الاجتماعية والسياسية وأهمل التفرّد الراديكالي. هذا الأخير الذي لم أكدت عليه نظرية التحليل النفسي، فهي تعتبر أن الانسان يبني علاقته مع الجنس انطلاقا من ذاته التي تمثله هو ومن الطبيعة الوحيدة المتعلقة به. مثلها مثل ارتباط الانسان بالغة (Lacan, 1971, p.58).

نظرية التحليل النفسي:

تلجأ نظرية التحليل النفسي الى البيولوجية لتفسير الحاجات الجنسية لدى الانسان وذلك من خلال افتراضها لوجود غريزة جنسية يعبر عنها عادة تحت اسم اللبيدو . مثلها مثل غريزة الجوع والعطش، تتواجد منذ ولادة الطفل وتختلف من مرحلة الى أخرى.

تعتبر هذه النظرية لصاحبها سيجموند فرويد أول نظرية سيكولوجية التي تؤكد على الجوانب التطورية للشخصية وذلك انطلاقا من المراحل العمرية الأولى، فهي تؤكد على الدور الحاسم للطفولة المبكرة والمتأخرة في إرساء الخصائص الأساسية لبناء الشخصية. وقد اعتبر فرويد أن تطورها ونموها يرتبط بنمو مصدر الطاقة البيولوجية الذي ينعكس على سلوك الفرد وشخصيته طوال حياته.

أشار فرويد الى أن مناطق اللذّة التي يؤدي اثارتها الى الاشباع الجنسي اللبيدي تتغير تبعا لسن ونمو الفرد، ما ينجر عنه تغييرا في تنظيم علاقات الانسان مع ذاته ومع بيئته الخارجية. وأي خلل أو إعاقة لهذا الاشباع سيؤدي الى خلل في هذه العلاقات وينتج عن ذلك صراع تظهر آثاره في شخصية الفرد مستقبلا (الشمري صادق كاظم جريو ، المحنة حنين حبيب الغازي، 2019).

يرى فرويد أن الانسان يمر بمراحل للنمو النفسي الجنسي، حيث أنه اعتمد العامل الجنسي في تقسيمه لها وهي كالتالي:

المرحلة الفمّية: يتم فيها الاشباع الجنسي أو الغريزي عن طرق الفم من خلال مص ثدي الأم خلال الرضاعة أو أحيانا مص الأصبع عند الفطام وهذا في السنة الأولى من عمر الطفل.

المرحلة الشرجية: يحصل خلالها الطفل على المتعة عن طريق وظيفة الإخراج، وهي تمتد من سن الثانية الى الثالثة.

المرحلة القضيبية: يشعر الطفل بالمتعة عن طريق اللمس باليد لقضيبه. توافق هذه المرحلة عقدت أوديب التي يتم خلالها تعلق الذكر بأمه واعتبار أبوه كخصم له. ولينال حب الأم يقوم بالتقمص للأب، والعكس صحيح بالنسبة للبنت. تمتد هذه المرحلة من ثلاث سنوات الى ست سنوات.

مرحلة الكمون: وهي تمتد من ست سنوات الى البلوغ. على عكس المراحل السابقة يتم خلال هذه الفترة كمون للنزوات فينشغل الطفل بتكوين صداقات وعلاقات اجتماعية، كما أنه يندمج مع الأب من نفس جنسه البيولوجي.

مرحلة التناسلية: تبدأ مع بداية المراهقة، يقطع خلالها الشاب ارتباطه بالولدين ليبدأ في بناء عالمه الخاص وتكوين علاقات مع الجنس المغاير. ويرى فرويد أن النمو الجنسي الناجح يقود الفرد الى النضج الجنسي الكامل الذي ينتهي بالزواج والانجاب (سيجموند فرويد، ترجمة سامي محمود علي، 1980).

وعليه، فقد ربطت هذه النظرية النوع (genre) بالاقترانات البدائية للموضوع خلال مراحل النمو الجنسي للطفل.

وفي نفس السياق، قد بين فرويد وأتباعه أننا قد لا نجد الذكورة والأنوثة بصفة نقية، وهما يعودان الى البناء النفسي للهوية (Freud, 1932).

بناء الهوية:

يبدأ بناء الهوية الجنسية للطفل قبل ولادته، في ذهن والديه (Chiland, 2003). فخلال الحمل يرصّن الأولياء تمثلات عن طفلهم المستقبلي من خلال ما يدعى "الطفل الخيالي"، فلكل منهما تصورات نموذجية حول الذكر والأنثى (Rouyer, 2007).

بعد الولادة ومعرفة جنس الطفل ، تتأثر ادراكات الأولياء بهذا الجنس. تعرف الفتاة على أنها هادئة وحساسة والعكس صحيح بالنسبة للذكر (Karraker et al, 1995). فيوضع المولود ذكرا أم أنثى في سياق تربوي يخدم تصورات، قيم وقواعد المجتمع.

يتعلم الطفل دور كل جنس من ملاحظات والديه في كيفية تقاسم الأدوار ومن تفاعلاته معهم فالأسرة هي بيئة جنسية ومجنّسة. هذا الاحتكاك التفاعلي الاجتماعي يؤطر ما يحصل على المستوى النفسي الداخلي من إفراط للنزوات الطفلية، فكما أشرنا آنفا أن مراحل النمو الأولى تتميز ببروز لغرائز جنسية مرتبطة بكل مرحلة وهو ما جعل فرويد يسميها بالجنسية الطفلية. الحمولة الزائدة للنزوات وعدم تأطيرها هو الذي يشكل خطر الوقوع في اضطراب للهوية الجنسية (Rosine Perelberg, 2022).

ومن هذا المنطلق بينت نظرية التحليل النفسي أن لمرحلتي الطفولة والمراهقة الدور البالغ في بناء الهوية الجنسية للفرد. وفي مايلي عرض لكلا المرحلتين مع تبيان خصوصية كل واحدة في بناء الهوية الجنسية:

- **في الطفولة:**

فتحدد الهوية الجنسية في الطفولة من خلال الطريقة التي تحل بها عقدة أوديب عبر السياق التقمصي. ففي البداية لا يميّز الطفل بين الجنسين ويكون لديه اعتقاد أن هناك جنس واحد يمتلك قضيب (فرويد، 1983، ص.69). ولما يكتشف الفروق التشريحية للجنسيين يصبح أمام تهديد الخصى (castration)، ما يجعله يعيش قلق فقدان ويصبح هذا العضو الذكري يشغل اهتمامه كموضوع شبقي.

النموذج الأوديبي لفرويد يشرح جيدا كيف تبنى الهوية الجنسية، يخوض الطفل خلاله علاقة عاطفية مع الوالد من الجنس المعاكس وكراهية للوالد من الجنس المماثل. وأمام ضغط الخصاء، ينسحب الطفل من المنافسة بتقمص الوالد من نفس الجنس ويبدأ يتشكل الأنا الأعلى. ما دفع فريد يقول مقولته الشهيرة "الأنا الأعلى وريث عقدة أوديب" (Perron. R, Perron-Borelli. M, 1994, p.97).

وعليه، فان الهوية الجنسية تتحدد من خلال سيرورة التقمصات وطريقة حله لعقدة أوديب. فهذا الأخير هو الذي يبني الراشد ويهيكله حسب هذه النظرية (Bergeret, 1979).

ومن هنا يبرز أيضا دور البيئة السوية في مساعدة الطفل على تخطي الأوديب بشكل طبيعي وسوّي، بحيث تساعده على تقمص الوالد من نفس جنسه وكذا من التخلي عن التعلق الشبقي بأمه. هذا الانتقال سيمكن الطفل المرور الى مرحلة الكمون فبتحويل الرغبات الليبدية من الأم يزول قلق الخصاء.

في النمو السليم، يتحول التعلق الشبقي للأم عن طريق ميكانيزم الإعلاء الى محبة وعطف، فيحتفظ الطفل بعضوه الذكري سالما. وفي حال لم يتمكن الطفل من تجاوز الأوديب بطريقة سوية فانه سيتقمص أمه بدلا من أبيه ويتشبه بها، يقلّدها ويبتعد عن والده. ما يفتح له الباب أمام الانحرافات الجنسية، حيث أن موقفه السلبي تجاه أبيه يفقده قيمة عضوه الذكري ويتجنبه عن طريق قلب الأدوار والتخلي عن الوظيفة الجنسية لعضوه الذكري. وهو ما بينه ديجور في أعماله حيث أقر بأن فشل تقمص الأب يبرز عنه سلوكات مرضية كظاهرة التحول الجنسي، فيقول في هذا الشأن :"ان التحول الجنسي من ذكر لأنثى لا يعني بأن الفرد يعتقد بأنه من جنس آخر ، بل يرى بأن جنسه التشريحي سيّء" (Dejours. C, 2005, p.41)

- **في المراهقة:**

يعاد خلالها بناء للذات في ظل مجموعة من التغيرات النفسية والفيزيولوجية الخاصة بها. يكون فيها المراهق بحاجة للبحث عن رموز جديدة للهوية، تساعده على تجاوز الطفولة والبحث عن الحرية. تتمثل

الوظيفة الرئيسية لهذه المرحلة حسب Laufer في بناء نظام هوية جنسية نهائي تدمج فيه الصورة النهائية لجسد المراهق بما في ذلك أعضاؤه التناسلية الناضجة، رغباته والتقمصات الجديدة.

فبالنسبة للتقمصات فيعاد بناؤها خارج الأسرة، حيث يقوم المراهق بنزع الطابع الجنسي للتقمصات الطفلية الثنائية الجنسية التي شكلت في المرحلة السابقة حلا للصراع الأوديبي كونها أصبحت صراعية ومرفوضة وتثير استفهام وغرابة أمام الصورة الجديدة للجسد. ويقولJeammet في هذا الشأن أنه على المراهق مراجعة تقمصاته بعد الصورة الجديدة لجسده الجنسي الموروث بعد البلوغ، بعيدا عن الآباء.

فشل سيرورة المراهقة في إعادة بناء التقمصات عن طريق دمج التغيرات الفيزيولوجية الجديدة ونزع الطابع الجنسي المحرمي لتقمصات الموضوع، يدفع بالمراهق للسقوط في اضطراب الهوية.

خاتمة:

اضطراب الهوية الجنسية أو الجندرية أيّا كان نوعه هو في الأول والأخير اختلال في سلوك الفرد، ينتج عن تفاعل لمؤثرات وأسباب نفسية داخلية ترتبط حسب نظرية التحليل النفسي بماض الفرد وما يواجهه من اختلالات خلال مرحلة الطفولة والمراهقة؛ ومؤثرات خارجية بيئية ترتبط بالتربية الاجتماعية والثقافية. وهو يتطلب علاجا نفسيا يسمح للمضطرب من التعافي كون أسبابه متغيرة وليست ثابة لدى جميع الأفراد. وكباحثة مسلمة عربية أنصح بالعودة الى الطبيعة والفطرة السوّية التي فطر الله عليها الانسان لأن تغيير الجنس أو الممارسات المضطربة للجنسية تفسد الخلق وتقطع التناسل وتبطل فائدة خلق الانسان. ومن ذلك استوجب علينا كمختصين نفسانيين الاجتهاد والبحث أكثر في العلاجات النفسية الفعالة التي تساعد أطفالنا ومراهقينا من تخطي هذه الاضطرابات والعيش بما فطرهم الله، فالرغبة في تغيير الجنس ما هي الا استجابة لدعوة الشيطان الذي توعّد باغوائنا الى مثل هذه السلوكات المحرّمة " ولآمرّنهم فليغيّرُن خَلق الله" (سورة النساء: من الآية 119).

مراجع باللغة العربية:

1. أبو الرياش، حسين وآخرون. (2006). *الإساءة والجندر*. عمان: دار الفكر.

2. اسماعيلي يامنة، سمير محند. (2016). اضطراب الهوية الجنسية في ضوء ديناميات المراهقة. *مجلة معارف*، العدد 21. 25-47

3. بيضون عزة. (2004). الشباب الجامعي في لبنان: الهويات و الاتجاهات الجندرية. (الثوابت و المتحولات). *المستقبل العرب*. ي26. (301). ص ص30-41

4. الجمعية الأمريكية للطب النفسي. (2021). *معايير DSM-V-TR*. ترجمة الحمادي أنور. الدار العربية للعلوم ناشرون، لبنان.

5. الرحيلي، أمل عائض. (2016). مفهوم الجندر وآثاره على المجتمعات الإسلامية. الطبعة الأولى. مركز *باحثات لدراسة المرأة*، المملكة العربية السعودية.

6. سيد علي السيد محمد. (2018). دور القرائن الطبية في اثبات الاضطرابات الجنسية. *مجلة الآداب والعلوم الإسلامية*، المجلد 86، العدد3، 31-44

7. الشقيرات محمد فلاح. (2020). اضطراب الهوية الجندرية لدى طفل الروضة: دراسة اكلينيكية. *المجلة العربية للنشر العلمي*، العدد 15، 145-159

8. الشمري صادق كاظم جريو ، المحنة حنين حبيب الغازي. (2019). اضطراب الهوية الجنسية وعلاقته بالأفكار الانتحارية لدى طلبة المرحلة الإعدادية. *مجلة جامعة بابل للعلوم الإنسانية*، المجلد 27، العدد 1، 338-360

9. الصالح خالد. (2013). مجتمعنا يعاني من ظواهر الشذوذ الجنسي. صحيفة الشرق، العدد 165.

10. عكاشة احمد. (1999). *مدخل إلى الطب النفسي المعاصر*، المكتبة الأنجلو مصرية: القاهرة.

11. فرويد سيجموند .(1980). *الموجز في التحليل النفسي*. ترجمة سامي محمود علي وعبد السلام القفاش. دار المعارف، القاهرة.

12. منظمة الصحة العالمية. (2021). *الاضطرابات العقلية والسلوكية في التصنيف الدولي للأمراض الطبعة الحادية عشر*. ترجمة الحمادي أنور. نسخة الكترونية.

مراجع أجنبية:

13. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mentdisorder*, 4thEd, Washingion.
14. Bergeret, J. (1979). *Psychologie psychopathologique : théorie et clinique*, Masson, Paris.
15. Condat, A et al. (2015). La dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent : histoire française et vignettes clinique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*, http://dx.doi.org/10/1016/j.neurenf.2015.06.001
16. David & Mark. (2005) Abnormal psychology, Australi Wadsworth Thomson Learning, Inc
17. Diamant, L & McAnulty, R. D. (1995). The psychology of sexuel orientation, behavior and identity. Greenwood Publishing Group.
18. Fausto-Sterling, A. (1993). "The Five Sexes." *The Sciences*, vol. 33, no. 2, pp. 20–24., doi:10.1002/j.2326-1951.1993.tb03081.x.
19. Freud, S. (1932). *La féminité*, dans OCF,t.XIX, Paris.
20. Karraker, K. H., Vogel, D. A., Lake, M. A. (1995). "Parents' gender-stereotyped perceptions of newborns: The eye of the beholder revisited", Sex Roles, 33 (9/10), p. 687-701
21. Kendra Cherry (2020). Gender Schema Theory and Roles in Culture: https://www.verywellmind.com/what-is-gender-schema-theory-2795205
22. Lacan, J. (1971). *Le séminaire*, livre XVIII, D'un discours qui ne serait pas du semblant, Paris, Le Seuil, 2007.
23. Lecourt, E. (2015). *La psychanalyse*. 2éme éd. Edition Eyrolles, Paris.
24. Perelberg, R. (2022). *Sexualité, excès et représentation*. Traduction Elise Aru. PUF, Paris.
25. Rassial, J J. & Chevalier, F. (2016). *Genre et psychanalyse, La différence des sexes en question*. Edition érès, Toulouse.
26. Rouyer, V. (2007). *La construction de l'identité sexué*. Armand Colin, Paris.

التوظيف النفسي عند البيدوفيلي: دراسة اكلينيكية اسقاطية لحالة

Paedophile psychic functioning: *Clinical projective study.*

- Case Study-

أ.د. سامية رحال/ جامعة الشلف/ الجزائر
ط.حليمة مرابط / جامعة الشلف/ الجزائر
Pr. Samia Rahal/Chlef University / Algeria
Merabet Halima / Chlef University /Algeria

ملخص الدراسة

تهدف الدراسة الحالية إلى محاولة الكشف عن التوظيف النفسي عند البيدوفيلي، وذلك من خلال فحص قوة الأنا وآلياته الدفاعية المستعملة، طبقت الدراسة الحالية على حالة واحدة كنموذج من هذه الفئة، تم اختيارها بعناية ووفق شروط معينة، حيث تم الاعتماد على المنهج العيادي وأدواته، والتي تمثلت في الملاحظة المباشرة والمقابلة العيادية البحثية النصف موجهة، واختبار اسقاطي المتمثل في: اختبار الرورشاخ. أشارت النتائج إلى معاناة البيدوفيلي من هشاشة الأنا المعبر عنها من خلال استخدامه لآليات دفاعية تجنبية.

الكلمات المفتاحية: التوظيف النفسي؛ الأنا؛ الآليات الدفاعية؛ البيدوفيليا

Abstract:

The current study aims to try to reveal the nature of the psychic functioning of pedophilia and uncover ego defense mechanisms of pedophilia.

The study was applied to a case selected according to certain conditions, and it is based on the clinical approach using the following tools : direct clinical observation, semi –directed clinical interview, and projective Test (The Rorschach)

The results indicated that the pedophile ego is fragile, and the pedophile ego functions the avoidance defense mechanisms.

Keywords: Psychic functioning; The ego; Defense mechanisms; Pedophilia

مقدمة

الغريزة الجنسية لا تقل أهمية عن الغرائز الأساسية في جسم الإنسان، حيث أنها ككل الغرائز، وتحمل تأثيرا كبيرا على الصحة النفسية للفرد. إذ تتجلى هذه الغريزة في مظاهر مختلفة ابتداء من مرحلة الطفولة إلى آخر مرحلة يعيشها الفرد من حياته. وهي دافع فطري موروث في الإنسان يدفع إلى طلب اللذة الجنسية والاستمتاع بها مع فرد من الجنس الآخر في الحالة السوية، أو مع فرد من نفس جنسه في حالات الانحراف والشذوذ (طه،1989، ص 340).

تعرف الانحرافات الجنسية على أنها تكرر الانجذاب الجنسي لأشياء أو لأنشطة غير معتادة، وتستمر لفترة لا تقل عن ستة أشهر، وقد ميز الدليل الإحصائي الخامس الانحرافات الجنسية بناء على مصدر الإثارة الذي يختلف من شخص منحرف إلى آخر. وذلك بالانجذاب الجنسي إلى الأشياء غير الحية، وآخرون لهم انجذاب جنسي للحيوانات أو الأطفال (شويخ، 2017). الجدير بالذكر هو أنه يصعب تحديد نسبة الانحراف الجنسي، وذلك لأن الحالات التي تم اكتشافها، تنكشف بصورة عامة فقط إثر المشاكل القانونية التي تنجم عن سلوكيات المصاب بهذا الاضطراب.

تعتبر البيدوفيليا أو اشتهاء الأطفال من الانحرافات الجنسية الخطيرة التي تهدد حياة الأطفال، حسب شبكة ندى لحماية الأطفال بالجزائر يقدر عدد الأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي سنة 2020 بـ9000 ضحية والإحصائيات المقدمة من مصالح الأمن الوطني بولاية مستغانم – الجزائر- قدرت ب 28 ضحية في المدة الممتدة بين شهر جانفي إلى غاية شهر ماي من سنة 2022.وهذا الرقم ليس بالهين ولا بالبسيط حتى لو كان ضحية واحدة في السنة فهذا يشكل خطرا، ويرجع رئيس شبكة ندى السبب إلى عدم الإبلاغ عن الجاني وغياب المتابعة القانونية والنفسية (ياحي ،2021).

يعود هذا الانحراف الذي ضحيته الأطفال بأضرار على صحتهم النفسية والاجتماعية والجسدية. إلا أن الإحصائيات الدقيقة للبيدوفليين هي منعدمة، وهذا يعود إلى صعوبة ضبط العدد لخصوصية الحالات بما أن البيدوفيلي هو شخص راشد له ميول جنسي للأطفال ويخضع لمعايير تشخيصية حسب الدليل الإحصائي الخامس، وأما الأرقام التي قدمت هي عبارة عدد الاعتداءات الجنسية والتي ليس بالضرورة أن يكون كل معتدي جنسيا بيدوفيليا.

نظرا للأهمية البالغة التي يكتسيها الموضوع جاءت فكرة إعداد الدراسة الحالية وتسليط الضوء على فئة البيدوفيليين بالتعرف على التوظيف النفسي لديهم وذلك من خلال اخضاع حالة كنموذج من البيدوفيليين الى اختبارات إسقاطيه الغرض منها فحص الأنا وآلياته الدفاعية واختبار الفرضيات التالية:

1. فرضيات الدراسة

1) يستعمل البيدوفيلي آليات دفاعية انسحابيه وأخرى إبداليه.
2) يعاني البيدوفيلي من هشاشة في الأنا.

2. أهداف الدراسة

نهدف من خلال الدراسة الحالية الى:

1) تشخيص الانحراف الجنسي المتمثل في البيدوفيليا.

2) الكشف عن الآليات الدفاعية للأنا التي يستخدمها البيدوفيلي
3) فحص الأنا من خلال تحليل انتاجه الاسقاطي وتقييم قوته وهشاشته وصلابته.

3. أهمية الدراسة

تتمثل أهمية الدراسة الحالية في:

1) **الأهمية النظرية:** تتجلى أهمية الدراسة الحالية في بتزويد المجتمع العلمي بمعلومات حول البيدوفيليا والتوظيف النفسي للبيدوفيلي والتعرف على الآليات الدفاعية التي يستخدمها مما يسمح بالخروج من دائرة الطابوهات التي خلفت الكثير من الأفكار التي يمكن أن تكون بوابة لدراسات علمية.
2) **الأهمية التطبيقية:** التعرف على مميزات التوظيف النفسي عند البيدوفيلي تسمح للباحثين والممارسين من تحديد ملمح وبروفيل عام لشخصية البيدوفيلي مما يشجع على التفكير في تصميم بروتوكول خاص للعمل مع هذه الفئة، كما يسمح لنا التعرف على أسباب نشوء هذا الانحراف من بناء برامج وقائية وتوعوية لتفادي الانزلاق الى هذا الانحراف. إضافة تكمن أهمية الدراسة الى ضرورة تشجيع الباحثين الممارسين على استعمال المنهج العيادي وأدواته وكذا التشجيع على الاختبارات الاسقاطية لما توفره لنا من معطيات معمقة حول مثل هذه المشكلات التي يصعب استقصاءها بالاختبارات الموضوعية لما لها من خصوصية واحراج نفسي واجتماعي.

4.مفاهيم الدراسة ومصطلحاتها

شملت الدراسة ثلاث متغيرات أساسية سنتطرق إلى تحديد مفاهيمها وفقا لمتطلباتها، وتتمثل في:

1) **التوظيف النفسي**

- **التعريف النظري:** يعرف التوظيف النفسي على أنه سيرورة دينامية تخضع لمبادئ وأساليب أساسية في الجهاز النفسي، وهذا الأخير يتمتع بمجموعة من الآليات الدفاعية التي يستخدمها الأنا في صراعه مع باقي الأنظمة وهدفها الحفاظ على التوازن (سي موسي ورضوان، 2015،37).

- **التعريف الاصطلاحي:** هو سيرورة دينامية تخضع لمبادئ الجهاز النفسي، هذا الأخير يعبر عن توظيف دينامي يسير وفقا لقوانين خاصة به، مثلما هو كل جسم عضوي أو أي مادة حية وهو بذلك يحاول الاحتفاظ بحالة توازن داخلي والتكيف مع متطلبات الواقع الخارجي.
- **التعريف الإجـرائي:** التوظيف النفسي هو الطريقة التي يتعامل بها ويعالج بها الجهاز النفسي الإثارات الداخلية و/أو الخارجية ويمكن التعرف عليه من خلال ترجمة وتحليل الادراكات والانشغالات الأساسية للبيدوفيلي وطرق تنظيم علاقاته مع نفسه، وكذا التعرف المواضيع الداخلية والمواضيع الخارجية، وفي هذه الدراسة سيتم التركيز على قوة أو هشاشة الأنا لدى البيدوفيلي وآلياته الدفاعية من خلال تحليل الإنتاج الاسقاطي له.

2) الآليات الدفاعية

- **التعريف النظري للآليات الدفاعية:** هي مختلف أنواع العمليات التي تتضمن الدفاع ونعني به تلك العمليات التي تهدف إلى تخفيض أو حذف أي تغير يمكن أن يشكل خطرا على الاندماج الاندماج والإستقرار البيونفسي للشخص كما يؤكد الباحثين على ان الدفاع يأخذ غالبا شكلا قهريا ويكون لا شعوريا على الأقل جزئيا(Laplanche et pontalis,2016 ,p155).
- **التعريف الإجرائي:** هي كل الطرق اللاشعورية التي يستعملها الأنا ، لتخفيف الضغط أو الصراع النفسي لدى الشخص.

3) الأنا

- **التعريف النظري للأنا:** يعتبر الأنا الموطن الحقيقي للقلق، نتيجة خضوعه حسب وجهة النظر الموقعية، لمتطلبات الهو وأوامر الأنا الأعلى والواقع معا، كما أنه يلعب دور الوسيط باعتباره مكلفا بالحفاظ على مصالح الشخص في كليته، لكن استقلاليته لا تعدو كونها نسبية تماما(فرويد، 1966).

4) البيدوفيليا

- **التعريف النظري للبيدوفيليا:** هي اضطراب خاص بالراشدين الذين يبحثون عن الإثارة الجنسية عن طريق علاقات في غالب الأحيان تكون عن طريق اللمس و مع أطفال غير بالغين (Larousse , 1991, P 549).

- **التعريف الإصطلاحي:** هي كلمة يونانية الأصل مكونة من شطرين بيدو **Pédo** يقصد بها الاطفال، فيلي **philie** تعني إشتهاء أو حب وبذلك يكون المعنى العام لهذه الكلمة بيدوفيليا اشتهاء الاطفال و يكون هذا الاشتهاء أو الرغبة من شخص راشد إلى طفل صغير.
- **التعريف الاجرائي:** هو كل شخص راشد شخص عياديا من خلال توفر جميع بنود الجدول العيادي المشار اليها في (DSM-5) أن له ميل واشتهاء للأطفال.

5. الإجراءات الميدانية للدراسة

منهج الدراسة: تعتمد الدراسة الحالية على **المنهج العيادي** كونه يسمح بالوقوف على الواقع النفسي للفرد ومعرفة خصوصيته وبالتالي طبيعة توظيفه النفسي، حيث يعرفه R. Perron أنه: "سيرورة معرفية للتوظيف العقلي، والتي تهدف إلى بناء بنية عقلية للظواهر النفسية حيث يكون الفرد مصدرها" (Perron,1979) .

2. حالات الدراسة: طبقت الدراسة الحالية على حالة واحدة تبلغ من العمر 53 سنة تم اختيارها بشكل قصدي لتوفرها على المعايير الأساسية المطلوبة والتي تتمثل في: انحراف جنسي (البيدوفيليا / اشتهاء الأطفال)، متزوج ظهر عنده هذا السلوك الانحرافي منذ سن 21 سنة، وموافقتها على امضاء وثيقة الموافقة المستنيرة والتعاون معنا.

3. أدوات الدراســة: تم الاعتماد في جمع البيانات عن طريق دراسة الحالة الذي يسمح" بجمع معلومات كثيرة وشاملة عن حالة فردية أو عدد محدود من الحالات وذلك بهدف الوصول إلى فهم أعمق للظاهرة المدروسة وما يشبهها من ظواهر، حيث تجمع البيانات عن الوضع الحالي للحالة المدروسة وكذلك عن ماضيها وعلاقاتها من أجل فهم أعمق للمجتمع الذي تمثله "(عليان وغنيم، 2000).

وبما أنه تم الاعتماد على المنهج العيادي المعروف بأدواته التالية:

1.3. المقابلة العيادية: تعرف المقابلة العيادية البحثية نصف الموجهة على أنها "مبنية بطريقة محكمة، تحدد للمفحوص مجال السؤال وتعطيه نوع من الحرية في التعبير، أي يكون المفحوص حر في الإجابة لكن في إطار السؤال المطروح، تكون أسئلة المقابلة نصف الموجهة محددة ومحضرة من قبل الباحث وتابعة لنظام ثابت "(Chiland,1983).

تضمن دليل المقابلة المحاور التالية: **المحور الأول**: معلومات أولية عن الحالة، **المحور الثاني:** التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة، **المحور الثالث**: الحياة الجنسية: كل ما تحمله من تفاصيل (حدث

جنسي قبل البلوغ، حدث جنسي في مرحلة الشباب، حدث جنسي في مرحلة الرشد، **المحور الرابع:** الإنحراف الجنسي البيدوفيليا : محاولة الإلمام بكل تفاصيلها و الشحنات الإنفعالية و العاطفية المرافقة لها ، و كيف يفكر في الفعل من التخطيط إلى المرور إلى الفعل ، و اللذة التي يعيشها و الإحباطات حيال عدم إشباع رغبته و المقاومة . وكيف يختار ضحيته وهل يفكر في عواقب الفعل أو لا؟؛ **المحور الخامس:** المعاش النفسي للبيدوفيلي للعقوبة ونظرته للمجتمع والمستقبل.

2.3. الملاحظـة: تعد الملاحظة إحدى وسائل جمع المعلومات المتعلقة بسلوكيات الفرد الفعلية ومواقفه واتجاهاته ومشاعره. وتفيد في الحالات التي يرفض فيها مجتمع الدراسة التعاون مع الباحث.

كما تعرف الملاحظة بأنها عملية مراقبة أو مشاهدة لسلوك الظواهر والمشكلات والأحداث ومكوناتها المادية والبيئية، ومتابعة سيرها واتجاهاتها وعلاقاتها، بأسلوب علمي منظم ومخطط وهادف، بقصد التفسير وتحديد العلاقة بين المتغيرات والتنبؤ بسلوك الظاهرة وتوجيهها لخدمة أغراض الإنسان وتلبية احتياجاته (عليان وغنيم، 2000).

3.3. **اختبار الرورشاخ:** اختبار الرورشاخ هو اختبار شخصية، يستعمل لضبط الوظائف النفسية للفرد وينظر إلى بعض مكوناته العميقة مثل الإدراك المعرفي، مردوديته الثقافية، طريقة التعبير المعتادة على المواقف، طريقة شعوره بذاته والمشاكل الخاصة، كما يمكن من تزويد المختص بالمعلومات حول العناصر الديناميكية للحياة النفسية للمفحوص (Debroux and al, 2012)، وترى شابير (Chabert ,1998) أن دقة الاختبار ترجع إلى إمكانية اكتشاف السيرورات النفسية والمعرفية التي لا يتمكن الأخصائي النفساني من التوصل إليها بالملاحظة أو من خلال المقابلة العيادية. ويسمح الاختبار بتقدير ديناميكي للجهاز النفسي للمفحوص لمعرفة نقاط العطب، وللفحص المعمق الموجه إما للتشخيص أو للعلاج أو للتنبؤ.

3. النتائج و مناقشتها

1.3 عرض و تحليل المقابلة العيادية للحالة

تم استقبال الحالة (ز) في مكتب العيادة الخاصة للطب العقلي بمستغانم، وبعد التعرف على الحالة قمنا بتقديم توضيح شامل حول الدراسة وأهميتها والهدف من مشاركته والتعاون معنا وبعدها باشرنا العمل وفق رزنامة المواعيد التي تم تحديدها. و تم إطلاعه على استمارة الموافقة المستنيرة و قراءتها معها و امضائها كلا الطرفين.

2.3 فحص الهيئة العامة للحالة والوظائف العقلية

الحالة (ز) كهل يبلغ من العمر 53 سنة، طويل القامه شعر أسود وكثيف حواجب المقطبة ، ملامح تدل على القلق نظراته مشتتة ، نبرة الصوت تتفاوت بين العالية والمنخفضة، يشابك أصابع يديه ، هندام مرتب و نظيف ،ويهز رجليه بكثرة أثناء الحديث(Maladresse Motrice) .

يستعمل لغة عامية وأحيانا اللغة الفصحى، تسلسل في الأفكار، يتمتع بالإدراك الزماني و المكاني له، مستوى ثقافي متوسط يتمحور محتوى تفكيره حول حالة القلق الشديد التي صارت تلازمه، وازمات الأرق المتكررة يتأهب لأي حركة، يطرح أسئلة عن أي معلومات أقوم بتدوينها على الدفتر، لماذا؟ وكيف؟ يتمتع بذاكرة جيدة، يتذكر تفاصيل دقيقة عن المقابلة السابقة، وكذلك عن حياته الماضية بما فيها الطفولة وسن المراهقة، منضبط في مواعيده، يقدم للعيادة قبيل الموعد المتفق عليه. لم يسبق له أن أجرى فحصا عند الطبيب المختص في الأمراض العقلية بإستثناء هذه المرة و ذلك بسبب حالة القلق التي صارت تنتابه.

3.3 تاريخ الحالة النفسي الاجتماعي

الحالة (ز)، متقاعد، متزوج منذ عشر سنوات، أب لطفلين توأم يبلغان من العمر ثمان سنوات. وعمر الزوجة 42 سنة. ، من عائلة متوسطة الأب فلاح والأم ربة بيت، لديه 03 أخوات و 05 إخوة ، هو أكبرهم. توقف عن الدراسة في السنة الأولى ثانوي. .إشتغل مع والده في الفلاحة و رعي الأغنام وحين بلغ سن 19 سنه إلتحق بالجيش الوطني، لا يعاني من مرض مزمن يقول فقط "الشقيقة" الصداع النصفي ، و الذي لم يستجب لأي علاج وصف له بشأنها .ليست له سوابق في الإدمان على المخدرات أو الكحول ، يدخن التبغ .

مارس رعي الغنم في سن مبكرة 6 سنوات أين كان يستمتع بمشاهدة المشاهد الجنسية بين رفقائه من الرعاة وكانت لديه رغبة في الانضمام اليهم ولكن رغم ذلك لم يخبر أهله عما كان يراه يصمت حسب ما صرح به ، ويطأطئ رأسه ويردد بان حياته انتهت في تلك الأيام.

أنهى دراسته بالابتدائي، ثم انتقل عند خالته للدراسة في المتوسط، أين كان قرار انتقاله للدراسة عند خالته مرفوضا من طرف والده، ولكن الأم عارضت فكرة والده، وهي من دافعت عن تعليم ابنها وهنا لاحظنا دموع في عينين الحالة مع فترات من الصمت عند الحديث عن علاقته مع أبيه.

حظي باهتمام خالته وزوجها، لم يكن لديهما أطفال فكانت تهتم به وبتعليمه ونظافته.. وكان زوج خالته يرافقه يوميا للمدرسة كان يحكي ذلك مع ابتسامه على وجهه و تمنى أن يكون له عائلة بديلة (رفض عائلي).

في تلك السنة أنجبت خالته طفلتها الأولى، بدأ إهتمام خالته به يقل بانشغالها بطفلتها، وصارت ترفض بقاءه عندها في العطل الأسبوعية، وكان زوجها يأخذه لأهله نهايته كل أسبوع وأبوه يعيده في يوم الدراسة الا أنه كل مرة يبدي تذمرا من اتعاب نفقات المواصلات. بقي على ذلك النظام بإصرار والدته، التي كانت تدعم أختها بالمال خفية شرط أن تسمح لإبنها بالبقاء عندها، انتقل للسنة الأولى ثانوي لكن تخلى عن الدراسة في تلك السنة مع القاء اللوم على ابيه لعدم دعمه في إتمام مسيرته الدراسية.

وعن علاقاته مع أصدقاء أو صديقات الدراسة يقول أن علاقاته كانت جد محدودة مع الأولاد و في حين مع البنات لم تكن له أي علاقة بحكم أنه كان يدرس في ثانوية للذكور فقط. إلا أنه كان يعاني من مشاعر النقص في تلك المرحلة متعلقة بهيئته الخارجية من هندام وعدم اتقانه للغة الفرنسية والتنمر عليه وتسميته بألفاظ مشينة «يصمت، ويهز رجليه بقوه وتتغير نبرة صوته إلى الحزن، إذ يعلق على تلك التسمية أنها حقيقة وتناسبه لأن والده هو من أراد منه أن يكون كذلك " ، هذا الصمت استمر لوقت طويل حيث كان فيه نوع من المقاومة، بعدها اقر ان حياته تدمرت في تلك المرحلة .
و عن علاقته بإخوته يقول أنها ليست جيدة باستثناء البنات اللائي كن تحت رعايته، كانت إجابته مختصرة و فيها نوع من التجنب للتفاصيل (إحتمالية زنا المحارم). و في مسار حياته دائما ، حين أتم 19 من عمره انتقل لمدينة أخرى بعد التحاقه بالجيش الوطني

بخصوص احتمالية كونه ضحية الاعتداء الجنسي أو التحرش في صغره، صمت فور سماعه السؤال، وبدى عليه التوتر، طلب الإذن إذا كان فيه إمكانية أن يخرج ثم يعود، كان نوعا من التجنب أو الهروب فأذنت له بالتدخين داخل المكتب، ولكن رغم السماح له بالتدخين داخل المكتب. اعتذر عن عدم قدرته لمتابعة الحصة.

في المقابلة التالية تردد كثيرا في الحديث، أين كان علي الباحث تجديد إحساسه بالثقة، وتذكيره بالسرية التامة لأي معلومات يدلي بها.

كانت هذه المرحلة من أصعب المراحل في المقابلات والتي تتضمن التاريخ الجنسي للمبحوث .و كي لا يحس بالضغط جعلت أول مرحلة هي مرحلة الرشد ، و نوعية علاقته الجنسية مع زوجته ، يصف علاقته بزوجته بالعلاقة المضطربة و التي تسبب له الكثير من الانزعاج ، و مضيفا أنه يرى العلاقة الجنسية مانعا له عن ممارسة شعائره الدينية ، و يضيف أنه أيضا يكره العلاقة الجنسية مع الزوجة لعدم ارتياحه معها ، أجاب بعد تفكير طويل أنه صار ينفر من العلاقة خاصة بعد محاولات كثيرة من الزوجة أن تكون هي المسيطرة على العلاقة ،و عن ما إذا كانت له علاقات جنسية

خارج إطار الزواج أو قبل الزواج مع نساء يجيب بالسلب ، إذن كيف ميزت الفرق بين زوجتك و أخريات في حين قلت أنك تكره المرأة المسيطرة في العلاقة الجنسية ؟ لا يجيب عن السؤال (التجنب). و بخصوص السؤال الذي أنهى بسببه المقابلة السابقة ، الذي كان يهدف إلى التعرف ما إذا قد تعرض إلى إعتداء جنسي في صغره أم لا ؟ يجيب أنه تعرض لاعتداء جنسي في سن الثامنة من عمره و يصمت و ينحني برأسه، و لم يتم إخبار أهله عما حصل له مبررا هذا بقسوة والده وعدم تفهمه له و أن المعتدي عليه هدده إذا ما أخبر أهله أنه سيخبرهم أنه من عرض عليه أن يمارس معه الجنس، و بخصوص تاريخ إنحرافه الجنسي (اشتهاء الأطفال أو البيدوفيليا) كانت المقابلة مليئة بالمقاومات، فتجنبه للحديث كان بتكرارات مرتفعة . لأن الموضوع يظل بالنسبة له تابو "عيب" وأيضا التخوف من التصريح به يعود لاختلال الثقة في الباحث لذلك كان علي تجديدها في كل مرة و تذكيره بالسرية التامة للأمر. وعدم الإلحاح على المبحوث و احترام خصوصياته، في حين أنه في كل حصة و لعدة مرات يستفسر عن ما أدونه ، معبرا عن قلقه من انفضاح أمره ،و كان علي أن أشرح له أني أدون ملاحظات تفيدني في البحث و أن التفاصيل التي توحي بهويته لا أتطرق لها ، و أحترم خصوصياته و اختياراته.

و عن ميوله الجنسي للأطفال يقول أن أول علاقة جنسية ذات تكرارات كثيرة كانت مع إبنة خالته، كان في عمره 21 سنة و البنت 9 سنوات مبررا ذلك بانه لم يستطع السيطرة على نفسه وعلى ان هذا مرض "(التبرير) و يتجنب التكلم في الموضوع بحجة أنه صائم يوم الإثنين.

الحصة الموالية من المقابلة كان جد مرتبك، مضطرب يترقب الساعة، يقلب في هاتفه تبدو عليه علامات التعب. يفقد الحافزيه للكلام أقر أنه لم يعد يستطيع النوم وكثير التفكير بعدد من الأمور و يفكر في نفسه وما حدث له ويبحث عن الأسباب (استبطان).

بخصوص الإنحراف الجنسي البيدوفيليا ، كانت له علاقات قبل 21 سنة لكن كانت مختصرة على ملامسات للبنات في أعضائهن التناسلية أو تقبيلهن ، و كان يفضل البنات بكثرة على الأولاد ،" و عن فارق السن بينه و بين ضحاياه كان يبرره بأنه يحب البنات الصغيرات و يشتهيهن جنسيا أكثر من المرأة البالغة . لأنه في العلاقة الجنسية لا يحس بنفسه قويا إلا إذا كان هو المسيطر على العلاقة و هذا الإحساس تفقده إياه امرأة بالغة لأنها تعرف ما معنى العلاقة الجنسية أما الصغيرة هو من يعلمها.

كما أقر أنه يشعر بالندم بعد كل ملامسة أو فعل جنسي يرتكبه على البنات الصغيرات ويلجأ بعدها للصلاة وقراءة القرآن.

و قد صرح المبحوث في المقابلة أنه تنتابه أفكار انتحارية لا سيما أن الأمر وصل به الى اشتهاء اطفاله دون الوصول للفعل لكن تبقى تلك الرغبة تلح عليه ،و فيما يخص مواجهته لتلك الرغبة في حين عدم القيام بها يجيب بصعوبة أنه يمارس الإستمناء و يفضله على الفعل الجنسي على أولاده ، إلا أن المبحوث يتجنب الكثير من الأسئلة والاجابة عليها باختصار مع ملامح القلق التوتر.

4.3 التحليل الكيفي للمقابلات

يتضح لنا من خلال المقابلات و المعلومات اللفظية و الإيماءات و الصمت و التعبيرات الانفعالية و السلوكات ، أن الحالة عاش مرحلتي الطفولة و المراهقة بصعوبة و كانت محبطة ، و ذلك من خلال التحدث عن والده ، و اضطراب العلاقة مع الأب و العلاقة الأخوية و التي كان سببها تفضيل الأب الإخوة عليه ، بمنحهم فرصة الاستمرارية في التعلم و حرمانه منها ، و مشاعر القمع التي تكررت في المقابلات المصحوبة بفترات الصمت . أما عن علاقته بوالدته كانت علاقة جيدة بحكم أنها كانت تمثل له السند في تلك المرحلة. و بخصوص الانحراف الجنسي البيدوفيليا و بالإستناد على الدليل التشخيصي و الإحصائي للإضطرابات النفسية المعدل (DSM 5) نجد ما يلي :

الاضطراب على مدى 06 أشهر على الأقل، و ذلك على شكل استثمارات جنسية أو إندفاعات أو سلوكيات متكررة و كثيفة تتضمن نشاط جنسي مع طفل أو أطفال قبل سن البلوغ و هذا ما استنتج من المعلومات المجموعة من المقابلات في حين أن الإستثمارات الجنسية و المتكررة كانت كثيفة مع الأطفال في حين العلاقة الوحيدة التي كانت مع الراشدين هي علاقته بزوجته و التي يفضل عليها العلاقة بالأطفال مبررا ذلك أنه صار ينفر من العلاقة الجنسية مع الزوجة بسبب محاولة تحكمها في العلاقة و أيضا مضيفا إمكانية زواجه من بنت تبلغ 12 سنة . و لقد تصرف الحالة وفقا لهذه الاندفاعات الجنسية ، و هذه الإندفاعات الجنسية أو التخيلات تسبب إحباطا هاما (الرغبة الجنسية تجاه أولاده و تفكيره في الإنتحار ..)،وشكلت له أيضا صعوبة في العلاقات الشخصية منها علاقته الزوجية .

و عن عامل السن يتوفر فالحالة كان يبلغ من العمر 21 سنة ، و أكبر ب 12 سنة من الطفل محل الإستثمار الجنسي.و أهم الآليات الدفاعية المستخدمة من طرف المبحوث هي :

التقمص Identification : و لها رمزية تقمص المعتدي عليه جنسيا في طفولته و ذلك يظهر في تهديد ضحيته بعدم إخبارها لوالديها ، متقمصا نفس دور المعتدي عليه .

التبريرrationalisation: هذه الآلية تكرر استخدامها من طرف المبحوث كلما تعلق الأمر بالبيدوفيليا و ذلك لأن الفعل غير مقبول إجتماعيا، و هو يدرك تماما ذلك و لهذا ميكانيزم الدفاع يخفض بالنسبة له حدة القلق الناتجة عن ذلك .

التجنبAvoidance و الذي تكرر استخدامه من طرف المبحوث هروبا من المواقف المؤلمة و التي تسبب له القلق من موضوع كونه كان ضحية إعتداء جنسي في الصغر.

الجسدنة : و التي يتم فيها تحويل مصادر التوتر و القلق لصورة أعراض جسدية و ذلك في أعراض الصداع النصفي التي يعاني منها و قد باءت كل العلاجات التي اتبعها بالفشل .

القمع : Répression ويظهر بتكرار حين تطرقه للحديث عن والده .

2.3 عرض و تحليل نتائج إختبار الرورشاخ

يمثل الجدول رقم (01) إستجابات المبحوث لكل بطاقة، بالإضافة إلى تحقيق و تنقيط كل الإستجابات و هو كالتالي :

الجدول رقم (01): عرض نتائج إختبار الرورشاخ.

I	1:50 د V,"0:10 خفاش .<،>،^،	خفاش ..و صايي	G F + A (ban)
II	0:20V^، فراشة "0:15	كل الشكل	G F + A
III	^، 1:50 دV>،<، في حاجة ماشي مليحة .ويعيد قلب زوج نسا مطاطيين .كانو يديرو اللوحة.. مافهمتهاش بزاف 1:00 "	**كل الشكل**	**G F + H** **Sex**
IV	V ^ د0:10 خفاش بالمقلوب "0:5	**لامس بيده كل الشكل**	G F +A
V	د 0:10 شتا هادي؟ ثم ماشي واضحة ممكن تعاوني شوية .لا ما يصمت فهمتهاش ..مخلطين يتشابهو "0:15		Refus
VI	V ^0:20 د حجر تاع راجل كي يشوفوه من رول (القضيب) "0:10	**يشير إلى الحدود البقعة بإصبعه**	D F- SEX
VII	د0:10 زوج شاشرة يلعبو "0:5	**كل الشكل**	G F+H K

VIII	0:17 د تشبه لهاذي للي قلت عليها حجر تاع راجل (القضيب) بصح ملونة مخلطة ..كي شغل ما تنجمش تفرزها 0:20"	يحوط بإصبعه كل الشكل بما فيه المساحة البيضاء .	D F – SEX C
IX	0:10 ماشي باينة . 0:00"		Refus
X	1:50 د ما عرفتهاش		Refus

الإختيار (+) = 1، 7 ساهلين.

الإختيار (-) = ماشي واضحين يعيوك للي باقي كاع ماشي مليح.

مميزات بروتوكول الرورشاخ

يعرض في الجدول رقم (2) مميزات بروتوكول الرورشاخ الخاص بالحالة و المتمثلة في العناصر النوعية و التوقيت بشقيه وقت الكمون ووقت الإجابة و كذلك عدد الإجابات و هي مبينة في الجدول الآتي .

جدول رقم (02): مميزات بروتوكول الرورشاخ.

	وقت الكمون	التوقيت في اللوحة	عدد الإجابات	العناصر النوعية	
				على مستوى الحديث	على مستوى السلوك
I	1:50	01	0:10	إجابة سريعة	سلوك هادئ
II	0:20	01	0:15	إجابة سرسعة	سلوك هادئ
III	0:10	01	1:00	اجابة والاشارة للشكل في اللوحة	قلق بسيط
IV	0:10	01	0:5	إشارة الى كل الشكل بإصبعه	سلوك هادئ
V	0:20	00	0:15	إجابة في شكل سؤال	الرفض
VI	0:10	01	0:10	إشارة الى اللوحة .	قلق بسيط
VII	0:17	01	0:50	إجابة سريعة	سلوك هادئ
VIII	0:10	01	0:20	إجابة سريعة	قلق بسيط
IX	0:10	00	00	لم تكن هناك إجابة	الرفض
X	1:50	00	00	لم تكن هناك إجابة	الرفض
	7:07	07	4:50		

- **السيكوغرام**

الجدول رقم (03): يتضمن السيكورام الخاص بالرورشاخ.

Facteurs généraux	Modes d'appréhension	Facteurs determinants	Contenus
R = 7	G = 5 (71%)	F % =5 (71%)	A =3 (42%)
Refus = 3	D = 2 (28 %)	F+ = 20%	H =2 (32%)

Sex =3 Anat =2	K = 1		Tps Total =50 m Tps Lat moy = 61s Tps reponse moy = 35 s Ban = 1 (14%) Rc = 12% Choix + = I , VII CHOIX - = 0

- **تحليل بروتوكول الرورشاخ**

الانطباع العام للبروتوكول

بروتوكول الرورشاخ للحالة ذو إنتاجية ضعيفة (لا يعبر عن إنفعالاته) شملت عدد الإجابات **(R= 7)** و هذا في زمن محدد ب **(T/T=50)** ، إكتفى المبحوث بتقديم إجابة واحدة لكل بطاقة ، مع رفض 3 بطاقات (**V ,IX,X**)و يدل كل هذا على أن المبحوث حاولت التعامل مع مادة الإختبار بتنشيط دفاعات الكف و الكبت حتى يسير عدوانيته و نزواته التي تستثيرها البطاقات مع التحفظات و المواظبة الإجابات الجنسية و كانت في اللوحات (**VIII ,VI,III**).

- **التحليل الكمي:**

- إنتاجية المبحوث منخفضة (**R= 7**) مقارنة بالمتوسط الذي يقدر ب (**R 20-30**).
- الإجابات الكلية كانت مرتفعة (**G=71%**) مقارنة بالمتوسط الذي يقدر ب (**20%-23%**).
- الإستجابات الجزئية الكبيرة كانت منخفضة بنسبة (**D % 28%**) مقارنة ب المتوسط الذي قدر ب (**60%- 68%**).

- **المحددات:**

جاء المحدد الشكلي بنسبة **F% 71 %** و هي نسبة ترتفع بقليل عن المعدل المتوسط الذي قدر ب (**F% = 50%-70%**) .و تراوحت بين الموجبة و السالبة و بلغت نسبة الموجبة (**F+ = 20%**) و هي نسبة قليلة مقارنة بالمعدل المتوسط و الذي يقدر ب (**70%-80%**).

- **المحتويات:**

شملت إجابات المبحوث على مستوى المحتوى الحيواني (**A 42%**). و هي نسبة منخفضة مقارنة بالمتوسط العادي الذي يقدر ب (**A 45%**).

المحتوى البشري ظهر مرتفع و قدر ب (H 32%) مقارنة بالمتوسط العادي الذي قدر ب (H 12%-18%).

كما تضمنت إجابات المبحوث على المستوى التشريحية و قدرت ب (Anat= 2).

مؤشر القلق عند الحالة (RC %) يقدر ب 12%و هو منخفض مقارنة بالمتوسط العادي الذي يقدر ب (RC = 30%-35%).

- **التحليل الكيفي**

التناولات المعرفية

تميل الحالة للرؤية الشاملة (G% 71%) في حين تظهر الإجابات الجزئية بنسبة (D%28%) ما يدل على تجنب المبحوث لأي مجهود عقلي مفصل قد يكشف الصراع. فالإجابات الشاملة المرتفعة تعبر عن البحث عن أنا موحد (غير مجزأ) فهي تصر على إسقاط الجسد المستقر و الكامل ، ما يشير إلى الإهتمام بصورة الجسد المفرطة و هذا راجع إلى تشوه صورة الواقع ، و جمود فكري و كذلك غياب صورة الجسد المتكامل.

كان المتناول الإدراكي الجزئي في حدود المتوسط (D % 28%)، و هذا دليل على وجود نقص و عجز ذاتي بالإضافة إلى هشاشة التوظيف النفسي ، كما لوحظ قلة الإجابات الحيوانية و التي قدرت ب (A 42%) و هذا ما يجعلها تتميز بالهدوء و غياب عامل العدوانية.

أما فيما يخصص المحددات الشكلية (F % 71%) ميزتها التشكيل المرتفع مع فعالية الرقابة الناجحة (F+ 20%) ، حيث أن الإجابات (F %) تدل على معايشة تجربة عاطفية صعبة. فالشكل الإيجابي يشهد على صراع بين الرغبة في التحكم و وضوح المحيط ، و التمسك بالمحدد الإدراكي الشكلي يفسر الرغبة في التحكم في البعد الإسقاطي للبقع و عدم فسح المجال بالعالم الهوامي و النزوي تحت تأثير الرقابة الشديدة أما برفضه للوحات V يعطي المبحوث صورة عن نفسه حيث أظهر رفضه لها ، و رفض اللوحة IX يعبر من خلاله المبحوث عن نمط المعيشة العلائقي مع المحيط سواءا من خلال حركة التداعيات الإيحائية ، أو الهوامات التمهيدية أو الإضطهادية ، و تصدع في التقمص النرجسي و هذا ما عبر عنه برفضه لها. و أما عن اللوحة X هي لوحة تتميز بالتبعثر في شكلها مما يجعلها تختبر قدرة الفرد على توحيد الصورة الجسدية و يظهر عجزه على توحيد صورة جسده.

- **العلاقة مع الو اقع**

تعبر الإجابات الجزئية و الشاملة تشوه الواقع و جمود فكري ، و صعوبة في إدراك صورة الجسد و استعمل المبحوث الرموز الحيوانية (A =3) و هذا يمثل ميكانيزم الدفاع التجنبي، حيث نسبة (A % 42%) تدل على صعوبة ربطه لعلاقات مع الخارج ، أما بنسبة للإجابات الإنسانية (H 32%)كانت مرتفعة .و سجلت نسبة القلق بالنسبة للمبحوث ب (RC 12 %) و هذا يرجع الى استخدامه لميكانيزم الكبت . و أما للإجابات الشائعة في منخفضة عن المتوسط (Ban =1)و هذا يعود إلى مشكلة في التكيف في الوسط الحالي .

- **الدينامية الصراعية**

حصيلة الإستجابات اللونية و الحركية (K>C) مكتئب حيث تنعدم تماما المحددات اللونية و ظهور حركة بنسبة ضئيلة (k =1) ، يدل ذلك على قمع المبحوث للحركات التصورية و العاطفية ، و تدل ايضا قلة الاستجابات للألوان على وجود حلقة إستهامية مكبوتة بحدة و نسبة الحركة القليلة هي مؤشر على الإنكار .

رفضه للوحات(V ,IV, X) دليل على تشوه صورة الجسد ، صعوبة في بناء علاقات جديدة و صراعات علائقية و عزلة اجتماعية .و انخفاض (RC 12%) مقارنة بالمتوسط العادي يدل على استخدام ميكانيزم التجنب .حدد اختياره الإيجابي للوحتين الأولى و السابعة ، خاصية اللوحة الأولى أنها تحرك في الفرد مشاعر الاكتئاب و الحزن ، و ذلك لخصوصية جانبها الأسود و الرمادي .أما اللوحة السابعة تمثل العلاقة مع الأم في المراحل البدائية و هي لوحة الأنوثة و الأمومة تمكن من إسقاط التصور اللاشعوري الذي هو الأم ، أما اللوحات السيئة برر أنها كثيرة .بروتوكول المبحوث ملئ بالتجنب ، و ذلك بعدم خوضه في التفاصيل و العمق ، يظهر قدرته على التحكم بعدم ترك أي عنصر يفر من الرقابة . المقاربة الجزئية جاءت منخفضة على المراقبة المستعملة لأهداف دفاعية والتي تأتي لكبح السيرورات الإسقاطية. ندرة إجابات الحركة يشير إلى إستحالة التموضع في جو إنتقالي يسمح بالحركة و التبادل بين الواقع و الخيال مع ضعف القدرة على التصور . و يظهر البروتوكول سوء تكيف المبحوث مع المحيط من خلال إنخفاض مؤشر Ban و نفس السياق للاستجابات فقد تساوت تقريبا الحركة مع اللون ، و هذا التوظيف يظهر لدى الأشخاص الهشين ، كما يظهر ضعف الإرصان لدى المبحوث و فقر إستهامي و ذلك باستعماله الواقع الخارجي الإدراكي لتجنب التعبيرات الناتجة عن الضغوطات النزوية .يظهر في البروتوكول إستجابات جنسية ، و التي تظهر النزعة الشاذة على معظم الإستثمارات الخارجية و تجعلنا أمام توظيف جنسي شاذ .

4. 2مناقشة وتفسير النتائج

بناء على ما تم التوصل إليه من نتائج من خلال تحليلنا للمقابلات واختبار الرورشاخ خلصت الباحثة إلى تحقق لمعظم فرضيات الدراسية الحالية، وسنتطرق في محاولة لمناقشة وتفسير هذه النتائج على ضوء دراسات سابقة أجريت في السياق نفسه أو قريب منه، وكذا أدبيات من التراث العلمي في هذا الموضوع، وذلك بهدف شرح وتوضيح التوافق و الإختلاف ونتمكن من تحديد مكانة البحث الحالي بينهما.

تجدر الإشارة لأنه تم خلال هذه الدراسة تسليط الضوء على الآليات الدفاعية للأنا لدى للبيدوفيلي، مركزين في ذلك على أبعاد مهمة قد تحدد لنا نوع الآليات الدفاعية للأنا عند البيدوفيلي.

1) يستعمل البيدوفيلي آليات دفاعية انسحابيه وأخرى إبداليه.

بعد اختبار الفرضية الأولى التي تنص على أن الآليات الدفاعية للأنا لدى للبيدوفيلي تجنبية أو إبدالية فإنه في النتائج ضهر أن الآليات الدفاعية المستخدمة تجنبه الصراع وتحقق التوزان العاطفي لديه، و تبين ذلك من خلال فحص حالة الدراسة وما أسفرت عليه نتائج تحليل المقابلات والاختبار الاسقاطي الرورشاخ و. فتجلى أنه للمبحوث إنتاجية ضعيفة في اختبار الرورشاخ ، والتي تمثلت في تحفظات كلامية والتي يقابلها في اختبار الرورشاخ الرفض لـ ثلاث لوحات وغياب استجابات الألوان و ندرة الحركة.

فالسيطرة الواضحة لصيغ تجنب الصراع والكف النفسي، تترك فضاءا محدودا للتعبير عن العاطفة وإن الدراسة تتوافق ودراسة بوغربال(2012) التي هدفت إلى التعرف على نوعية التقمصات لدى البيدوفيلي ، وقد قامت الباحثة في دراستها باعتماد المنهج العيادي وإختبار تفهم الموضوع، وتوصلت النتائج إلى أن البيدوفيلين يستخدمون دفاعات التجنب والكف .و أثبت إختبار تفهم الموضوع وجود هشاشة في التقمصات والتوظيف النفسي من خلال عدم إرصان اللوحات التي تحرض إشكالية العلاقة (أب-طفل) والعلاقة (أم-إبن). إلا أن أيضا دراسة جعدوني(2010) تجلت فيها صيغة تجنب الصراع والكف النفسي والتي هدفت إلى دراسة التوظيف النفسي لدى المعتدي جنسيا . معتمدة على المنهج العيادي وإختبار الرورشاخ و TAT.

تتفق نتائج الدراسة مع دراستنا في ندرة الصور الإنسانية الكاملة في الرورشاخ وهذا يقوي إحساس أن الدفاعات ضد العزيزة ليست من نوع الكتب والشخص لا يتموضع في سجل العصاب (duflot,1996.117)، وهذا ما يسمى بالكف النفسي ويعبر عن صعوبة التفكير وصعوبة تحريك عمل

الربط بين التصورات والعاطفة و منه فالآليات الدفاعية التي يستخدمها الأنا للبيدوفيلي هدفها تجنب الصراع وتحقيق التوازن العاطفي.

يستخدم البيدوفيلي ميكانيزم الدفاع التبرير لدفاع عن التشوه ، المعرفي الذي يحمله، وذلك حسب المقابلة حيث صرح برغبته في الزواج من طفلة لا تتجاوز 12سنة، وبرر عزوفه عن ذلك بقوله "الناس يقولو هبل" وهذا لإدراكه لخطورة الأمر، ورفضه إجتماعيا ، وأسفرت نتائج الرورشاخ عن عدم تكيفه الإجتماعي.

إذن إستخدام الأنا لميكانيزم التبرير هدفه إستبعاد الألم الذي يوجد في الواقع وهو رفضه لسلوكه الجنسي لأنه مدرك تماما خطورته إجتماعيا ،وهذا ما يتفق مع دراسة (ploudre , 2001) ، في حين توصلت دراستها إلى أن معظم البيدوفيلين لا يملكون أفكارا مشوهة وذلك لعينة شملت 63 مبحوث وتتفق هذه الدراسة مع دراسة **(Lang & Langevin ,1991)** الذي وجد نسبة 81 % من عينة متكونة من 45 بيدوفيلي لا يعانون من تشوهات معرفية ، كما توصلت الدراسة إلى وجود فرق بين أبعاد شخصية البيدوفيليين والأشخاص العنيفين والعاديين في عامل الهيمنة، والذي جعل التساؤل قائما هل البيدوفيلي يواجه صعوبة أقل في ممارسة الهيمنة على الأطفال مقارنة بالنساء البالغات؟

وهذا ما يبرر رفض المبحوث للعلاقة الجنسية مع زوجته وعدم تكيفه الجنسي معها" وكان يقصد بذلك الهيمنة الجنسية، عكس ما كان في علاقته الجنسية مع الطفلة. إن كان له دور المهيمن ،وهذا ما يجعل البيدوفيلي يحس أنه في موضع قوة (هيمنة) إلى أن ظهرت دراسة**(Howells ,1978)** التي سجلت درجة عالية في الهيمة لدى البيدوفيلين إذا أنهم ينظرون إلى أن الأطفال غير مهيمنين وإن البالغين يسيطرون عليهم ، وفي نظرهم أي الطفل مثالي يتمتع بصفات إجابية تجعله يشعر أكثر بالإرتياح وذلك حيث يمارس السيطرة عليه .

في حين أن دراسة **(إدواردو، 2012)** التي هدفت إلى إستكشاف البروفيل النفسي الإجتماعي للبيدوفيلي أثبتت وجود تشوهات معرفية وتتمثل في :

- ✓ المداعبات الجنسية ليست في الحقيقة جنسية ، و بالتالي لا ضرر في ذلك .
- ✓ الأولاد لا يعارضون لأنهم يحبون الجنس .
- ✓ سيتعرف المجتمع على متعة ممارسة الجنس مع الأطفال .
- ✓ عدم وجود مقاومة جسدية ، يعني أن الطفل يرغب في الإتصال الجنسي .
- ✓ ممارسة الجنس وسيلة جيدة لتعليم الأطفال .

✓ عندما يسأل الطفل عن الجنس هذا يعني أنه يرغب في ممارسته .

و هذه الدراسة لا تتفق مع دراستنا بخصوص التشوهات لمعرفية.

يكون المرور إلى الفعل لدى البيدوفيلي بناء على ميكانيزم الدفاع التقمص، وذلك من خلال إختبار الرورشاخ. كشفت الدراسة الحالية أن معايشة المبحوث لصدمة في مرحلة الطفولة بناء من أول مشهد جنسي، وتحرش جنسي ثم اعتداء جنسي كامل. وهذا ما كشف عنه في إسقاطه لتجربة شخصية في المقابلة (التماهي بالمعتدي).

2) يعاني البيدوفيلي من هشاشة في الأنا

من أجل اختبار الفرضية التي تنص على " يعاني البيدوفيلي هشاشة في الأنا " فبناء، على ما استخلص على نوع الآليات الدفاعية يتضح لنا أن أنا البيدوفيلي هش، لأنه ليس بعصابي و هذا لغياب تأنيب الضمير و دفاعات العصاب تتمثل في القمع، الكبت، الإزاحة، في حين دفاعات الذهان تتجلى في إنكار الواقع، الإسقاط **(Bergeret ,1996)**.و حسب خلاصة النتائج فالقمع سجل بنسبة ضئيلة مقارنة بالتبرير و التجنب.

إضافة إلى الإختبار الإسقاطي فتحليل المقابلة يظهر ميكانيزم التقمص ، إذ أنه تقمص نفس دور المعتدي به ، مع ضحيته (يسلك نفس سلوك المعتدي عليه) ويأخذ منه نقاط قوته. فحسب أنا فرويد 1969 ميكانيزم تقمص المعتدي الذي حدد لأول مرة في عام 1936 ،يشير إلى أن الشخص يواجه خطرا خارجيا يمثل نقدا للسلطة، فيقوم بتقمص المعتدي إما بإسترداد عدوانية كما هي أو بتقليد فزيولوجي أو معنوي للشخص المعتدي أو بتبني بعض رموز القدرة المميزة له وبذلك يحصل إنقلاب الأدوار ويقلد المعتدي (جعدوني، 2010).

أما باقي الدراسات كدراسة روسو سنة(2014) التي كان هدفها العلاقة بين السلوك البيدوفيلي وبنيات الشخصية. وشملت الدراسة عينة متكونة من 71 بيدوفيلي، إذ أكدت الدراسة أنه لا يوجد تجانس سواء على مستوى نضج الأداء النفسي والسلوك الجنسي. كما يشير إلى أن النضج الأكبر في الأداء النفسي يرتبط بتدهور أقل في الوظيفة الجنسية، وفي الأخير كانت النتيجة وجود تفاعل بنية الشخصية والصدمات الجنسية في الطفولة وتدهور الوظيفة الجنسية.

وتدعم هذه النتائج التحليل النفسي للانحراف وتؤكد النظرية القائلة إن البيدوفيليا يمكن أن تكون موجودة في جميع بنيات الشخصية، في حين أن معظم الدراسات التي تناولت المعتدي الجنسي في سيرورته النفسية الديناميكية، أثبتت أنه لا يعاني من أي مرض عقلي، واختص علماء التحليل

النفسي في تناول هذه الظاهرة من جوانبها النفسية الديناميكية في محاولات تفسيرية نفسية للفعل الجنسي (جعدوني، 2010).

وخلاصة القول أن نتائج البحوث والدراسات تتوصل إلى وصف دقيق لشخصية البيدوفيلي، إذا أنه لا يختص ببنية دون أخرى، و لا تقتصر فقط على الذكور، و أن معظم الدراسات تتفق ودراستنا في نوع الآليات الدفاعية للأنا التي يستخدمها البيدوفيلي، يستدعي الأمر إجراء المزيد من الدراسات بهدف التعرف على البروفيل النفسي للبيدوفيلي مما يفتح المجال أمام دراسات أخرى تتعلق بالمجني عليه (الطفل) لماذا يكون هذا الطفل ضحية دون غيره؟ إلا أن هناك صعوبات تميز هذا النوع من الدراسة وهو ما يتعلق بالعينة. فتطبيقها يتطلب وقتا وجهدا وصبرا وهذا لصعوبة إيجاد العينة، ليس لقلتها بل لصعوبة الكشف عنها.

خاتمة

تبقى مشكلة الإنحراف الجنسي من أخطر المشاكل وخاصة البيدوفيليا لما لها من علاقة بفئة ضعيفة التي هي الأطفال.

بعد الإطلاع على أكبر عدد من الدراسات السابقة في حدود علم الباحثة والتي شملت نتائجها التقمص، التشوه المعرفي ، الإكتئاب ، النساء البيدوفيليات ...إلخ .

حاولنا في دراستنا التركيز على الآليات الدفاعية للأنا لدى البيدوفيلي بإعتماد على المنهج العيادي بدراسة تحليلية معمقة لحالة واحدة،و بالتركيز على الملاحظة والمقابلة نصف الموجهة واختبار الرورشاخ

بعد الإحاطة بأبعاد مشكلة الدراسة ، قمنا بدراسة ميدانية توصلنا من خلال تفسير ومناقشة نتائجها أن الآليات الدفاعية للأنا التي يستخدمها المبحوث هي التقمص –التبرير الإنكار –التجنب بأعلى نسب و تندرج ضمن الآليات التجنبية ، أما عن نوع الأنا لدى البيدوفيلي فهو أنا هش .

يجدر الإشارة إلى أن نتائج الدراسة يمكن لها أن تفتح المجال للباحثين قصد إثراءه والإتيان بالجديد فيه بإعتبار البيدوفيليا خطر يهدد الأطفال وهي لا تخص مجتمع دون آخر بل في كل المجتمعات العربية أو الأجنبية وبمختلف أديانها ومعتقداتها. يبقى الفعل المرتكب فظيعا لكن البيدوفيلي لم يستطيع ولن يستطيع إعطاء التفسير لسلوكه.وهذا لا يلغي المسؤولية الجنائية عنه ، كما أن البحث العلمي في علم النفس العيادي أو المرضي لا يبرر الإنحراف ولا يلغيه، لكن يجيب على أسئلة كثيرة تطرح من طرف المختصين في مختلف الميادين .ومنه فإنه الواجب على السلطات

المعينة تسليط الضوء على كلتا الطرفين الجاني والمجني عليه وبصيغة أخرى الفاعل والضحية وذلك بـ:

- التكثيف من خلايا الإصغاء النفسي للتكفل بالحالات .
- إقتراح برنامج توعوي للأطفال والآباء بخصوص التربية الجنسية وكيفية حماية الطفل من أن يكون ضحية الإعتداء الجنسي.
- تسليط عقوبات رادعة على المعتدين جنسيا على الأطفال.
- إعداد برنامج علاجي خاص بالسجون لعلاج المنحرفين جنسيا وعدم الإكتفاء بالعقوبة القانونية. بل المتابعة بعد إنتهاء العقوبة في مراكز خاصة، وذلك لتفادي تضاعف الضحايا والتقليل من الآثار السلبية لهذا الإنحراف

قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية:

بوغربال، ضاوية. (2013). *نوعية التقمصات لدى البيدوفيلي*، مذكرة ماستر (غير منشورة) ، جامعة الجزائر 2: كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

جعدوني، زهراء. (2010). *الاعتداء الجنسي، دراسة سيكوباثولوجية للتوظيف النفسي للمعتد جنسيا*، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، جامعة وهران: كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية.

سي موسي، عبد الرحمان وزقار، رضوان. (2015). *العنف الإرهابي ضد الطفولة والمراهقة: علامات الصدمة والحداد في الإختبارات الإسقاطية* ، الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.

شويخ، هناء (2017). *علم النفس المرضي: الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية*، الإصدار الخامس، ط 12، القاهرة: مكتبة الانجلو مصرية.

طه، فرج عبد القادر (1989). *معجم علم النفس والتحليل النفسي*، لبنان: دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع.

العلوم الإنسانية والاجتماعية.

عليان، ربحي مصطفى وغنيم، عثمان محمد. (2000). *مناهج وأساليب البحث العلمي_ النظرية والتطبيق*. (ط1)، عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.

فرويد، سيجموند. (1966). *الأنا و الهو، ط 4*، ترجمة نجاتي محمد، بيروت: دار الشروق العربي

ياحي،علي (2021). أطفال الجزائر ضحايا الاعتداء والاختطاف والضرب، استرجع بتاريخ: الجمعة 4 يونيو 2021،من الموقع:https://www.independentarabia.com/node/228576

المراجع باللغة الأجنبية

Bergeret. J. (1996). *La personnalité normales et pathologique*, Paris : DUNOD.
Chabert, C. (1998). *Psychanalyse et méthodes projectives*, Paris : Dunod.

Chiland .C. (1983) .*l'entretien clinique* **,**1ere édition , Paris : Quadrige.

Debroux, Pierre ; De Noos, Lisa ; Malempré, Marc ; Dejonghe, Marie et Migeal, Caroline. (2012). *Manuel du test de rorschach_ Approche formelle et pschodynamique*. (3em édition), Bruxelles : édition De boeck supérieur.

Duflot ,C. Le « pervers » : Agresseur ou victime ? Étude du Rorschach. In: *Psychologie clinique et projective*, vol. 2 n°1, 1996. Violences. pp. 113-123

Howells. K. Some meanings of children for pedophiles. In *M.COOK et G.WILSON* (Eds.),Love and attraction (1978). London : Pergamon pp 57-82

Lang, R. A., & Langevin, R. (1991). Parent-child relations in offenders who commit violent sexual crimes against children. *Behavioral Sciences & the Law*, *9*(1), 61–71. https://doi.org/10.1002/bsl.2370090108

Laplanche, J & Pontalis, J. (2016). *Vocabulaire de psychologie*. Paris : PUF

Larousse ,P. (1991). *Dictionnaire français*, Paris : Larousse et Boyer.

Perron, R .(1979). Les problèmes de la preuve dans les démarche de psychologie dite clinique, plaidoyer pour l'unité de la psychologie_ *in Psychologie Française* tome 24, N1.p44

Plourde, C (2021). *Les distorsions cognitives et les traits de personnalité chez les pédophiles*, [CANADA (Nouveau-Brunswick)]: Université de Moncton, https://www.collectionscanada.gc.ca/obj/s4/f2/dsk3/ftp05/MQ62593.pdf

www.persee.fr/doc/clini_1265-5449_1996_num_2_1_1087

مستقبل تشخيص اضطرابات البارافيليا في ضوء التغيرات الاجتماعية

The Paraphilic disorders diagnosis's future in light of social changes

ط.د فنيخ يعقوب/ جامعة سكيكدة 20 أوت 1955/ الجزائر

PhD. Student Fenikh Yakoub/ University August 20, 1955 Skikda /Algeria

الملخص:

تحاول هذه الدراسة تسليط الضوء على مستقبل تشخيص اضطرابات البارافيليا في ظل التغيرات الثقافية الاجتماعية الجديدة، حيث أن التطلع نحو حرية جندرية وجنسية كاملة دون تقييد لأي نوع من السلوكيات قد يصطدم مع واقع تصنيف بعض هذه السلوكيات ضمن إطار مرضي يصف اضطرابات الولع الجنسي (البارافيليا)

إذن فإن التغيرات الاجتماعية الثقافية الجديدة تصب مباشرة في إطار المعيار الاجتماعي الذي يعتبر محكا هاما في النظر لمختلف ظواهر السلوك الإنساني وتقييمها إلى ما هو سوي وما هو مرضي، وبالتالي فإن العاملين في مجال الصحة النفسية قد يجدون أنفسهم في معضلة حقيقية تستدعي الكثير من الدراسات والأبحاث وهذا ما سيتم التطرق إليه.

الكلمات المفتاحية: البارافيليا، تشخيص البارافيليا، التغيرات الاجتماعية الثقافية، المعيار الاجتماعي.

Summary:

This study attempts to shed light on the future of diagnosing paraphilic disorders in light of the new social and cultural changes, As the aspiration towards complete gender and sexual freedom emerges without restriction of any type of behaviour that may collide with the reality of classifying some of these behaviours within a pathological framework that describes paraphilic disorders.

So, the new social and cultural changes fall directly within social standard, which is an important criterion in looking at the various phenomenon of human behaviour and evaluating them to what is normal and what is pathological, and therefore workers in the field of mental health may find themselves in a real dilemma that requires a lot of studies and research. that's what will be discussed in this study.

Key words: paraphilic disorders, paraphilia diagnosis, the social-cultural changes, social standards.

مقدمة:

تعتبر الجنسانية الإنسانية أحد المواضيع المعقدة والتي لا تزال العلوم المختلفة باختلاف تخصصاتها تدرسها وتحاول فهمها. إنها ظاهرة إنسانية متعددة الأبعاد، ولا يمكن فهمها إلا في (إطار بيولوجي، نفسي، اجتماعي) تكاملي دون استبعاد أو اقصاء أي محور.

إن السلوك الجنسي حمل اهتمام علماء النفس، وكغيره من السلوكات الأخرى حاولوا تصنيف هذا السلوك إلى ما هو سوي وآخر مضطرب وهذا ما وصل إليه اليوم المختصون بالفعل وهذا عبر تصنيفات أساسية في مجال الصحة النفسية والعقلية مثل الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية تحت مسمى اضطرابات البارافيليا.

في المقابل فإن هذا التشخيص كان وفق معايير رئيسية من بينها المعيار الاجتماعي خاصة وأن السلوك الجنسي هو ظاهرة اجتماعية كذلك، إنه مكون اجتماعي قادر على خلق تغيرات اجتماعية معتبرة. تغيرات قادرة بدورها على قلب محاور تشخيص الظواهر النفسية المرضية وبالتالي قد نشهد تعديلات تطرأ على السيرورة التشخيصية لهذه الاضطرابات.

ماهي اضطرابات البارافيليا؟ كيف يتصل السلوك الجنسي بالتغيرات الاجتماعية؟ وما هو مستقبل تشخيص اضطرابات البارافيليا في ظل هذه التغيرات الاجتماعية الجديدة؟ كل هذه الأسئلة ستحاول هذه الورقة البحثية الإجابة عنها

أولا: اضطرابات البارافيليا

1- تعريف:

لغة: إن الأصل اللغوي لمصطلح البارافيليا (paraphilia) هو اغريقي، حيث أن (philos) تشير إلى الحب و (para) تعني بجانب (Mozer & Kleinplatz, 2020)، وقد تستخدم para للدلالة على أمر غير طبيعي وبالتالي فإن المعنى اللغوي يشير إلى نوع من الحب الغير عادي أو الغير طبيعي

اصطلاحا: يشير البارافيليا إلى تلك الاضطرابات التي تكون فيها الهوامات أو السلوكيات الغير مألوفة أو الغريبة ضرورية للإثارة الجنسية (VandenBos, 2015, p 760)

إنها الانجذاب الجنسي لأشياء أو لأنشطة جنسية غير معتادة وتستمر لفترة زمنية لا تقل عن ستة أشهر (كرينغ وآخرون، 2016، ترجمة أمثال هادي الحويلة وآخرون، ص 737).

2- إشكالية الترجمة:

تعددت الترجمات العربية لاضطرابات البارافيليا، حيث تم استخدام العديد من العبارات للدلالة عليها من بينها:

- الانحرافات الجنسية
- اضطرابات الولع الجنسي
- الشذوذات الجنسية

إن أسلوب أو عبارة الترجمة يتأثر بطبيعة اللغة وبالأفراد الناطقين باللغة، هذا النوع من الاضطرابات يصنف ضمن قائمة المحظورات (خاصة للشعوب العربية التي تحمل صفة المجتمعات المحافظة والتي لا تخوض في كثير من الأحيان في هذا النوع من المواضيع، كما قد لا ينظر إليها بنوع من الموضوعية العلمية البحثية).

إن جدل المصطلح المستخدم لوصف هذه الاضطرابات ليس حكرا على المترجمين فحسب، فلقد مست التسمية الدالة على هذه الاضطرابات مجموعة من التغييرات في الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية والنفسية (DSM) والذي تصدره الجمعية الأمريكية للأطباء العقليين (APA) والذي يعتبر مرجعا هاما لمختصي الصحة النفسية في تشخيص الاضطرابات النفسية والعقلية. لقد استخدم مصطلح (sexual deviations) في كل من الإصدار الأول من الدليل (DSM-1) في 1952 والإصدار الثاني (DSM-2) في 1968 والذي يمكن ترجمته إلى الانحرافات الجنسية قبل أن يتم تعويضه بمصطلح (PARAPHILIA) في الإصدارات اللاحقة من الدليل والذي يستخدمه

البعض مباشرة في الكتب المترجمة دون أي مصطلح آخر. هذا وسيتم التطرق إلى فرق التسمية بين (DSM-4 TR) و (DSM-5) في عنصر لاحق.

3- الاضطرابات المشكلة لاضطرابات البارافيليا:

- **اضطراب التلصص:** تتحقق فيه المتعة الجنسية أو يكون مصدر الانجذاب الجنسي عبر مشاهدة أفراد آخرين مطمئنين وهم عراة او يمارسون الجنس ومعايير تشخيصه في DSM-5 كالتالي:

A- على مدى - 6 أشهر على الأقل، استثارات جنسية متكررة وكثيفة من مراقبة شخص مطمئن. والذي يكون قد يكون عارياً، أو خلال التعري، أو عند الانخراط في النشاط الجنسي كما يتجلى عبر التخيلات الاندفاعات، أو السلوكيات

B- لقد مارس الفرد هذه الاندفاعات الجنسية مع شخص غير موافق، أو أن هذه الاندفاعات الجنسية أو التخيلات - تسبب إحباطاً أو تدنياً سريرياً هاما في المجالات المهنية أو الاجتماعية، أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى

C- إن الفرد الذي يختبر هذه الاستثارات و/أو الذي يتصرف وفقاً للاندفاعات يكون قد بلغ سن 18 سنة على الأقل

- **اضطراب الاستعراء:** كشف الأعضاء التناسلية لشخص غريب لا يرغب في ذلك ومعايير تشخيصه حسب DSM-5 كما يلي:

A- على مدى 6 أشهر على الأقل، استثارات جنسية متكررة وكثيفة من كشف الاعضاء الجنسية للفرد لشخص لا يتوقع ذلك كما يتجلى عبر التخيلات، الاندفاعات، أو السلوكيات

B- لقد مارس الفرد هذه الاندفاعات الجنسية مع شخص غير موافق، أو أن هذه الاندفاعات الجنسية أو التخيلات تسبب إحباطاً أو تدنياً سريرياً هاماً في المجالات المهنية أو الاجتماعية، أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى

حدد ما إذا كان:

يستثار جنسياً من خلال تعريض الأعضاء التناسلية للأطفال قبل سن البلوغ

يستثار جنسياً من خلال تعريض الأعضاء التناسلية للأفراد الناضجين جسديا

يستثار جنسي من خلال تعريض الأعضاء التناسلية للأطفال قبل سن البلوغ وللأفراد الناضجين جسديا

- **اضطراب الاحتكاك:** تلمس أو لمس شخص بشخص دون موافقته ويتم تشخيصه من خلال DSM-5 كما يلي:

A- على مدى 6 أشهر على الأقل، استثارات جنسية متكررة وكثيفة من لمس أو احتكاك مع شخص غير موافق كما يتجلى عبر التخيلات، الاندفاعات، أو السلوكيات.

B- لقد مارس الفرد هذه الاندفاعات الجنسية مع شخص غير موافق، أو أن هذه الاندفاعات الجنسية أو التخيلات- تسبب إحباطاً أو تدنياً سريرياً هاماً في المجالات المهنية أو الاجتماعية، أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى

- **اضطراب المازوشية الجنسية:** تتحقق فيه المتعة الجنسية من خلال الخضوع للإذلال والمعاناة وتتمثل معايير التشخيص حسب DSM-5 في التالي:

A- على مدى 6 أشهر على الأقل، استثارات جنسية متكررة وكثيفة من التعرض للإذلال أو الضرب أو التقييد أو أي شكل آخر قصد به المعاناة، كما يتجلى عبر التخيلات، الاندفاعات، أو السلوكيات.

B- إن هذه الاندفاعات الجنسية أو التخيلات أو السلوكيات تسبب إحباطاً أو تدنياً سريرياً هاماً في المجالات المهنية أو الاجتماعية، أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

حدد إذا ما كان:

مع الخنق: إذا انخرط الفرد في ممارسة لبلوغ الاستثارة الجنسية عبر تقييد التنفس.

- **اضطراب السادية الجنسية:** تتحقق الاستثارة الجنسية من خلال الحاق الألم وممارسة التعذيب والأذى للفرد الآخر وتتمثل معايير تشخيصه حسب DSM-5 كالتالي:

A- على مدى 6 أشهر على الأقل، استثارات جنسية متكررة وكثيفة من المعاناة النفسية أو الجسدية لشخص آخر، كما يتجلى عبر التخيلات، الاندفاعات، أو السلوكيات.

B- لقد مارس الفرد هذه الاندفاعات الجنسية مع شخص غير موافق، أو أن هذه الاندفاعات الجنسية أو التخيلات- تسبب إحباطاً أو تدنياً سريرياً هاما في المجالات المهنية أو الاجتماعية، أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى

- **اضطراب البيدوفيليا (العشق الجنسي للأطفال):** يتمثل الشريك الجنسي المثير للانجذاب الجنسي في الأطفال ويتم تشخيص أعراض هذا الاضطراب ودائما حسب DSM-5 حسب المعايير التالية:

A- على مدى 6 أشهر على الأقل، استثارات جنسية أو خيالات أو اندفاعات أو سلوكيات متكررة وكثيفة تتضمن نشاطاً جنسياً مع طفل أو أطفال دون سن البلوغ.

B- لقد تصرف الفرد وفقاً لهذه الاندفاعات الجنسية، أو أن هذه الاندفاعات الجنسية أو التخيلات تسبب إحباطاً هاماً أو صعوبة في العلاقات الشخصية، أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

C- يكون الفرد قد بلغ سن 16 سنة على الأقل وأن يكون أكبر بخمس سنوات على الأقل من الطفل أو الأطفال في المعيار A.

ملاحظة: لا تشمل الفرد في أواخر مرحلة المراهقة والمنخرط في علاقة جنسية مع فرد آخر في عمر 12 - 13
عاماً

حدد ما إذا كان:

النمط الحصري (ينجذب فقط للأطفال)
نمط غير حصري

حدد ما إذا كان:

ينجذب جنسياً للذكور
ينجذب جنسياً إلى الإناث
ينجذب جنسياً لكلاهما

حدد ما إذا كان:

يقتصر على زنا المحارم

- **اضطراب الفتيشية:** وهو الانجذاب الجنسي لأشياء غير حية أو لأعضاء من الجسم غير الأعضاء الجنسية التناسلية ومعايير التشخيص حسب DSM-5 كالتالي:

A- على مدى 6 أشهر على الأقل استثارات جنسية متكررة وكثيفة من استعمال أشياء غير حية أو التركيز الخاص على عضو جسدي غير تناسلي كما يتجلى عبر خيالات أو اندفاعات أو سلوكيات.

B- إن هذه الاندفاعات الجنسية أو التخيلات أو السلوكيات تسبب إحباطاً أو تدنياً سريرياً هاماً في المجالات- المهنية أو الاجتماعية، أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

C- لا تقتصر لا تقتصر الأشياء الفيتشية على قِطَع الملابس المستخدمة في اللباس المتقاطع (كما في اضطراب لبس ملابس الجنس الآخر) أو الأدوات المصممة لغرض الاستثارة الجنسية اللمسية (مثل، الجهاز الهزاز.)

حدد ما إذا كان:

جزء أو أجزاء الجسد

أشياء غير حية

أخرى

- **اضطراب ارتداء ملابس الجنس الآخر:** تكزن الاستثارة الجنسية فيه مرتبطة بارتداء ملابس الجنس الآخر وتتمثل المعايير التشخيصية كما يلي:

A- على مدى 6 أشهر على الأقل، استثارات جنسية متكررة وكثيفة من لبس ملابس الجنس الآخر كما يتجلى عبر خيالات أو اندفاعات أو سلوكيات..

B- إن هذه الاندفاعات الجنسية أو التخيلات أو السلوكيات تسبب إحباطاً أو تدنياً سريرياً هاماً في المجالات المهنية أو الاجتماعية، أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

حدد ما إذا كان:

مع فيتشية: إذا استثير جنسياً بالأقمشة والمواد أو الملابس.

مع ميل للذاتية الأنثويةautogynephilia : إذا استثير جنسياً بأفكار أو خيالات عن النفس كأنثى.

- **اضطراب البارافيليا المحدد الآخر:** وهي اضطرابات تسيطر فيها الأعراض المميزة لاضطرابات البارافيليا وتسبب إحباطا أو تدنيا سريريا هاما أو ضعفا في الأداء في المجالات الاجتماعية أو المهنية من مثل: الزوفيليا (الولع الجنسي بالحيوانات)، ولع البراز أو البول، الولع بالأموات، استثارة جنسية كثيفة ومتكررة عبر الهاتف

- **اضطراب البارافيليا الغير محدد** ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة لاضطراب الولع الجنسي والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها، ولكن لا تفي بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة اضطرابات البارافيليا. (APA,2013)

4- المقاربات المفسرة لاضطرابات البارافيليا:

على غرار باقي الاضطرابات الأخرى حاولت مختلف النظريات تفسير اضطرابات البارافيليا وهذه أهم النظريات:

4-1- المقاربة البيولوجية: تميل المقاربات البيولوجية دائما في تفسير الانحرافات الجنسية إلى أدوار: الجينات، فرط الهرمونات الجنسية وكذا عمل الدماغ في ظهور السلوك الجنسي المنحرف.

4-2- المقاربات النفسية:

- **التحليل النفسي:** تفسر الانحرافات الجنسية عموما بالنمو الليبيدي المتميز بالتثبيت في الوضعيات الغير اللائقة، وباللاتنظيم الجنسي في مرحلة الطفولة. فعقدة الأوديب هي غير منتظمة عند المنحرف وتظهر الانحرافات كوسيلة للهروب من عقدة الإخصاء (جنادي، 2020، ص ص 152-153).
- **النظرية السلوكية:** تشير النظرية السلوكية على العموم إلى أهمية التعلم في اكتساب السلوك، بما في ذلك الاضطراب النفسي الذي ينظر إليه السلوكيون على أنه سلوك غير متكيف. وبالتالي يمكن القول إن اضطرابات البارافيليا هي ذلك التعلم الخاطئ للسلوك الجنسي.

  وعلى سبيل المثال وجد العديد من الباحثين أن الأطفال الذين تعرضوا لاعتداءات جنسية معرضون لأن يصبحوا أو يتطور عندهم اضطراب البيدوفيليا (Berlin, 2019, p24).

5- العلاجات المقترحة لاضطرابات البارافيليا:

5-1- العلاج الدوائي: يكمن التدخل الدوائي أساسا في محاولة خفض النشاط الهرموني الجنسي (مثل هرمون التيستسترون الذي يحفز الدافع الجنسي) وهذا راجع للتطور التصنيعي للأدوية حيث في القديم كانت تتم عملية الخصاء جراحيا (كوترو، 2017، ترجمة سليم مريم، 292)

2-5- العلاج النفسي: من الصعب أن يتقدم الأفراد الذين يعانون من اضطرابات البارافيليا للعلاج النفسي، ويعود هذا أساسا لعديد العوامل، من بينها شعورهم بالخجل عند الحديث عن حياتهم الجنسية، أو شعورهم بالخزي أو العار من اضطرابهم وخاصة الأفراد المصابون باضطراب البيدوفيليا.

لقد ثبت أن دور العلاج المعرفي السلوكي محدود نوعا ما فيما يتعلق بالانحرافات الجنسية، لكن إذا توافر الحد الأدنى من الحرية والدافعية، فإن بعض الأفراد يمكن علاجهم (كوترو، 2017، ص 292).

ثانيا: التغيرات الاجتماعية وتشخيص اضطراب البارافيليا

1- المعيار الاجتماعي في تصنيف الاضطرابات النفسية:

إن تحديد السواء من اللاسواء في علم النفس المرضي بشكل خاص وعلم النفس بشكل عام تبدو قضية معقدة وقد تتسم بالغموض في الكثير من الحالات، فما يمكن ان يمثل حالة مرضية عند فرد ما لا يعني بالضرورة أنها كذلك عند فرد آخر، ويمكن إسقاط هذا الأمر على المجتمعات بحد ذاتها، فما قد يبدو أمرا غير عادي أو غير سوي في مجتمع ما قد لا يعدو أن يكون إلا أحد التقاليد المميزة لمجتمع آخر.

إن هذا الاختلاف جعل المختصين والقائمين على شؤون الصحة العقلية عبر العالم يحتكمون لمجموعة من المعايير والتي تسمح بتقريب وجهات النظر حول الظاهرة المرضية وتضع تصورا شبه موحد حول حدود السوي والمرضي تصور يفتح أفق تشخيص موحد ومنه بحوث أخرى تصب في سياق علاجي للاضطرابات يكون شاملا للاختلافات التي تميز البشر من ثقافة إلى أخرى.

ولهذا برز المعيار الاجتماعي كمعيار مهم ضمن مجموعة المعايير الأخرى المحددة للسواء واللاسواء. حيث أن هذا المعيار يعني الاحتكام إلى ما هو سائد في مجتمع معين من أجل تقييم سلوك فرد معين ضمن تلك الجماعة والحكم عليه، وعبارة أخرى إن ما تقبله الجماعة -أو المجتمع- هو سلوك عادي، بينما ما ترفضه الجماعة هو سلوك منحرف ومرضي أو غير عادي في أحسن الظروف.

وحتى في الطب العقلي، الذي هو مجال طبي موضوعه الرئيسي هو علاج الأفراد الذين يعانون من أمراض عقلية (جنادي، 2020، ص 10) لا يمكن اهمال مثل هكذا معيار في تصنيفات الاضطرابات النفسية والعقلية وعلى رأسها الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية (DSM) حتى وإن كانت تصنيفات نزوغرافية بدرجة أولى.

2- التغيرات الاجتماعية: الجنس كأحد أسس التغيرات الاجتماعية

يعتبر موضوع الجنس في مختلف المجتمعات موضوعا مثيرا للجدل بطبعه، فهو يمس واحد من الغرائز الحيوية والتي لا تعنى بالتركيبة البيولوجية فقط للإنسان بل وحتى جانبه النفسي. رغم ذلك فإن الجنس كان من المواضيع المحرم الحديث فيها في مختلف المجتمعات أو ما تعرف بالطابوهات. فالجنس يمس الإنسان في حميميته والسلوك الجنسي لا يجب ان يبرز بشكل علني فالإنسان كائن متحضر وتعبيره عن غريزته لا يجب أن يتم بطريقة قد يصفها البعض "بالحيوانية".

رغم هذا برزت سلوكيات أو ظواهر ينظر إليها بنظرة احتقار وتقزز مثل "الدعارة" و "البغي" والتي تسمح بممارسة الجنس خارج حدود المسموح به (مثل الزواج في المجتمعات العربية). وفي وقت مضى

لا يمكن تصور أي علاقة جنسية دون أن يكون أطرافها رجلا وامرأة وعدى ذلك فهي علاقة توصف ب "الشذوذ" والتي تصل عقوبته إلى التخلص النهائي من هؤلاء الأفراد.

في نهايات الستينات من القرن الماضي، شهد العالم الغربي ما يسمى بالثورة الجنسية والتي هدفت إلى التحرر من كافة القيود التي تحكم الجنس، لقد كانت الثورة الجنسية حركة سياسية اجتماعية من قبل مجموعات رأت أنه من العدل أن تعبر عن رأيها بل وتفرضه فيما يخص موضوع الجنس مثل حرية الميل الجنسي، حرية الشريك الجنسي، السلوكيات الجنسية المختلفة وطبعا اختيار الهوية الجندرية والجنسية بعيدا عن حتمية بيولوجيا الفرد ببساطة الحرية الجنسية المطلقة.

ببساطة لقد انتقل موضوع الجنس من قطب إلى قطب معاكس، ولم يعد ذلك الطابو المرعب الذي لا يمكن الحديث عنه داخل المجتمعات، ومع تطور التكنولوجيا وظهور الأنترنيت أصبحت صناعة الإباحيات (pornography) أحد أقوى الصناعات والذي تذر أرباحا خيالية حول الشركات العاملة بها. حيث أن كل شيء مسموح في سيناريوهاتها وأصبح كل سلوك جنسي هو سلوك ممكن حتى لو كان غير طبيعي أو غير عادي

3- تشخيص اضطرابات البارافيليا: من الماضي إلى الحاضر

مر تشخيص اضطراب البارافيليا في الدليل التشخيصي والإحصائي (DSM) بعديد التغيرات، لكن حتما هذا التغيير لم يكن يرتبط فقط بنتائج بحثية حول الموضوع، لكن حتى بعض التغيرات الاجتماعية ألقت بظلالها على التعديلات التي كانت تطال التشخيص في كل مرة

- **DSM-1** : في عام 1952 أصدرت الجمعية الأمريكية للأطباء العقليين أول نسخة من الدليل و الذي وضع تشخيصا لمجموعة من الاضطرابات تحت مسمى (sexual deviation) أي بمعنى الانحرافات الجنسية و اعتبرها تشخيصا للجنسانية المنحرفة و التي لا تكون كعرض ضمني تحت اضطرابات أخرى مثل الفصام أو الوساوس و قد ضمت 5 اضطرابات هي : الجنسية المثلية، لبس ملاس الجنس الآخر، البيدوفيليا، الفيتيشية والسادية الجنسية. (Mozer & Kleinplatz, 2020)
- **DSM-2** : في 1968 أصدر النسخة الثانية من الدليل و تحت نفس الاسم (الانحرافات الجنسية) وصفت بأنها اهتمامات جنسية للأفراد نحو أشياء بدل أشخاص من الجنس المعاكس أو أفعال جنسية لا ترتبط عادة بالعلاقة الجنسية العادية (الجماع) أو نحو العلاقة الجنسية التي تحدث في ظروف غريبة كما هو الحال في البيدوفيليا او النيكروفيليا.

إذن لقد تضمن الوصف أن هذه الاهتمامات غريبة وذكر أن الأفراد المصابين بالبارافيليا غير قادرين على الاستجابة للمثيرات الغير غريبة. لقد تضمن التشخيص 8 اضطرابات مختلفة هي: المثلية الجنسية والفيتيشية والبيدوفيليا لبس ملابس الجنس الآخر والسادية وقد تم إضافة كل من المازوشية، التلصص والاستعراء وكذلك فئة الانحرافات الجنسية المحددة الأخرى (Mozer & Kleinplatz, 2020)

هذه النسخة بالذات تزامنت والثورة الجنسية والتي تعتبر نقطة محورية في التغيرات الاجتماعية التي مست العالم الغربي بشكل خاص قبل أن تبدأ نتائجها بالانتشار في كافة المجتمعات في العالم حتى في تلك المحافظة منها. إن إدراج المثلية الجنسية ضمن الدليل أثار سخطا كبيرا عند المثليين أو الأشخاص الداعمين لها والذين رفضوا وسمهم بالاضطراب النفسي وأنهم أفراد عاديين مع اختلاف ميلهم الجنسي عما قد ألفه الأفراد.

- **DSM-3** : صدر في 1980 تغيرت فيه التسمية إلى البارافيليا (Paraphilia) و قد تم حذف المثلية الجنسية من هذه الفئة حيث تم الإبقاء على الجنسية المثلية الغير متناسقة مع الأنا كاضطراب عقلي لكن خارج هذه الفئة. أما في الإصدار الثالث المنقح أو النسخة المراجعة (DSM-3-R) تم إضافة الاحتكاك إلى القائمة (Mozer & Kleinplatz, 2020)
- **DSM-5:** في النسخة الخامسة من الدليل تحول التسمية من البارافيليا (paraphilia) إلى (paraphilic disorder) أي اضطرابات البارافيليا و قد أوضحت الجمعية الامريكية الأمر بأن أغلب الأفراد ذو اهتمام جنسي غير نمطي أو (كما هو الحال في البارافيليا) ليسوا بالضرورة مضطربين عقليا و أن تشخيص الأفراد بهذه الاضطرابات يتطلب معياريين رئيسيين :
  - شعور الفرد بالضيق إزاء اهتماماته، ولا يكون ناتجا عن رفض المجتمع أو
  - وجود رغبة أو سلوك جنسي يتضمن تسببا بضيق نفسي أو إصابة أو موت لفرد آخر أو رغبة لسلوك جنسي مع أفراد غير راضيين أو غير قادرين على منح الموافقة لذلك (APA , 2013)

4- اضطرابات البارافيليا: مستقبل التشخيص:

لا يبدو مستقبل تشخيص اضطرابات البارافيليا مرتبطا فقط بالبحث العلمي، فالثورة الجنسية مثلا -كعامل ضغط سياسي اجتماعي- أجبرت الجمعية الأمريكية للأطباء العقليين على سحب الجنسية

لمثلية من الانحرافات الجنسية بداية من الإصدار الثالث ورغم إبقاء الجنسية المثلية الغير متناسقة مع الأنا إلا أنها سحبت نهائيا ولم يعد لها وجود في الدليل.

في عام 2009 قرر المجلس الوطني السويدي للصحة والرعاية الاجتماعية استبعاد بعض تشخيصات اضطرابات البارافيليا فلم يعد كل من اضطراب الفيتيشية، السادية والمازوشية واضطراب لبس ملابس الجنس الآخر ضمن النظام التصنيفي الطبي النفسي ولقد برر المجلس ذلك بأن الكثير من الأفراد تمارس سلوكيات جنسية متنوعة آمنة مع شركاء راشدين. (كرينغ وآخرون، 2016، ص 738) غير أن الجمعية الأمريكية للطب العقلي لاضطرابات الهوية الجنسية والجندرية أدرجت توصية على إبقاء هذه الاضطرابات مع إضافة كلمة اضطراب ووفق المعايير التي تم الإشارة إليها في العنصر السابق (كرينغ وآخرون، 2016، ص 738). ومن خلال المعيار الأول قد يكون ممهدا لخروج ذات الاضطرابات التي سحبها المجلس السويدي للصحة والرعاية الاجتماعية خاصة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية وربما حتى من التصنيف الدولي للأمراض **(ICD)** والذي تصدره المنظمة العالمية للصحة **(WHO)** وأن بعض الأفراد قد لا يشكل لهم الأمر ضررا في تلك الممارسات (مثلا علاقة شخص سادي بفرد مازوشي).

ومع الانتشار الجنوني لتجارة الجنس من جهة والضغوط الممارسة من الكثير من المنظمات الراغبة في استباحة الممارسة الجنسية بشكل مطلق قد يسحب هذا النوع مستقبلا نهائيا من هذه التصنيفات، الأمر الذي قد يشكل صدمة كما هو الحال في اضطراب البيدوفيليا

خاتمة:

إن التغيرات الاجتماعية هي بالفعل عامل مؤثر في التشخيصات النفس مرضية لكن المطلوب اليوم من المنظمات المسؤولة عن الصحة النفسية الالتزام بالحيادية والموضوعية العلمية في البحث وجعلها في المركز الأول دون أخذ الاعتبار بأي ظروف أخرى "قد تكون مشوشة" لمصداقية ونزاهة البحث العلمي.

قائمة المراجع

المراجع العربية:

- جنادي، لمياء (2020). **مدخل إلى علم النفس المرضي للراشد**. الجزائر. دار الهدى لطباعة والنشر والتوزيع.
- كرينغ، آن وجونسون، شيري ونايل، جون ودافيسون، جيرالد (2016). **علم النفس المرضي استنادا على الدليل الخامس**. ترجمة الحويلة، أمثال هادي وشويخ، هناء أحمد وسلامة عياد، فاطمة والرشيد، ملك جاسم، وعبد الله الحمدان، نادية. القاهرة.
- كوترو، جان (2017). **العلاج النفسي السلوكي والمعرفي**. ترجمة سليم، مريم، لبنان، دار النهضة العربية.

المراجع الأجنبية:

- American Psychiatric Association (2013). **Paraphilic disorder.**
- American Psychiatric Association (2013). **The Diagnostic and Statical Manual.** 5thEd DSM-5. American Psychiatric Association.
- Berlin, Fred S (2019). Paraphilic disorder: A better understanding, **current psychiatry ,18** (4). 22-28.
- Moser, Charles. & Kleinplatz, Peggy. (2020). Conceptualization, History, and Future of the Paraphilias, **Annual Review of Clinical Psychology, 16** (8).8-21.
- VandenBos, Gary. R (2015). **APA Dictionary of Psychology** (2nd Ed). Washington, DC. American Psychology Association.

مستوى المناعة النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي الاضطرابات الهوية الجنسية
دراسة ميدانية بمستشفى عين التوتة باتنة

The level of psychological immiunity of mothers of children with sexual identity disorders.
Field study at ain touta/batna hospital

ط د.حمزة هاجر/جامعة محمد خيضر بسكرة/ الجزائر
Dr .hamza hadjer/University of biskra /Algeria

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن مستوى المناعة النفسية لدى عينة من الأمهات لأطفال ذوي اضطرابات الهوية الجنسية، دراسة ميدانية لعينة من الأمهات تمت خلال الأسبوع الجراحي لذوي الاضطرابات الجنسية في مستشفى عين التوتة / باتنة. ولتحقيق هدف الدراسة تم استخدام مقياس المناعة النفسية من اعداد olahوتعريب الباحثة (2012)، وتطبيقه على عينة من الأمهات الجزائريات من مختلف ربوع الوطن بلغ قوامها (30) من الأمهات الذين تتراوح أعمارهم ما بين (28 – 50) سنة ، وباستخدام الأساليب الإحصائية البارامترية مثل المتوسطات والإنحرافات المعيارية، واختبار "ت"، أشارت نتائج الدراسة إلى أن مستوى المناعة النفسية لدى الأمهات لذوي اظطرابات الهوية الجنسية منخفض،وقامت الباحثة في الأخير بتقديم توصيات واقتراحات للتخفيف من معاناة هذه الأمهات وتحسين مناعتهم النفسية

الكلمات المفتاحية: الاضطرابات الهوية الجنسية ، اظطرابات الهوية الجندرية، المناعة النفسية.

Abstract:

he current study aims to reveal the level of psychological immunity to a sample of mothers to children with sexual identity disorders. In order to achieve the study's objective the researcher applyed psychological immiunity scale prepared by olah (2012) and translated by the researcher on a sample of Algerian mothers from all around the country consisting of (30) Mothers aged around (28-50), and using appropriate parametric statistical methods, such as modular averages and deviations, and the "t" test

The results of the study indicated that the level of psychological immunity of mothers with sexual identity disorders was low, and the researcher finally made recommendations

and suggestions to alleviate the suffering of these mothers and improve their psychological immunity.

KeyWords: psychological immiunity, sexual identity disorders , gender identity disorder.

مقدمة:

تعد الاضطرابات الهوية الجنسية من أخطر المشكلات التي يمكن أن يصادفها الطفل المولود حذيثا ، ناهيك عن صدمة الواليدن خاصة الأم التي يقع على عاتقها مسؤولية تربية هذا الطفل و مساعدته على التكيف ومواجهة المجتمع لذا يستلزم هذا الوضع الخطير على الأم في هذه أن تبقى على قدر من الثبات والحفاظ على هدوئه والاتزان الداخلي عند اكتشاف اضطراب ابنها ،وحتى يستطيع ال نسان مواجهة تلك المواقف والضغوطات والشدائد يجب أن تتوفر لديه مجموعة من الخصائص والسمات ومن بينها : المناعة النفسية.

تعتبر مناعة النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطرابات الهوية الجنسية من الأمور الهامة التي تساعدهن على التعامل مع ذلك الوضع. فمن الطبيعي أن تحس الأم بالقلق والعجز والتوتر بشأن صحة ومستقبل طفلها، لكن من الضروري أن تتمكن الأم من التعامل مع هذا الوضع بشكل واعي وسليم خاصة في ظل البحث عن المعلومات االموثوقة حول اضطرابات الجنسية للأطفال، من خلال استشارة الأطباء والمتخصصين والمصادر الطبية المختصة.

فمن الضروري أن تلجأ الأم الى تفعيل مناعتها النفسية لمواجهة الصعوبات الى جانب طفلها وتحاول التواصل مع طفلها والاستماع اليه ودعمه في هذا الوضع بحيث تسمح لها المناعة النفسية القدرة على التفكير الايجابي والضبط الذاتي والقدرة على حل المشكلات لدى الأمهات و التكيف مع التغييرات في حالة الطفل، والتركيز على الحلول بدلاً من المشاكل.

لذلك تسعى الباحثة من لال هذا البحث الى تقضي مستوى المناعة النفسية لذى هذه الفئة من الأمهات للأطفال ذوي الاضطرابات الهوية الجنسية .

مشكلة الدراسة:

لا شك في أن معرفة جنس المولود ذكرا أم أنثى أمر مه بالنسبة للأم، حيث تختلف معاملة الأم للمولود وفقل لجنسه، إذ يتم تلبيس الذكور ملابس ذكورية وتتم تسميتهم بأسماء رجولية دالة على القوة، بينما تسمية الاناث تكون أنثوية ورقيقة تدل على الجمال ، مع مرور الوقت يشعر الطفل بنفسه ويفرق جنسه ويتحسس الفرق بين الولد هنالك فرق بين الولد والبنت، ويتعرف على هذه المعايير التي يجب مراعاتها وفقا لجنسه .

ان قضية الفروق بين الجنسين تقوم على ما يمكن تسميته بالحتمية البيولوجية، ولكن من الضروري التنبيه إلى أن تصنيف الهرمونات إلى ذكرية وأنثوية يمكن أن يكون مضللا فيسبب اضطراب الهوية الجنسية لدى الطفل، حيث يعتبر الأندروجين هرمون ذكري بينما البروجستيرون والأستروجين هرمونين أنثويين، حيث إنه لا يعرف كائن مطلق الذكورة أو الأنوثة، لذا فإن الجنسين يفرزان هده الهرمونات لكن بكميات متفاوتة، ويتراوح تدريجيا بين الذكورة والأنوثة، لذا فنجد بعض الذكور أشد ذكورة أو رجولة من غيرهم أو بأضعاف، وبعض الفتيات أكثر أنوثة من غيرهن أو أقل، وهذا هو السبب في تخنث بعض الذكور أو اضطراب الهوية الجنسية للذكور وكذا الاناث(.منصور الشقيرات ، 2020،ص 151)

الهوية الجنسية ليست معتقدًا معروفًا، ولكنها بناء بيولوجي بالدرجة الاولى (تشيلاند، 2008). ، يعتمد الاختلاف بين الجنسين على الواقع الفسيولوجي والإدراك النفسي. من وجهة نظر نفسية، إنها مسألة الهوية الجنسية هي التي يتعرف فيها الفرد بنفسه. وهنا، يشعر الطفل بأنه جزء من جنسه مند الولادة من خلال المعاملة الوالدية في العلاقات المتبادلة المبكرة

أما من وجهة نظر فسيولوجية، دعونا نتذكر أن هناك :الجنس الوراثي (الكروموسوم، الصبي 46 XY والفتاة 46 (XX ؛ جنس الغدد التناسلية (بنية ذكور وإناث الغدد التناسلية) ؛ وجنس الجسم (الخصائص الجنسية التناسلية الأولية والثانوية. (Marcelli, 2009,p57)

فالتطور الجنسي هو عملية متتالية تبدأ في فترة حديثي الولادة ثم ما قبل البلوغ وتؤدي إلى إنشاء ثنائية الشكل الجنسي .ويجب التمييز بين ما يلي: تحديد الجنس: التوجه الذكوري (الخصية) أو

الأنثوي (المبيض) للجنين ثم التمايز الجنسي الذي يعني تطور الأعضاء التناسلية الداخلية والخارجية تحدث تشوهات في الأعضاء التناسلية الخارجية

بحيث يتم اكتشاف هذه الاضطرابات الجنسية عن طريق التشخيص قبل الولادة بشكل متزايد في وقت مبكر أثناء الحمل (أحيانًا من الأشعة فوق الصوتية في الثلث الثاني من الحمل) و يتم الاشتباه فيها عندما يتم العثور على تناقض بين النمط الظاهري والجيني.(Forgues,Borrego, 2017,p5) .

فبعد سماع الأم خبر اضطراب مولودها تتعرض لصدمة وحزن شديد والشعور بالذنب والعجز والخوف من الوصمة الاجتماعية بحيث تتساءل الأم ما هو مصير هذا الطفل؟ كيف سيُعامل طفلي في المدرسة ؟ من يمكنني الاعتماد عليه ؟هل سيتمكن طفلي في الانخراط في المجتمع؟ هل سننجو من الوصمة الاجتماعية؟ طفلي سيكون له عائلة ويستطيع الزواج يوما ما؟ كل هذا التفكير هذا سوف يؤثر على نفسية الأم بصفة خاصة ، فاذا كان الاضطراب الجنسي يؤثر على الطفل نفسيا واجتماعيا فأن الام تعايش هذه المشكلات أيضا مما يتطلب منها نوع من الصمود والمواجهة وتفعيل مناعتها النفسية لتستطيع مجابهة هذه الصعوبات الى جانب طفلها وتنمية تفكيرها الايجابي ، مما أدى الى الباحثة محاولة تقصي مستوى المناعة النفسية لدى أمهات ذوي اضطراب الهوية الجنسية وبالتالي تبرز مشكلة البحث في المحاولة على الاجابة على الأسئلة التالية:

- ✓ ماهو اضطراب الهوية الجنسية لدى المولود حديثا
- ✓ ماهو مستوى المناعة النفسية لدى أمهات ذوي اضطراب الهوية الجنسية
- ✓ ماهي طرق علاج اضطراب الهوية الجنسية دوائيا وجراحيا ؟

أهداف الدراسة:

الكشف عن مستوى المناعة النفسية لدى أمهات ذوي الاضطرابات الهوية الجنسية .

أهمية الدراسة:

- ✓ حداثة الموضوع خاصة في وسط العمل حيث تعتبر المناعة النفسية من المصطلحات التي ظهرت حديثا في علم النفس الايجابي ولاقت قبولا في الأوساط العلمية كما تبين أثرها في خفض الضغوط النفسية في مختلف مناحي الحياة النفسية والاجتماعية
- ✓ التعرف على المعاش النفسي لأمهات الاطفال بالمصابين باضطراب الهوية الجنسية بحكم أنها الداعم الأول للحالات
- ✓ دراسة مفهوم الاضطراب الهوية الجنسية، ونشأته ومظاهره وكيفية تعامل الأم معه والتعرف على واقع التكفل بذوي اضطراب الهوية الجنسية في مرحلة الطفولة.

مصطلحات الدراسة:

1. **المناعة النفسية Psychological immiunity :**

حسب اولاه (olah, 2004) للتعامل مع الضغوط كل فرد منا يلجأ لمناعته النفسية لمقاومة والتعامل مع هده الضغوط حتى لا تتطور لاضطراب نفسي من خلال مجموعة من الابعاد المعرفية والسلوكية والدافعية لتدعيم الصحة النفسية وتحقيق التوافق النفسي تمكننا من مواجهة مختلف الصعوبات والمواقف الحياتية المختلفة(فاتن ،2020،ص27) .

ويعرفها(dubey& shahi, 2011,37) على انها نظام متكامل من العوامل النفسية والسلوكية والدافعية التي توفر مناعة ضد الضغوط النفسية وتوفر نظاممقاومة الشغوط النفسية و تعزيزالنمو السليم(أماني سعد،2019،ص54¬..56).

وتعرفها الباحثة على أنها الجدار الحامي والواقي لنفسية الانسان للإصابة بالاضطرابات النفسية والجسمية تخفف من حدة الضغوط التي تواجه الفرد و ما يترتب عنها من امراض جسمية و اضطرابات نفسية وتلغي أي تهديد للإخلال بالتوافق النفسي لدى الانسان.

2. **أضطراب الهوية الجنسية: sexual identity disorder**

لقد استخدم الباحثون مصطلح sex ,gender على أساس نفس المصطلح لكن وجب التفريق بينهما

يشير اضطراب الهوية الجنسية الى التصنيف البيولوجي للذكورة والأنوثة بناء الى التركيب البيولوجي ،الجيني والتشريحي والهرموني وهو المصطلح الوحيد الذي يتناول البعد البيولوجي من المصطلحات المطروحة حول هذا المجال

3. اضطراب الهوية الجندرية: gender identity disorder

يشير هذا التصنيف الى الثقافة التي تضم الرجال أم النساء فهي تشمل كل الخصائص السلوكيات التي تعتبر معيارا للانتماء الى جنس الأنوثة أم الذكورة فالجندر مضطلح سيكولوجي بحث ليس بيولوجي. (فاطمة خليفة،2015،ص 108)

الهوية الجندرية والهوية الجنسية(Identité sex and Idintity Gendre)

كما ذكرنا سابقا هناك خلط كبير لدى الباحثين بين الهوية الجنسية والهوية الجندرية بوصفهما على أساس نفس لهوية لكن وجب التفرقة بينهما فالجنس يشير على التصنيف البيولوجي للأنوثة والذكورة وفق التركيب التشريحي و الجيني والهرموني أما الجندرgender) (فيصف الصفات والخصائص والسلوكيات التي تعتبره محيط المولود مناسبة للذكر أو الأنثى فالجندر مصطلح سيكولوجي بحت أما الجنسي فهو وصف بيولوجي بحت . (منصور الشقيرات ، 2020،ص 151) .

4. علاج اضطراب الهوية الجنسية:

ان طرق المعالجة المعمول بها عالميا في جميع الحالات على النحو التالي:

أولا : العلاج الطبي (الهرموني) :

يستند العلاج الطبي للغموض الجنسي في المقام الأول إلى العلاج الهرموني على الحالة الجسمية للطفل ، يتكون العلاج من الهرمونات الطبية الطبية:الأندروجين أو الإستروجين.

بعد التعيين الجنسي للمولود الجديد، سيتم إجراء العلاج الهرموني بهدف أساسي هو تعزيز تحديد الجنس الملائم لجسم الطفل وعرقلة تطوير المكونات الجنسية عكس ذلك.

عند البلوغ، سيتم وضع العلاج للسماح بالتطور الخصائص الجنسية الثانوية الأسرع والأكثر انسجاما مع جنسه مع منع تطور الخصائص الجنسية الثانوية عكس ذلك.

لكن في حالات نادرة وبعد تحقيقات أكثر تعقيدًا والمزيد حتى سن البلوغ، فإن خيار تغيير الجنس هو الأنسب للغموض الجنسي وعدم التمايز الجنسي الملائم لحالة الطفل .

والعلاج الذي يجري في هذه الحالات سيوجه نحو تعزيز تطوير الخصائص الجنسية الرئيسية البارزة ومنع الخصائص الجنسية الثانوية للجنس التي ينبغي أن تكون متنحية.

في جميع الحالات، في الأيام الأولى من الحياة وفيالبلوغ، سيتم العلاج الهرموني بعناية فائقة و بعد بحث دقيق في كل حالة. هذا علاج الذي يحدد مستقبل طفل كامل وحياة كاملة له .

ثانيا:العلاج الجراحي:

يهدف العلاج الجراحي إلى تصحيح التشوهات التشريحية الجنسية. يتدخل الجراح المتخصص أيضًا في في كل من الأشهر الأولى من الحياة والبلوغ، سيكون لدى الجراح عدة تدخلات جراحية ممكنة:

-الاستئصال الداخلي والخارجي للأعضاء غير المتوافقة مع الجنس المخصص

-جعل الأعضاء التناسلية الخارجية متسقة مع الجنس أو خيار الجنس بعد البلوغ. الاستئصال الداخلي والخارجي للأعضاء غير المتوافقة مع للحالات ،يمكن بالتالي ووفقًا لما يلي:

1. إنشاء مهبل جديد مطابق للتوسع المهبلي الدائم (neocolporaphy) مع إزالة القضيب، كيس الصفن والخصيتين بالنسبة للجنس الأنثوي.

2. إزالة المهبل والعناصرالأنثوية في الجنس الذكوري . وتجدر الإشارة هنا إلى أن التدخلات بالمعنى الذكوري أصعب ما يمكن تحقيقه. في جميع حالات هذه الجراحة عالية التخصص والدقة وتستلزم خبرة طويلة في الجراحة

التدخلات حساسة للغاية ويجب الحذر لكل منها للسماح بالوظائف المثلى للأجهزة الجديدة الجنسية، من أجل تحقيق الرضا الشخصي للطفل ، لتحسين التوافق النفسي و الاجتماعي للطفل.

وأخيرا، من المهم معرفة أن إجراء العلاجات الهرمونية والجراحية، وسيتم ذلك فقط بعد الدقة والتأمد النهائي من جنس الغدد التناسلية، الذي تحدده نتائج الفحوصات التحاليل الهرمونية الطبية المختلفة: الأشعة، نتائج التنظير والخزعة والنتائج السريرية أيضا.(Badis abdelkade, 2008, p,27).

الدراسات السابقة:

دراسة ايمان حنفي 2016:

دراسة عنوانها المناعة النفسية لدى أمهات التلاميذ النعاقين عقليا القابلين للتعلم وعلاقتها بالكفاءة الاجتماعية لدى أبنائهن كشفت من خلالها العلاقة بين المناعة النفسية لدى أمهات المعاقين عقليا والكفاءة الاجتماعية لأبنائهن ، تكونت العينة من 23 طفل معاق عقليا قابل للتعلم و 23 أم ، واستخدمت الباحثة مقياسي الكفاءة الاجتماعية والمناعة النفسية وتوصلت الى وجود فرق دال احصائيا بين متوسطي رتب درجات الأطفال لأمهات منخفضي ومرتفعي المناعة النفسية على مقياس الكفاءة الاجتماعية حيث بلغت القيمة المحسوبة 3,339 Z وهي قيمة دالة احصائيا

دراسة أماني سعد عادل 2019 :

بعنوان المناعة النفسية وعلاقتها بالصمود الأسري لدى أمهات الأطفال ذوي الاعاقة القابلين للتعلم

توصلت من خلالها الى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين المناعة النفسية وعوامل الصمود الأسري لدى أمهات ذوي الاعاقة العقلية القابلين للتعلم ، كما توصلت الى عدم وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات درجات مقياس الصمود الأسري تبعا للمستوى التعليمي .وتمكنت الباحثة من التنبؤ بمستوى المناعة النفسية لدى الأمهات تبعا لعوامل الصمود الأسري

تكونت العينة من 405 أما و استخدمت الباحثة مقياس المناعة النفسية لـ **bona 2014** تعريب الباحثة ومقياس الصمود الأسري. **(chew and haze 2016)**.

دراسة هبة اسماعيل متولي (2017):

بعنوان اصطراب الهوية الجنسية لدى طفل الروضة دراسة إكلينيكية على ثلاثة أطفال 2 ذكر و1 أنثى ، استخدمت الباحثة كأدوات ستكيومترية مقياس الهوية الجنسية لدى طفل الروضة من أعداد الباحثة ، قائمة ملاحظة سلو ك الطفل لراسيل كاسيل.

ومقياس صورة الجسم Bit من اعداد سهير كامل ، كما استخدمت الملاحظة الإكلينيكية والمقابلة وبطاقة دراسة الحالة من اعداد سهير كامل) 2007(،اختبار تفهم الموضوع، اختبار رسم المنزل والشجرة والشخص ، توصلت الباحثة الى وجود اضطرابات في البناء النفسي للأطفال حيص

اتسموا بإحساسهم بالوحدة والتوتر والقلق وكذا شعورهم بالنبذ ،واحساسهم بعدم اشباع حاجاتهم الأولية ورغبتهم في الحصول على هذا لإشباع ،كما أنهم أشخاص نكوصين قلقين ،وشخصيات اتكالية و اعتمادية على المحيطين بهم بالإضافة الى أنهم يميلون الى الغزلة والانطواء.

فروض الدراسة:

في ضوء مشكلة الدراسة وأهدافها وأهميتها يمكن صياغة الفرضية الرئيسية للدراسة الحالية على النحو التالي:

- ✓ مستوى المناعة النفسية لدى الأمهات لذوي الاضطرابات الجنسية منخفض.

الطريقة والإجراءات:

أولاً: منهج الدراسة:

تختلف وتتعدد مناهج البحث المستخدمة في علم النفس لحل المشكلات التي يواجهها الباحثون أثناء دراساتهم و أعمالهم، وذلك باختلاف المواضيع المطروحة وطبيعة المشكلة التي يعالجها الباحث .و يتحدد المنهج وفقا للموضوع المراد دراسته وطبيعة الدراسة والأهداف التي نسعى الى تحقيقها ، و من خلال هذه الدراسة نسعى الى الكشف عن العلاقة بين الافكار اللاعقلانية والمناعة النفسية لدى عينة من الممرضين ، لذلك اخترنا المنهج الوصفي الارتباطي و ذلك لمناسبته الدراسة الحالية و الذي يعتمد على دراسة الظاهرة كما توجد في الواقع و وصفها وصفا دقيقا و تحديد نوعية العالقة وبين متغيراتها وأسبابها واتجاهاتها وما إلى ذلك من جوانب تدور حول مشكلة أو الظاهرة المدروسة

ثانياً: عينة الدراسة:

تمثلت عينة الدراسة في (30)أم لذوي اضطرابات الهوية الجنسية تمت مقابلتهم خلال الاسبوع الجراحي لذوي التشوهات الجنسية الذي تم في قسم العمليات في مستشفى عين التوتة باتنة ، الأمهات تم اختيارهم بطريقة قصدية تتراوح أعمارهم بين 28 و 50 سنة،أتو من جميع روبع الوطن في سبيل أجراء جراحة لأطفالهن تتراوح أعمارهم من 1 سنة الى 7سنوات

خصائص العينة :

أ- حسب المستوى المعيشي:

الجدول رقم (01)خصائص العينة حسب المستوى المعيشي:

المستوى المعيشي	التكرار	النسبة المئوية
ضعيف	21	% 70
متوسط	7	%23,3
جيد	2	% 6,6

من خلال الجدول يتبين أن نسبة الأمهات ذوي المستوى المعيشي الضعيف المقدرة وبـ **76,6%** هي النسبة الغالبة اذا ما تم مقارنتها وبنسبة المستوى المتوسط أين قدرت هذه النسبة وبـ **23,3%** والجيد بنسبة **6,6 %.**

ب -حسب العمر:

العمر	التكرار	النسبة المئوية
أقل من 40	12	%40
أكثر من40	18	%60
المجموع	30	%100

من خلال الجدول يتبين أن نسبة الأمهات التي لم يتجاوز عمرهم الأربيعن بلغت 40% وهي أقل من نسبة الأمهات اللولتي تجاوزن سن الأربعين التي بلفت 60%.

ثالثًا: أداة الدراسة:

- **مقياس المناعة النفسية لأولاه (2012):**

قامت الباحثة بالاعتماد على مقياس المناعة النفسية لأولاه (Oláh, 2012) ;المترجم من اللغة الانجليزية اللغة العربية، وهو مقياس تم تطويره على أساس أن المناعة النفسية تتميز بسمات شخصية معرفية، مثل التفكير الايجابي، الكفاءة الذاتية، السيطرة على المشاعر، ضبط الانفعالات ...، وجعل فعالية التحكم في الضغوط ممكنة، وبالتالي في التوافق النفسي ، ويشتمل هذا المقياس على ثمانون عبارة منها 27 عبارة سلبية وهي: **،44 ،37 ،32 ،31 ،28 ،19 ،16 ،15 ،9 ،6 ،5 ، 79 ،78 ،77 ،76 ،69 ،67 ،64 ،63 ،62 ،61 ،60 ،53 ،51 ،47 ،46 ،45 .**

للاجابة على عبارات المقياس هناك خمسة بدائل :أبدا(1 درجة واحدة)، نادرا(2 درجتان)، أحيانا(3 درجات)، غالبا(4 درجات)، دائما(5 درجات)، حيث تعطى العبارات الايجابية تدرج قيمي من (1-5)والعبارات السلبية تدرج قيمي من (5- 1) ويكون مستوى المناعة النفسية منخفضا إذا كان أقل من (187)درجة، ومتوسطا ما بين (187 - 293) درجة، ومرتفعا ما بين (294 - 400) درجة.

الخصائص السيكومترية :

أولا : صدق المقياس :

1- صدق المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي):

تستخدم هذه الطريقة في حساب صدق المقياس من خلال قدراته على التمييز بين طرفيه أي بين المجموعتين الدنيا والعليا، وهذه الطريقة تستخدم في حساب الصدق التكويني وصدق المحتوى، حيث قمنا بترتيب درجات العينة تصاعديا، وأخذت نسبة **27 %** من طرفي التوزيع **(100/27*30)** و حساب الفرق باختبار " ت " بين متوسطي المجموعتين، كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول (*) يوضح صدق المقارنة الطرفية لمقياس المناعة النفسية

	المؤشر	العدد	F	sig	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	اختبار ت	مستوى الدلالة
المناعة النفسية	علوي	8	12.62	0.003	253,2500	12,09191	14	11.00	0.000
	سفلي	8			301,7500	3,01188			

من خلال جدول رقم (*) يتبين أن قيمة اختبار "ت" تساوي (11.00)عند مستوى الدلالة المحسوبة (α=0.000)، وهي أقل من مستوى الدلالة (α=0.05)، مما يشير إلى أن المقياس قادر على التمييز بين طرفيه الاعلى والادنى، وهذا ما يؤكد على صدق المقياس.

2- **صدق الاتساق الداخلي:**

وقد تم التحقق من صدق **الإتساق الداخلي** للمقياس، وذلك بتطبيقها علي عينه بلغت **30 أما**، وتم حساب معامل الارتباط بيرسون بين درجات كل فقرة من فقرات متغيرات المقياس بالدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه، وبين الدرجة الكلية للمحور بالدرجة الكلية للمقياس، كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (*) معامل ارتباط كل فقرة من فقرات المقياس مع الدرجة الكلية لمحور المقياس:

العبارات/الأبعاد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
التفكير الايجابي		

47	,637**	دالة عند 0.01
32	,502**	دالة عند 0.01
23	,490**	دالة عند 0.01
1	,513**	دالة عند 0.01
الشعوربالضبط والتحكم		
48	,757**	دالة عند 0.01
33	,605**	دالة عند 0.01
24	,602	دالة عند 0.01
2	,751**	دالة عند 0.01
الشعوربالتماسك		
3	,617**	دالة عند 0.01
57	,539**	دالة عند 0.01
49	,539**	دالة عند 0.01
34	,369*	دالة عند 0.05
الشعوربالنموالذاتي		
50	,447	دال عند 0.05
36	,372*	دال عند 0.05

13	,593**	دال عند 0.01
4	,522**	دال عند 0.01
التوجه نحو التغير والتحدي		
51	,451	دال عند 0.05
37	,449*	دال عند 0.05
25	,649**	دال عند 0.01
14	,742**	دال عند 0.01
المر اقبة الاجتماعية		
15	,564**	دال عند 0.01
6	,707**	دال عند 0.01
52	,460	دال عند 0.05
38	,355	دال عند 0.05
التوجه نحو الهدف		
8	,804**	دال عند 0.01
46	,495	دال عند 0.05
43	,838**	دال عند 0.01
20	,381*	دالة عند 0.05

مفهوم الذات الابداعي		
39	,409	دال عند 0.05
35	,586	دال عند 0.01
7	,568**	دالة عند 0.01
5	,552**	دالة عند 0.01
القدرة على حل المشكلات		
54	,677**	دال عند 0.05
53	,429*	دال عند 0.01
26	,662**	دال عند 0.05
16	,624**	دال عند 0.05
فعالية الذات		
40	,364*	دال عند 0.05
27	,334	دال عند 0.05
17	,737**	دال عند 0.01
12	,584**	دال عند 0.01
القدرة على التحرك الاجتماعي		
55	,366*	دالة عند 0.05

41	,586**	دال عند 0.01
28	,589**	دال عند 0.01
18	,756**	دال عند 0.01
القدرة على الابداع الاجتماعي		
19	,412	دال عند 0.05
56	,371*	دال عند 0.05
42	,797**	دال عند 0.01
29	,619**	دال عند 0.01
ضبط الاندفاعية		
57	,411*	دال عند 0.01
44	,914**	دال عند 0.01
30	,960**	دال عند 0.01
9	,937**	دال عند 0.01
الضبط الانفعالي		
59	,686**	دال عند 0.01
45	,878	دال عند 0.01
31	,725	دال عند 0.01

10	,705**	دال عند 0.01
ضبط حدة الطبع		
60	,563**	دال عند 0.01
22	,658**	دال عند 0.01
21	,437*	دال عند 0.01
11	,628**	دال عند 0.01
التوازن		
61	,465	دال عند 0.01
62	,590	دال عند 0.01
63	,413	دال عند 0.05
64	,337	دال عند 0.05
65	,393*	دال عند 0.05
66	,459	دال عند 0.05
67	,388*	دال عند 0.05
68	,523**	دال عند 0.01
69	,621	دال عند 0.05
70	,882	دال عند 0.01

71	,774	دال عند 0.01
72	,675	دال عند 0.01
73	,797	دال عند 0.01
74	841	دال عند 0.01
75	,659	دال عند 0.01
76	700	دال عند 0.01
77	,806**	دال عند 0.01
78	,784**	دال عند 0.01
79	,496**	دال عند 0.01
80	,576**	دالة عند 0.01

يوضح الجدول (*) أن فقرات المقياس دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة(0.01 و0.05), وهذا ما يؤكد أن فقرات المقياس تتمتع بدرجة جيدة من الاتساق الداخلي، وبالتالي فان المقياس صادق لما وضع لقياسه ، ويمكن الاعتماد عليه في الدراسة الأساسية.

جدول (*) معامل ارتباط الدرجة الكلية لكل بعد من المقياس، مع الدرجة الكلية للمقياس:

أبعاد المقياس	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
التفكير الايجابي	,449	دال عند 0.05
الشعور بالضبط والتحكم	,485**	دال عند 0.01

الشعور بالتماسك	,650**	دال عند 0.01
الشعور بالنمو الذاتي	,716**	دال عند 0.01
التوجه نحو التغيير والتحدي	,567**	دال عند 0.01
المر اقبة الاجتماعية	,618**	دال عند 0.01
التوجه نحو الهدف	,745**	دال عند 0.01
مفهوم الذات الابداعي	,430*	دال عند 0.05
القدرة على حل المشكلات	,436	دال عند 0.05
فعالية الذات	,455*	دال عند 0.05
القدرة على التحرك الاجتماعي	,628**	دال عند 0.01
القدرة على الابداع الاجتماعي	,499**	دال عند 0.01
ضبط الاندفاعية	,796**	دال عند 0.01
الضبط الانفعالي	,551**	دال عند 0.01
ضبط حدة الطبع	,671**	دال عند 0.01
التوازن	,828**	دال عند 0.01

من خلال الجدول (*) نلاحظ أن معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لكل بعد مع الدرجة الكلية للمقياس ككل، جاءت دالة إحصائيا مابين مستوى الدلالة (0.05 و 0.01)،و بالتالي يمكن القول أن المقياس صادق لما وضع من أجله ويمكن الاعتماد عليه في الدراسة الاساسية.

ثانيا: ثبات المقياس:

وللتحقق من ثبات المقياس تم استخدام الباحث الطرق التالية:

1- معامل ألفا كرونباخ :

للتحقق من ثبات مقياس الضبط الذاتي، تم الاعتماد على طريقة معامل ألفا كرونباخ، ويعتمد أغلب الباحثين على برامج جاهزة لحساب هذا المعامل مثل (SPSS)، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (*): يبين قيمة Cronbach's Alpha معامل للمقياس

المتغير	عدد العبارات	الفا كرونباخ
المناعة النفسية	80	0.86

من خلال الجدول يتضح ان قيمة ألفا كرونباخ بلغت (0.86)، وهذا يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة مقبولة جدا من الثبات تطمئن الباحث إلى تطبيقه على عينة الدراسة الأساسية.

2- طريقة التجزئة النصفية:

تم استخدام درجات العينة لحساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية حيث احتسبت درجة النصف الأول لدراجات وكذلك درجة النصف الثاني من الدرجات، وذلك بحساب معامل الارتباط بين النصفين ثم جرى تعديل الطول باستخدام جتمان والنتائج كما هي مبينة في الجدول :

المقياس	معامل الارتباط	معادلة سبيرمان	معادلة جوتمان
النصف الأول	0.85	0.92	0.91
النصف الثاني			

من خلال الجدول نلاحظ ان معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية قبل التعديل (0.85)، وبعد تصحيح طول المقياس بطريقة سبيرمان براون، فقد بلغ معامل الثبات (0.92)، أما بطريقة جوتمان فقد بلغ معامل الثبات (0.91) وهذا يؤكد أن المقياس يتمتع بدرجة مرتفعة من الثبات

إجراءات تطبيق أدوات الدراسة

بعد التأكد من الخصائص السيكو مترية لأداة الدراسة من ثبات و صدق قمنا بتطبيقها على عينة من الأمهات، تم اختيارهم بطريقة قصدية لغرض الدراسة وقد حرصنا على شرح الأداة للأمهات وتبسيط مفهوم عبارات المقياس لكي تكون الاجابات دقيقة ومنتظمة

الأساليب الاحصائية المستخدمة:

بالنسبة للأساليب الاحصائية المستخدمة فقد تم الاعتماد في معالجة البيانات احصائيا على الحزمة الاحصائية للعلوم المعروفة ببرنامج sochastic package for social sciencetd SPSS في تحليل البيانات ومعالجتها ،التي حصنا عليها من خلال تطبيق أدوات الدراسة على العينة حيث تم استخدام المعالجات الاحصائية التالية:

المتوسطات الحسابية

الانحرافات المعيارية

معامل الارتباط R

نتائج الدراسة وتفسيرها:

1. **نتائج الفرض الرئيسي:**

عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الرئيسية لفحص والتحقق من صحة الفرضية التي تنص على أن:

يتميز مستوى المناعة النفسية لدى أمهات الطفال المصابين باضطراب الهوية الجنسية بالانخفاض ،تم الاعتماد على المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ،المتحصل عليها من استجابات المبحوثين، وهذا بمقارنتها بالمتوسط الفرضي لمقياس المناعة النفسية المستخدم في الدراسة الحالية والتي يمكن تمثيلها في الجدول التالي:

المتغير	منخفض	متوسط	مرتفع
مستوى المناعة النفسية	اقل من 187	(187 - 293)	(294 - 400)
التكرارات	12	6	2
المتوسط الفرضي	240	240	240
المتوسط الحسابي	154	154	154
الانحراف المعياري	23.36	23.36	23.36

نلاحظ من نتائج الجدول بأن مستوى المناعة النفسية لدى أمهات ذوي الاضطرابات الجنسية منذ الولادة منخفض وهذا لأن قيمة المتوسط الحسابي بلغت 154 , وهي أصغر من قيمة المتوسط الفرضي البالغ 240 وهذه النتيجة المتوصل عليها تتفق مع دراسة(**ايمان حنفي 2016**)بعنوان المناعة النفسية لدى أمهات التلاميذ المعاقين عقليا القابلين للتعلم وعلاقتها بالكفاءة الذاتية أين وجدت مستوى المناعة لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليا منخفض، انخفاض المناعة النفسية راجع للشعور بالذنب أتجاه أطفالهن وعدم تحمل أعباء تربية طفل يحمل اضطرابات جنسية دون القدرة على حل هذه المشكلة خاصة مع ضعف الامكانيات المادية وضعف المستوى التعليمي لدى أغلب هذه الأمهات مما أدى للشعور بالعجز والخوف من الوصمة الاجتماعية والرفض والنبذ

الاجتماعي ، فنظام المناعة النفسية مسؤول عن مواجهة مختلف الضغوط النفسية لتحقيق التوافق النفسي فهو بمثابة خط الدفاع الأول لحماية الجهاز النفسي لهذه الأمهات والتقليل من حدة الصدمة والحزن والانهاك التي تواجهه الأم مع طفلها ،فتزداد حاجة الأم لتفعيل مناعتها النفسية خاصة لمواجهة نظرة المجتمع لطفلها والقدرة عللى حل المشكلات وتشجيعه على مواجهة التحديات والصمود أمام العقبات وخاصة أمام الوصم الاجتماعي والرفض الاجتماعي ،فحسب (chahi&dubey,2011) ،فان تحسين المناعة النفسية راجع لانتاج أفكار مضادة للتفكير السلبي التشاؤمي التي تعاني منه هذه الامهات فبذلك يتم تعزيز التفكير الايدابي الذي يعتبر من أهم أبعاد المناعة النفسية، فقد لاحظنا أن للأمهات نظرة تشاؤمية نحو المستقبل في ظل التشوهات الجنسية التي يعاني منها أطفالهم ومتخوفون من عدم نجاح العملية وعدم تقبل أطفالهم لجنسهم الذي ينتمون اليه خاصة الأطفال الذين تجاوز سنهم الخمس سنوات .

الاستنتاجات والتوصيات:

وفي ضوء ما أسفرت عنه الدراسة من نتائج ومناقشتهانقترح التوضيات التالية:

- ✓ توصي الباحثة بإعطاء الاهتمام لأطفال ذوي الاضطرابات الجنسية و أمهاتهم ؛ ونظرًا لاقتصار عينة الدراسة على عينة صغيرة من دولة عربية واحدة فقط هي: (الجزائر)؛ فإن الباحثة توصي الباحثة بإجراء المزيد من الدراسات على هذه العينة في دول عربية أخرى للتكفل بهذه الفة وتحسين معاشها النفسي.
- ✓ عقد أيام تحسيسية لأمهات ذوي الاضطرابات الجنسية للتعرف على طبيعة الاضطراب وتشجيعهم من أجل تحسين مناعتهم النفسية
- ✓ اعداد برامج ارشادية لأمهات ذوي الاضطرابات الجنسية لتوعيتهم وتعليمهم بكيفية التعامل مع أطفالهم في سبيل تحسين مستوى المناعة النفسية لديهن ، وكذا توفير نوادي خاضة بالأمهات لذوي الضطرابات الدنسية منأجل تبادل المعلومات والخبرات فيما بينهن.

- ✓ وأخيرا تقديم حوافز مادية من قبل الدولة لأسر الأطفال ذوي التشوهات الجنسية البيولوجية من أجل تكفل مبكر بهذه الفئة

قائمة المراجع:

المراجع باللغة العربية:

1) محمد فالح الشقيرا ت. (2020)،اضطراب الهوية الجندرية لدى طفل الروضة "دراسة إكلينيكية ".المجلة العربية للنشر العلمي .جامعة البترا،.15، ص 146–147.

2) فاطمة خليفة . (2015). اضطراب الهوية الجنسية وعلاقته بالقلق ومفهوم الذات وخبرات الإساءة في مرحلة الطفولة لدى طالبات الجامعة. (مجلة الارشاد النفسي)، جامعة الملك عبد العزيز، 42، 3، 101 - 141.

3) أماني سعدعادل . (2019). المناعة النفسية وعلاقتها بالصمود الأسري لدى أمهات ذوي الاعاقة القابلين للتعلم، المجلة المصرية للتربية النفسية ،جامعة نجران، 37،(7)، 61-9.

4) فاتن. 2022. المناعة النفسية وعلاقتها بالتفكير الايجابي في ظل الظغوط النفسية ،المجلة المصرية للدراسات النفسية،

المراجع باللغة الأجنبية:

5) Badis abdelkader .(2008) L'ambiguïté sexuelle: "Représentations et Attitudes parentales" Thèse présentée pour l'obtention du Doctorat en Sciences en Psychologie ,université mentouri, constantine

6) marcelli,kohen. (2009) Désordres de la différenciation sexuelle. The Journal OF Genatic Psycology, 144, p57.

7) Karinne Gueniche.(2009). Garçon ou fille ? Les destins de l'anatomie (Approche clinique de l'intersexuation). Champ psychosomatique (n° 56),p102.

8) Karrine gueniche,M pollak .(2012). face a` une naissance sans nom. A propos des parents d'enfants nés avec une variation anatomique des organes genitaux .Elsevier masson .pédiatrie (n° 12),p 351.

9) Y.tamet.(2010). Comment écouter les paternités blessées face a une anomalie de la différenciation sexuelle. Elsevier masson .pédiatrie (n° 12),p 1633.

10) Forgues,Borrego.(2017). MALFORMATION DE L'APPAREIL GÉNITAL EXTERNE (DSD) quelle est la cause du dsd. Groupe de travail pluridisciplinaire du Languedoc Roussillon Chirurgiens pédiatriques ,p5

نحو استخدام فعال لوسائل التواصل الاجتماعي في علاج الاضطرابات الجنسية للبالغين.

Towards effective use of social media in the treatment of adult sexual disorder.

د. توفيق بوخدوني/ محمد الصديق بن يحي-جيجل-/ الجزائر
د. شريفة العيد / محمد أبو القاسم سعد الله- الجزائر02/ الجزائر
Dr.toufik boukhedouni/University of jijel/Algeria
Dr.cherifa laid/University of alger 02/Algeria

.

ملخص:

ساد الاعتقاد مؤخرا بأن بعض المواقع الإلكترونية و مواقع التواصل الاجتماعي قد لعبت دورها في حدوث الاضطرابات الجنسية عند البالغين، تجلى بوضوح في بعض السلوكات الجنسية الشاذة كالإدمان على مشاهدة فيديوهات تحمل مشاهد جنسية مثيرة توصل الفرد إلى حدود قمة الإثارة و المتعة الجنسية عوض الوصول إليها بطرق طبيعية كالمعاشرة الزوجية الصحيحة، و بعد حدوث هذا الاضطراب الجنسي و شعور الفرد بوقوعه في المحظور اجتماعيا و بصعوبة تطبيع وضعه الجنسي يصعب عليه عرض حالته لدى الأخصائي الإكلينيكي بسبب الخجل أو الخوف من الفضيحة حسبه، لذلك نحاول في هذه المداخلة إبراز الوجه الإيجابي الآخر لمواقع التواصل الاجتماعي في تسهيل استجابة الشخص الذي يعاني من فقدان الجرأة و الشجاعة لطرح مشكلته على الأخصائي النفساني أن يطرحها عليه دون حضوره الشخصي بصفة مباشرة نظرا لما توفره هذه المواقع من خدمات و آليات.

الكلمات المفتاحية: الاضطراب الجنسي، مواقع التواصل الاجتماعي، الشخص البالغ.

Abstract:

Recently, it has been believed that some websites and social networking sites have played a role in the occurrence of sexual disorders in adults, which was clearly evident in some abnormal sexual behaviors, such as addiction to watching videos that carry exciting sexual scenes that lead the individual to the limits of the peak of excitement and sexual pleasure instead of reaching it in natural ways. as correct marital cohabitation, And after the occurrence of this sexual disorder and the individual's feeling that he has fallen into social taboos and the difficulty of normalizing his sexual situation, it is difficult for him to present his condition to the clinical specialist because of shyness or fear of scandal, according to him. Therefore, in this intervention, we try to highlight the other positive face of social networking sites in facilitating the response of the person who suffers from a loss

of courage and courage to present his problem to the psychologist to present it to him without his personal presence directly due to the services and mechanisms provided by these sites.

Keywords: Sexual disorder, social networking sites, adult.

1. مقدمة:

حضت مواقع التواصل الاجتماعي والمواقع الإلكترونية بانتشار واسع وكبير على الصعيد العربي من بينها الجزائر ، وأصبحت تأخذ حيزا كبيرا من حياة جميع شرائح المجتمع اليومية وبالخصوص الفايسبوك، هذا الأخير الذي لقي رواجا كبيرا وإقبال جد واسع في المجتمع الجزائري، وخاصة الشباب باعتبارهم فئة اجتماعية مهمة ويتأثرون بسرعة، فوجدت هذه الفئة المواقع نافذة تسمح لهم بالإطلاع على العالم ككل وفضاء للتعبير وإبداء آرائهم، وذلك بالتواصل ومشاركة الأصدقاء والأهل والتعرف على بعضهم ومعرفة أخبار بعضهم البعض وإرسال الرسائل المختلفة والتي من بينها الواقع الإلكترونية الإباحية والتي أصبح الإقبال عليها بشكل واسع ورهيب خاصة لدى البالغين، وكل ما هو موجود في الساحة هذا من جانب، أما من الجانب الأخر فقد غير الكثير من عادات الشباب البشرية وروابطهم الإنسانية وعلاقتهم الاجتماعية، وقد أصبحوا يعتبرونه جزءا من شخصيتهم كونهم يتفاعلون بصورة كبيرة عن طريق السمات الأساسية التي يمتاز بها هذا الموقع ويتأقلمون معه دون أن يشعروا بالتأثيرات الناجمة عنه.

فلعبت بذلك وسائل التواصل الاجتماعي والمواقع الإلكترونية من خلال وسائل الإعلام دورا حساسا لا يستهان به في تغذية أو دعم أو ظهور مختلف السلوكات الغير السوية في المجتمع، والتي من أبرز مظاهرها نجد العنف بأنواعه والانحرافات من بينها الجنسية، فأصبح الإقبال على المواقع الإلكترونية بشكل كبير لما تقدمه من برامج و أفلام وأخبار وأساليب ...إلخ، والتي في أغلبها تنتهج منهج التطرف من خلال الاستهتار بالعقول الشباب منهم والشعائر الدينية والأخلاقية الموجودة في المجتمع، وبرزت من خلال هذا الاستخدام المفرط مجموعة من الاظطرابات الجنسية والتي أصبحت تهدد المجتمع، مما يستدعي إلى تدخل الأخصائيين الاجتماعين لمعالجة مثل هذه السلوكات من خلال عملية الدراسة والتشخيص وتقديم الخدمات العلاجية سواءا حضوريا أو إلكترونيا.

2. مشكلة الدراسة:

إن استخدام الأنترنت كوسيلة اتصال تحث الأفراد من خلال مختلف الوسائط (الفيسبوك، التويتر، الأستغرام، الإيميل، الفايبر، الواتساب، السكايب...إلخ) تجاوز الغاية التي أقيمت من أجلها هذه الوسائل، فعوضا أن يستخدمها الشخص كأداة لتحقيق التواصل الإيجابي والفعال داخل بيئته وذاته، كعملية الدراسة وتبادل المعلومات والخبرات والمعارف...إلخ، فنجد أن أغلبيتهم استخدمها حسب أهواءه وميولاته

ورغباته الغريزية وخاصة عند البالغين، وما ساعد في مثل هذه الاستخدامات هو عدم وجود الرقابة الكافية على هذه الوسائل داخل الأسرة خاصة، لأن الذي أنتج هذه الوسائل جعل في المقابل آلية التحكم فيها في يد الإنسان الذي يستخدمها بكل حرية، كما زاد انتشارها خاصة عند الشباب في اكتساب عادات وسلوكيات دخيلة. ونتيجة هذه الاستخدامات لمختلف المواقع الإلكترونية نتج عنها انحرافات جنسية خطيرة في المجتمع، مما تطلب تدخل الأخصائيين النفسانين لمعاجة والحد من منها، وذلك عن طريق توفير دليل يساعد على الاهتمام بهم من خلال تحقيق التوافق النفسي، وبعد وقوع الأفراد ضحايا للانحرافات الجنسية، وأصبح يعاني منها ولمم يستطع الذهاب إلى الإخصائي الإلكلينيكي لمعالجة مرضه نتيجة الخجل والفضيحة وخاصة أنه شخص بالغ، لذلك يحاول الباحثان في هذه الورقة إبراز الوجه الإيجابي الآخر لمواقع التواصل الاجتماعي في تسهيل إستجابة الأفراد المنحرفين جنسيا والذين تعرضوا لمثل هاته الأمراض نتيجة الإستخدامات الخاطئة، والذين يعانون من فقدان الجرأة و الشجاعة لطرح مشكلته على الأخصائي النفساني أن يطرحها عليه دون حضوره الشخصي بصفة مباشرة نظرا لما توفره هذه المواقع من خدمات و آليات. لتطرح الدراسة التساؤل الرئيسي الآتي:

- ✓ هل تفعيل معالجة معالجة الإظطرابات الجنسية عبر منشورات مواقع التواصل الاجتماعي ذات نجاعة؟

التساؤلات الفرعية:

- ✓ هل يوجد إقبال على إستشارة المختصين النفسانيين عبر مواقع التواصل الاجتماعي؟
- ✓ وهل الاستشارة الإلكترونية حققت الغرض من المعالجة؟
- ✓ هل توجد آليات لمعالجة الإضطرابات الجنسية إلكترونيا؟
- ✓ وهل الإستشارة الإلكترونية بديل ناجع للإستشارة المختصين خارج الفضاء الإفتراضي؟

3. أهداف الدراسة:

لكل بحث هدف رئيسي يسعى من خلاله الباحث إلى الوصول إليه يمكن تلخيصها في النقاط التالية:

- ✓ إظهار الدور الأساسي للأخصائي النفساني في إبراز معالجة الاطضرابات الجنسية عبر مواقع التواصل الاجتماعي.
- ✓ تسليط الضوء على الوعي الاجتماعي للتربية الجنسية التي تقدم الحقائق العلمية والأخلاقية المتعلقة بالسلوك والدافع الجنسي.
- ✓ وضع آلية إجرائية مقترحة تساعد المنحرفيين جنسيا على توضيح ومعرفة أهم مفاهيم التربية الجنسية التي تتناسب مع جميع المراحل العمرية.

- ✓ فتح المجال للباحثين وللمهتمين بمثل هذا التوع من الدراسات للاطلاع على هذه الدراسة واحتمالية تناول الموضوع من زوايا أخرى.
- ✓ إثراء رصيد حقل علم الاجتماع بمثل هذا النوع من المعالجات السوسيولوجية.

4. مصطلحات الدراسة:

1.4. الإضطرابات الجنسية:

هي انزعاج دائم وشديد بشأن الجنس الفعلي، مع رغبة أو إصرار على الإنتماء إلى الجنس الآخر. (عكاشة، 2018، صفحة 619)

وتعرف أيضا: وجود اختلاف بين التكوين الجسدي التشريحي والفسيولوجي عن التعرف النفسي للشخص على نفسه. (الشربيني، 2003، صفحة 115)

وهي: توتر شديد ينتاب الإنسان حول جنسه وإصراره على أنه من الجنس الآخر ، أو الرغبة الملحة في أن يصبح في جنس غير جنسه إما صراحة أو من خلال رفضه التام للتركيب التشريحي لأعضائه التناسلية وانشغاله بأنشطة الجنس الآخر، أو هي مجموعة من الإضطرابات التي تتميز بالتناقض بين جنس الشخص المحدد بيولوجيا وهويته الجنسية. (العنزي، 2013/ 2014، صفحة 13)

2.4 مو اقع التواصل الاجتماعي:

التواصل لغةً كما أشار الفيومي بقوله: وصلت الشيء بغيره وصلاً فاتصل به، والوصل ضد الهجر، وبينهما تواصل أي اتصال مستمر لا ينقطع. (علي، 20000، صفحة 393)

وتعرف أيضا: هي منظومة من الشبكات الإلكترونية التي تسمح للمشترك فيها بإنشاء موقع خاص به، ومن ثم ربطه من خلال نظام اجتماعي إلكتروني مع أعضاء آخرين لديهم الاهتمامات والهوايات نفسها أو جمعه مع أصدقاء الجامعة أو الثانوية. (زاهر، 2003، صفحة 23)

إجرائيا:

هي عبارة عن عدة شبكات إلكترونية يتم من خلالها التواصل فيما بين جميع شرائح المجتمع منها الأشخاص البالغين، سواء كان هذا التواصل داخل البلد أو خارجه.

3.4 الموقع الإلكتروني: (bsiteWe)

هو ببساطة مجموعة من صفحات الويب المترابطة التي قد تحتوي على: نصوص، صور، أفلام، فيديو، تسجيل صوتي، والموقع الإلكتروني مستضاف في خادم ((Server) واحد على الأقل، ويمكن استعراض هذا الموقع من خلال جهاز حاسب يتضمن متصفح للأنترنت مثل Internet explorer أو Mozzila Firefox أو غيرها من المتصفحات مع التطور الحديث أصبح بالإمكان تصفح المواقع من خلال أجهزة الهاتف النقال الحديثة. (رامي، 2007، الصفحات 112-115)

كما يعرف أيضا: هو مجموعة من الصفحات والنصوص والصور والمقاطع الفيديوهية المترابطة وفق هيكل متماسك ومتفاعل يهدف إلى عرض ووصف المعلومات والبيانات عن جهة ما أو مؤسسة ما، بحيث يكون الوصول إليه غير محدد بزمان ولا مكان وله عنوان محدد يميزه عن باقي المواقع على شبكة الأنترنت. (بطيشان، 2004، الصفحات 351-352)

من خلال دراستنا:

هو مجموع المقاطع الفيديوهية الإباحية التي يتم تصفحها من طرف الأشخاص البالغين.

4.4 الشخص البالغ من خلال دراستنا:

هو ذلك الشخص الذي يمر بفترة مراهقة متأخرة وتكون عموما في بداية العشرينات من سنه حتى الثلاثينات، وهو الشخص القادر على اتخاذ قراراته بنفسه والقادر على تحمل المسؤولية.

كما يمكن تعريفه أيضا هو الشخص البالغ من الناحية البيولوجية،

وهو الشخص الذي وصل نسبيا إلى سن النضج الجنسي.

أيضا: هو الشخص الذي وصل إلى سن الرشد، في هذه المرحلة يصبح شخصا مكتفي ذاتيا.

5. المقاربة النظرية المفسرة للإنحر افات الجنسية:

إن الإضطرابات النفسية هي اضظربات بيوسيكوسوسيولوجية (بيولوجية/سيكولوجية/اجتماعية) في منشأتها، ذلك شأن الاظطرابات الجنسية، إذ تختلف التفسيرات الدالة على حدوثها، فالعوامل مختلفة منها بيولوجية ونفسية واجتماعية...إلخ، وعليه جاءت عدة نظريات علمية مفسرة لهذا الإضطراب، ومن بين أبرز النظريات مايلي:

1.5 النظرية البيولوجية:

يفسر أصحاب هذا الاتجاه للانحراف الجنسي إلى العامل البيولوجي للفرد في حذ ذاته، أي طبيعته البيولوجية، وبأن المنحرف جنسيا لديه هرمونات تميزه عن غيره، ويبرز ذلك من خلال سلوكاته، مثلا قد نجد رجل بهيئة وسلوك إمرأة (مخنث)، فهم يفسرون ذلك نتيجة تغلب الهرمونات الأنثوية لديه أكثر من الذكرية، أي الخصائص التشكيلية والفيزيولوجية العضوية هي التي تدفع الفرد إلى الانحراف الجنسي بمختلف أنواعه ومظاهره.

2.5 النظرية السيكولوجية (النفسية):

من أبرز علماء هذا الإتجاه سيغموند فرويد، الذي درس وبحث في شخصية الإنسان والعناصر الطبيعية المكونة له، من خلال الكشف عن مختلف ميوله وأهوائه وعواطفه، أي العالم الداخلي لشخصيته، حيث فسرت هذه النظرية الإنحراف نتيجة عوامل وضغوطات نفسية، ويرون أن الطفل يولد

مع غريزته الفطرية الموجودة فيه، وتبدو في سن مبكر جدا في حياته، حيث يرى يونغ بأن القيم الجنسية ابدأ بالظهور قبل سن الخامسة، وتزاد حدتها في المرحلة الحساسية جدا لكل شخص وهي مرحلة المراهقة،

3.5 النظرية السلوكية:

" يرى أصحاب هذا الاتجاه أن سلوكات الفرد خاصية مكتسبة، معتمدة في تفسيرها لذاك على عنصري المثير والذي تكون له استجابة بعد معالجة معلوماته، وهذا ماجاءت به النظرية الخاصة بالمنعكسات الشرطية بحيث يقول بافلوف بأن الروابط ناشئة من الدماغ، والذي يعتبر المتعة الجنسية هي غاية عليا يمكن الوصول إليها بشتى الطرق، فإن المزاج سيكون مهيئا بكل نوافذه ومدركاته لاستقبال الإيحاء الجنسي بسعادة ويسر، وهنا لا بد أن نبين بأن الدماغ الذي يخلو من قدرة الضبط العصبي والإتزان الإنفعالي، فإنه من الصعب عليه مقاومة الإيحاء والتدرج الإحترافي في تمرير القناعات القسرية، وعليه فإن هذا المنحى يحمل خطرا داهما على اعتبار أن الدفوعات الشعورية المحملة بنزق جنسي عا، تحتاج إلى قعرات إدراكية قوية ومتوازنة ومستقرة عليها وكبحها، هذا إذا لم يكن لدى الشخص الضحية رغبة جامحة في الفضول الجنسي، لذا فالشخص الذي يتميز بانحدار نحو الجموح الجنسي المبعثر." (عبيد، 2014/2013، صفحة 36)

6. إجراءات الدراسة الإستطلاعية:

1.6 المنهج و الأدوات المستخدمة في الدراسة:

1.6 مجال الدراسة:

أ_ الحدود المكانية: تمت هذه الدراسة في ولاية جيجل.

ب _ الحدود الزمانية:

أنجز هذا البحث في سنة 2023، على فترات متقاطعة بين اللجانب النظري والجانب التطبيقي، حيث تمت القيام بإجراء المقابلة، ثم تفسير وتحليل واستناج بياناتها خلال هذه المدة.

ج. الحدود الموضوعية:

متغير الدراسة (دراسة استكشافية مع الأخصائيين النفسانيين) .

2.6 المنهج المستخدم:

اتبعنا في هذه الدراسة منهج البحث الميداني الوصفي و الذي يلجأ إليه عادة لدراسة ظواهر موجودة في الوقت الراهن، و ترجع أسباب اختيارنا لهذا المنهج إلى ثلاثة نقاط أساسية هي:

* أننا بصدد تحليل ووصف ظاهرة موضوع الدراسة طبقا للواقع الموجود.
* هذا المنهج يساعد على توضيح المفاهيم و القضايا التي وردت في الدراسة.
* هذا المنهج يساعد على جمع أكبر قدر من المعلومات عن مجتمع البحث.

3.1 أدوات جمع البيانات:

أدوات جمع البيانات هي جملة من التقنيات التي يستعملها الباحث في جمع المعلومات الخاصة بموضوع البحث، حيث أن الأدوات المستخدمة لم توضع عشوائيا بل خضعت إلى طبيعة الموضوع ذاته، فهي تشكل نقطة الاتصال بين الباحث والمبحوث، وتمثلت أساسا في:

أ- **المقابلة:**

مهارة المقابلة من أهم أنواع الاتصال الشفوي المباشر، لأنها تعتمد على المحادثة حول العديد من المعلومات والإجابة على جميع الاستفسارات، والتي لا يمكن الحصول عليها إلا من خلال خطوات أخرى في عملية الاختيار التي تحدث وجها لوجه، وعليه وجب مراعاة مهارات الاتصال بهدف عدم تشويه المعنى المراد والمساهمة في القيام بمقابلة ناجحة من حيث توفير المعلومات الكثيرة والعميقة حول الموضوع المراد دراستها ولا تكون المقابلة مثمرة إلا إذا تم التحضير لها جيدا.

وقد استخدمنا في هذه الدراسة المقابلة نصف مفتوحة ويقوم الباحث بتتبع أجوبة المشتركين وطرح المزيد من الأسئلة للاستيضاح.

ب- **أسلوب معالجة البيانات:**

وقد استخدم في هذا البحث الأسلوب الكيفي للوصف و تفسيرها للوصول إلى نتائج (تم التعامل مع البيانات بطريقة كيفية محضة).

3.6 مجتمع الدراسة:

تمت الدراسة ببعض الأخصائيين النفسانيين المتواجدين ببعض العيادات لولاية جيجل .

7. عرض ومناقشة نتائج الدراسة الميدانية في ظل تساؤلات الدراسة:

ما يلف الانتباه في السنوات الأخيرة أن العيادات الإلكترونية في مختلف مناطق العالم وفي الوطن العربي بالخصوص، من بينها الجزائر، حيث أتاحت طرق كثيرة وفرص متعددة للتواصل بين الأطباء والمرضى بشكل حقيقي وجد فعال، والمأكد من خلال بحثنا والتقصي حول هذه الظاهرة أن معظم الأفراد يأخدون معلوماتهم الطبية من يتبوب والواتساب...إلخ.

فانتشرت بذلك ظاهرة الاستشارات الطبية عبر وسائل التواصل الاجتماعي بشكر كبير، وبات بذلك الكثير يعتمد عليها كأداة تساعده على عملية التقصي والتشخيص قبل زيارة الطبيب الذي يعالجه حسب مرضه، سواء نفسي أو عضوي، حيث لوحظ أن المنصات الاجتماعية أو مواقع التواصل الاجتماعي لم تهيمن فقط على التواصل الترفيه وما غير ذلك، بل تعدت مهمتها إلى أبعد الحدود متمثلة أساسا في الاستشارات الصحية.

ومما لاشك فيه بأن التواصل مع مختلف المرضى قد سهل من عملية تقديم الخدمات الصحية والنفسية منها، ومن خلال دراستنا الاستطلاعية التي حاولنا فيها معرفة هل هناك إقبال من طرف الاشخاص الذين يعانون من الاظطرابات النفسية بمختلف مظاهرها وذلك باستخدام مواقع التواصل الاجتماعي دون الذهاب إلى العيادات كل حسب ظروفه الشخصية، حيث تبين لنا مايلي:

- **في ظل السؤال الأول: هل هناك إقبال للشخص البالغ لطرح مشكلته عبر مو اقع التواصل الاجتماعي؟**

بينت لنا إجابات المبحوثين أن هناك ليس هناك إقبال كبير عبر مواقع التواصل الاجتماعي لتشخيص حالته النفسية، ولكن بنسبة قليلة جدا.

كما هو معلوم أن زيارة الطبيب النفسي في الجزائر عقدة يعاني منها معظم الجزائريين، إذ لا تزال ثقافة مراجعة زيارة الطبيب النفسي لتشخيص حالته المرضية بمختلف أنواعها ناقصة، إذ يصرح الأخصائيين بأن زيارة الأفراد وتواصلهم للعيادات الإكلينيكية سواء سواء إلكترونيا أو حضوريا فسوف ينقص من جميع السلوكت الغير السوية التي يعانون منها وخاصة المتعلقة مظاهر الإنحراف الجنسي. لأن المعالجة النفسية تساعده من الخروج من الأزمات لاحقا، وخاصة الاظطرابات الجنسية،

- **في ظل السؤال الثاني: ماهي المشكلات الجنسية الأكثر إستشارة من طرف المرضى؟**

صرح المبحوثين أن الاظطرابات الجنسية انتشرت بشكل كبير جدا في السنوات الأخيرة وتعددت مظاهرها وكثرت بشكل مرهب وكبير، ومعظم انشغالات المرضى والاستشارات المطروحة تمثلت في المرتبة الأولى نجد:

* في المرتبة الأولى العادة السرية الاستمناء وكيفية معالجتها والحد منها والتي هي مايسمى في عرف الفقهاء ب: الاستمناء، وهو العبث بالأعضاء التناسلية بطريقة منتظمة مستمرة، بغية استجلاب الشهوة والاستمتاع بالتلذذ باخراجها، وتنتهي هذه العملية عند البالغين بإنزال المني، وعند الصغار باستمتاع فقط، دون إنزال لصغر السن، فالبعض يمارسها لشعوره مبال ملل في جلستهم وهم يشاهدون التلفاز، ومنهم من يمارسها عند النوم، (عمارة، 2010، صفحة 14)

وفي هذا الصدد يشير تقرير **"كينزي"** إلى أن 94%من الذكور يمارسون العادة السرية خلال المراهقة، فالعادة السرية تشكل مشكلة كبيرة،خاصة إذا نمت بكثرة، واعتادا عليها المراهق، أو أنه كان يمارسها في أي مكان، فيصبح من الصعب تركها، أو الاستغناء عنها، كونها المصدر الوحيد للاستمتاع بالحياة. (داود ش.، 2008، صفحة 524)

* تأتي في المرتبة الثانية التي يعاني منها البالغين نجد الشذوذ الجنسي: من أكبر أسباب انتشار هذه الفاحشة وجرأة أهلها، الميوعة والتخنث، الذي ابتل به بعض الصبيان، فمن مظاهر هذا التميعَ والانحلال وإطالة

الولد لشعره، تشبها بالنساء، ولبس البنطلون الضيق الواصف للبدن، والإكسسوارات واستعمال مواد التجميل، ولبس بعض الملابس الخاصة بالشاذين كالسروال الهابط ، والتكسر في المشية والخضوع في الكلام، والتردد على الأماكن المشبوهة، فإذا ظهر في الولد شيء من هذه المظاهر المنحرفة، وجب على الأب الحذر من احتم الإنحراف ولده،حتى وإن كان الولد يجهل قبح هذه القضايا، فإن المنحرفين ينتظرون رؤية شيء من هذه المظاهر، لينقضوا على فريستهم بشتى الوسائل والحيل الماكرة. (باحارث، http//www.bahareth.org، الصفحات 16-17)

* المثلية الجنسية: هو التعلق الشبقي الذي يكون بين الرجال الذين يمارسون اللواط، و العلاقة التي تكون بين الإناث بعضهم وبعض، وهو مايعرف بالسحاق ويكثر هذا الانحراف بين غير المتزوجين، وحين يكون الاختلاط بين الجنسين قليلا، كما يكثر بين الأفراد في أماكن داخلية مثل السجن، والمعسكرات، والمدارس الداخلية.

* ضف إلى ذلك من ضمن الأمراض التي يعاني منها البالغين التلذذ بالصغار، هذه الظاهرة أيضا التي زادت حدتها نتيجة عدة عوامل والتي برز عها التخنت وهو استعمال الأطفال والقصر في الاتصال الجنسي، ويصاحب ذلك بعض السادية، فلا مانع من قتل الطفل، أو ضربه قبل وأثناء أو بعد الاعتداء عليه، ويعبر هذا الشذوذ عن فقد ثقة المريض بقدرته على الجماع الطبيعي، وأخذه الأطفال بديلا عن ضعفه أحيانا ما يكون السبب تعلقه الشديد بأمه بحيث لا يستطيع الاختلاط بأي إمرأة ناضجة لأنها من المحرمات وتمثل أمه في ذهنه. (www.holol.net, 2023)

في ظل السؤال الثالث والمتمثل في أسباب الإضطرابات؟

يصرح المبحوثين أن أسباب الاظطرابات الجنسية نتيجة مجموعة من العوامل المتداخلة، ولكن يبقى السبب الرئيسي في نظرهم هو نتيجة الاظطربات الفيسيولوجية ونقص الرعاية بالأطفال منذ صغرهم، ونقص التربية الجنسية أو انعدامها، والاضطرابات النفسية مثل الصراعات الداخلية بين الرغبة الشادة والدوافع وبين القيم الأخلاقية والمعايير الاجتماعية السائدة في المجتمع، وفي هذا الصدد يرى هدى محمد قناوي أسباب الانحراف الجنسي نتيجة ضغط المجتمع من ناحية، وضغط الدافع الجنسي من ناحية أخرى، فيضطر المراهق في بعض الأحيان إلى البحث عن أساليب الإشباع الجنسي بطريقة خاطئة، مما يؤدي إلى أخطار جسيمة في المستقبل. (قناوي، 1992، صفحة 114)

أما عبد الرحيم صالح عبدالله فيرى أن من الأسباب التي أدت إلى فتح أوسع الأبواب للانحراف الجنسي، وانتشار العديد من أسباب الفساد والشذوذ، هو غياب العقلية المثقفة جنسيا، ووقوع كل معلومة جنسية تحت طائلة الحرام والحلال، والعرف والتقاليد، مع أن الثقافة الجنسية مباحة في كل الأديان السماوية. (عبدالله، 1992، صفحة 26)

في ظل السؤال الرابع هل هناك متابعة للتشخيص والعلاج من طرف المرضى عبر مواقع التواصل الاجتماعي؟

يقر المبحوثين أن معظم تتمثل أساسا في الخدمات الاستشارات حجز موعد فقط وبعض الحالات الشادة، فهم يصرحوا أن معظم التواصلات كانت تتنوع بين الإظطرابات النفسية واضطرابات الأطفال والقلق والخوف وبعض الاضطربات الجنسية (المشار إليها سابقا)، وغير ذلك من المشاكل النفسية التي قد يواجهها الأفراد، ويكون التواصل عن طريق استخدام بعض الأشخاص خدمات الويب أو خدمات هاتفية من أجل الحصول على الرعاية والمتابعة والاستشارة المطلوبة، من خلال زيارة للموقع والذي بدوره يرسل له الطاقم الصحي معلومات ونماذج تملى عن طريق الأنترنت للمتابعة، إلا أنها تبقى ناقصة فهم يصرحون أن معظمهم لا يتابعون عملية المعالجة.

أما في مايخص عملية متابعة المرضى لتشخيص حالاتهم المرضية في تقريبا غير موجودة

في ظل السؤال الخامس ماهي الأليات التي يجب اتباعها في معالجة الاضطرابات النفسية عبر مواقع التواصل الاجتماعي؟

يرى الأخصائيين النفسانيين بأنه يجب إبراز وتوضيح مدى خطورة هذا السلوك وذلك من خلال الخدمة الإرشادية العلاجية كنشر الأخصائيين للمقاطع المرئية الطبية التي تعالج ممارسات المنحرفين، ومحاولة تصليح السلوك المنحرف وتعديل مفهوم الذات بإقامة ملتقيات أون لاين وجلسات علاجية مجانية من شأنها أن تخفف من الانتشار الغير عادي لهذه الظاهرة. وإنشاء المزيد من العيادات النفسية المتخصصة في معالجة الأمراض النفسية والاجتماعية ومشاركتها على صفحات الفايسبوك لتعميم الفائدة.

فهم يرون أن المختص النفساني هو ذلك الشخص المهني الذي يقوم بتقديم الرعاية والتوجيهات النفسية للمنحرفين جنسيا باستخدام أساليب ممنهجة وعلمية من بينها الفايسبوك من خلال القيام بمجموعة من الدورات والفعاليات على هذه الممارسة الدنيئة التي انتشرت بصورة رهيبة في الأونة الأخيرة ومساعدة هؤلاء المنحرفين على التخلص من هذه المعظلة ومحاولة معالجة السلوكيات الخاطئة وإعادة إدماجهم مع أفراد المجتمع من جديد.

النتيجة العامة للدراسة:

من خلال ما تم عرضه و عرضنا لنتائج الدراسة و التي كانت حول "نحو استخدام فعال لوسائل التواصل الاجتماعي في علاج الاضطرابات الجنسية للبالغين " تبين لنا أن هناك نقص كبير جدا على إقبال البالغين على طرح مشكلاتهم المتعلقة بالاظطرابات الجنسية عبر مواقع التواصل الاجتماعي .

وإجابة للتساؤل الرئيسي المتعلق بتفعيل معالجة الإظطرابات الجنسية عبر منشورات مواقع التواصل الاجتماعي يحقق نجاعة، تبين لنا من خلال أنه لا يمكن تفعيله نتيجة انعدام ثقافة الأفراد للتواصل مع الأخصائيين النفسانين في غياب التواصل الحضوري.

ويمكننا القول أن اسخدام مواقع التواصل الاجتماعي للعلاج تنقص بنوع ما من حدة هذه الاظطرابات ويساهم بشكل كبير في المعالجة، كما نجد أن أغلب التواصل الإلكتروني مع الأخصائيين النفسانين كان من أجل الاستشارات الطبية ومن أجل موعد طبي أو استفسار،

ويمكن القول أن الإستشارات الطبية من طرف البالغين في الجزائر ليست ببديل ناجع لاستشارة ومعالجة المختصين خارج الفضاء الإفتراضي. ولذلك من المهم أن تولي الدراسات والبحوث النفسية والتربوية الحديثة اهتماما خاص بموضوع الطفولة لكونها تمثل مرحلة جوهرية في حياة الإنسان، حيث تتشكل فيها ملامح شخصيته وتظهر أهم قدراته واستعداداته ورغباته، وترسم الخطوط الكبرى لما سيكون عليه في المستقبل لكي يكون شخصا سويا في المجتمع.

الخاتمة:

وختاما لمعالجتنا لموضوع الإظطرابات الجنسية للبالغين ونحو استخدام فعال لاستخدم مواقع التوصل الاجتماعي للحد وتشخيص ومعالجة مثل هذه المواضيع الجد حساسة في مجتمعتنا والتي انتشرت بشكل كبير في السنوات الأخيرة، وصحيح أنه مزال هناك الكثير ممن يشككون بكفاءة وفعالية العلاج عن بعد في مجتمعتا نتيجة الثقافة السائدة في المجتمع اتجاه الأخصائيين النفسانيين، إلا أنه لا يمكن نكران أن التكنولوجيا الحديثة ساعدت بشكل كبير على توفير العديد من الطرق المتعلقة بالتواصل مع المرضى في العيادات الإلكترونية وخارجها خاصة في البلدان الغربية وبعض البلددان العربية، بحيث أصبح من الممكن التواصل بين الأطباء والمرضى باستخدام عدة طرق كالمكالمات الصوت الصورة أو الرسائل الصوتية والنصية كل هذا يساعد على تحقيق التوافق الجنسي لديهم ويصبحون أفراد أسوياء في المجتمع.

وإنطلاقا من نتائج الدراسة ومما لا شك فيه أن العناية بالمرحلة العمرية الطفل، هذه المرحلة الحرجة من جميع جوانب النمو المختلفة كالصحية والمعرفية والانفعالية والسلوكية والاجتماعية، قد تضمن لنا في المستقبل شخص صالح و منتج ومتوافق داخل مجتمعه، فالكشف عن مشكلاتهم بشكل عام والسلوكية (الجنسية) بشكل خاص ومعالجتها في هذه المرحلة يعد تدخلا مبكرا، ويساهم في الحد والتقليل من تفاقم حجمها وحدتها.

قائمة المراجع:

1. أحمد عكاشة، (2018)، الطب النفسي المعاصر ، بط، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر.

2. الزعبي، محمد بلال والشرائعة، أحمد بطيشان، (2004)، الحاسوب والبرمجيات الجاهزة، ط01، دار وائل للطباعة والنشر، لبنان، بيروت.
3. الفيومي، أحمد بن محمد علي، (2000)، المصباح المنير. اعتنى بها، يوسف الشيخ محمد، ط01، الدار النموذجية، بيروت.
4. راضي، زاهر ، 2003، استخدام مواقع التواصل الاجتماعي في العالم العربي، مجلة التربية، العدد 15، جامعة عمان الأهلية، عمان.
5. رضا المصري، فاتن عمارة، (2010)، الأخطار الأخلاقية الت يتواجه أبنائها وكيف نعالجها، ط1، دار الخلدونية للنشر والتوزيع، الجزائر.
6. شارل زشيفرهوارد سيلمان، (2008)، مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها، ترجمة نزيه حمدي ونسمة داود، ط1، دار الفكر للنشر والتوجيه، عمان، الأردن.
7. شريم رامي، (2007) كيف نقيم موقعا إلكترونيا، مجلة المعلوماتية، العدد 16.
8. عبد الرحيم صالح عبدالله، (1992)، عوامل الإنحراف الجنسي، ط1، دار النفائس للنشر والتوزيع، عمان.
9. لطفي الشربيني، (2003)، الطب النفسي وهموم الناس، بط، منشأة المعارف للنشر والتوزيع، مصر.
10. هدى محمد قناوي، (1992)، سيكولوجية المراهقة، ط1، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
11. هيفاء بنت منصور مزعل العنزي، (2014/2013)، دور في الوقاية من اضطراب الهوية الجنسية لدي الفتاة في ضوء التربية الإسلامية، رسالة ماجستير بقسم أصول التربية، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، المملكة العربية السعودية.
12. زرزورة عبيد، (2014/2013)، دور الانحرافات الجنسية في ظهور سلوك العود للجريمة لدى المرأة-دراسة سيكودينامية لحالات بمدينة بسكرة، أطروحة دكتوراه علم النفس –تخصص علم النفس العيادي، جامعة محمد خيضر بسكرة.
13. عدنان باحارث: التربية الجنسية للطفل، http//www.bahareth.org/، تاريخ الدخول 05/03/ 2023 الساعة 13:55.
14. . www.holol.net . تاريخ الدخول: 2023/11/01، على الساعة: 14:01.

أنواع الاضطرابات الجنسية الوقوف على جميع أنواع الاضطرابات

بما فيها اشتهاء الأطفال,اشتهاءالأموات, اشتهاء الحيوان

Fourth Axis: Types of Sexual Disorders Standing on all types of disorders, including craving for children, craving for the dead, and craving for animals

ط د. سالمي حمزة.جامعة مساعدية محمد الشريف سوق اهراس / الجزائر

h.salmi@univ-soukahras.dz

الملخص :

الاضطرابات الجنسية تعد ظاهرة اجتماعية جديدة نوعا ما في المجتمعات حول العالم بالرغم من الاختلاف العرقي و الديني حيث تشهد تزايد مستمر في شتى بقاع العالم خاصة المجتمعات المتقدمة المتحررة .كما أصبح هناك العديد من الجمعيات و المنظمات تسعى لدعم واحتواء هذه الظاهرة باعتبارها حرية شخصية وجب على العالم احترامها و السماح لأي كان بالتصريح بميولاته الجنسية سواء كان ذكرا أو أنثى .وأيضا يشهد العالم ظهور العديد من الاضطرابات الجنسية وهذا مثل اشتهاء الأطفال ة الأموات و الحيوانات .كما ترجع للعديد من الأسباب و انتشار لأفكار التحرر الجنسي وزرع أفكار التحولات الجنسية لكلا الجنسين و السعي لفرض هذه الاضطرابات في خانة الحرية الشخصية وزرعها وسط المجتمعات .كما شهدت ظهور أنواع عديدة من الاضطرابات الجنسية والتي لم تتقبلها المجتمعات نظرا لأنها أمر غير طبيعي خارج عن المألوف وعن الطبيعة البشرية.

الكلمات المفتاحية : الاضطرابات الجنسية ,أنواع الاضطرابات الجنسية ,اشتهاء الأطفال,اشتهاءالأموات,اشتهاء الحيوانات

Abstract Sexual disorders are a relatively new social phenomenon globally, including progressive and liberal communities, with a continuous increase in their prevalence. Many associations and organizations are actively supporting and addressing this issue, advocating for personal freedom in expressing sexual orientations regardless of gender. Various sexual disorders, such as pedophilia, necrophilia, and bestiality, are emerging, potentially influenced by liberated ideas and gender transitions. However, societies often reject these disorders, considering them abnormal and deviating from human nature.

Keywords: Sexual disorders, Types of sexual disorders, Pedophilia, Necrophilia, Bestiality**.**

مقدمـــــة :

تعتبر الاضطرابات الجنسية من بين الحالات المرضية التي تتداخل مع النشاط الجنسي الطبيعي، ويمكن أن يصاب الرجال والنساء بهذه الاضطرابات كما تعد من المشكلات الشائعة نسبيًا، حيث يعاني 40% من النساء و30% من الرجال من مستوى معين من الاضطرابات الجنسية و تعد الاضطرابات الجنسية أحد المشكلات التي تسبب ضغط نفسي، كما تؤثر على العلاقات الزوجية وهي في تزايد مستمر يشهده العالم كله حيث تنوعت هذه الاضطرابات و باتت تظهر بشكل مقلق خاصة في مجتمعاتنا العربية والتي بدورها متماسكة بشعائر الدين الإسلامي والذي تبرز معاليمه في تكوين الذات و الفرد تكوينا سويا مستقيما .لنتفاجأ خاصة في الآونة الأخيرة بظهور أنواع عديدة من الاضطرابات الجنسية والتي باتت تنتشر بشكل مقلق في مجتمعنا العربي الإسلامي وبدأنا في ملاحظة هذه الاضطرابات خاصة في وسط الفئة الشبانية حيث تشهد تحولات جذرية في تصرفاتهم وميولاتهم الجنسية التي باتت تقلق وبشكل مؤثر جدا وهذا راجع إلى الاختلاط الثقافي أو ما يسمى بالاستقبال التام لمثل هذه الأمراض النفسية .حيث يؤثر هذا الغزو من خلال انتشار الأفكار المنحرفة لدى الغرب وتأثر مجتمعاتنا بها من خلال مواقع التواصل و البرامج التليفزيونية التي تدعوا الى الحرية الجنسية واحترام الأفراد المصابين بهذه الأمراض .وبانتشار مثل هذه الثقافات و الأفكار المنحرفة وانتشار المقاطع المصورة التي تنادي بالحرية في مثل هذه الحالات ترتب عنها تأثير كبير في مجتمعنا حيث باتت في ظهور ما يسمى بالمنحرفين جنسيا ثم إلى المتحولين ثم بدأت في التطور والظهور بقوة إلى أن أصبحت تتنوع وبشكل ملفت للانتباه .

مشكلة الدراسة :

في ضوء انتشار الاضطرابات الجنسية وتفشيها بشكل لافت للانتباه وتنوعها وتأثيرها على الأفراد يجب التصدي وردع مثل هذه الاضطرابات خاصة من الجانب النفسي و التوعية من خلال غرس قيم الدين الإسلامي و الحث على تطوير الفكر و تنمية العقل لأنه مادام الإنسان فضله الله سبحانه وتعالى بالعقل على باقي مخلوقاته هذا دليل بأنه يميز جيدا ما يدور حوله وأيضا التركيز على الجانب الأخلاقي لأنه هو التوازن الذي ينشأ الشخصية السوية .

وتكمن مشكلة هذه الدراسة في التساؤلات التالية :

ما هي الاضطرابات الجنسية ؟

ما هي أنواع الاضطرابات الجنسية ؟

أهداف الدراسة :

تهدف هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على أهم أنواع الاضطرابات الجنسية و تنوعها وشرح أهم الأسباب المؤدية إلى تفشيها و التعريف بها والتفصيل فيها وطرحها كظاهرة مؤثرة في مجتمعاتنا .

أهمية الدراسة :

تكمن أهمية هذه الدراسة في التركيز على الاضطرابات الجنسية و أهم أنواعها وأسباب انتشارها كظاهرة منحرفة و مدى تأثيرها على الأفراد خاصة وان الله خلق الإنسان بنوعين أي ذكر وأنثى ولكل مميزاته العقلية و الفيزيولوجية أي جنسين مختلفين لا غيرهما وكما هو معروف فان غريزة الإنسان واحدة لا تتغير فالذكر يشتهي الأنثى و الأنثى تشتهي الذكر وهذا قصد تلبية الرغبة الجنسية و التكاثر فمن غير المعقول منطقيا ظهور ميولات جنسية بغير ما ذكرناه سلفا .لهذا نسلط الضوء على هذه الأنواع من الاضطرابات الجنسية و تقديمها للعلن قصد الاطلاع عليها وتبيين مدى خطورتها ومجابهتها لأنها تأخذ منحى غير سوي في سلوكيات الأفراد وتؤدي إلى تفشي ظواهر انحرافية نحن في غنا عنها وتمس مستقبل مجتمع ككل .

مصطلحات الدراسة :

1-الاضطرابات الجنسية :sexualdisordersهي انزعاج دائم وشديد بشأن الجنس الفعلي مع رغبة أو إصرار على الانتماء إلى الجنس الآخر. وتعرف أيضا بوجود اختلاف بين التكوين الجسدي التشريحي والفسيولوجي عن التعرف النفسي للشخص على نفسه.

وتعرف أيضا توتر شديد ينتاب الإنسان حول جنسه وإصراره على أنه من الجنس الآخر ، أو الرغبة الملحة في أن يصبح في جنس غير جنسه إما صراحة أو من خلال رفضه التام للتركيب التشريحي لأعضائه التناسلية وانشغاله بأنشطة الجنس الآخر. أو هي مجموعة من الاضطرابات التي تتميز بالتناقض بين جنس الشخص المحدد بيولوجيا وهويته الجنسيةفهناك الفتى الذي يبدو كاملا من الناحية البيولوجية، إلا أنه يشعر بأن هويته الجنسية هي هوية أنثى، ومثله الفتاة الكاملة الأنوثة بيولوجيا والتي تصر على أن هويتها الفعلية هي هوية ذكر، ويبدو أن الأمر في الحالتين وكان كل واحد منهما قد احتل جسما يخالف هويته الشعورية والروحية، وقد بلغ معاناة أصحاب هذا الانحراف حدا يدفعهم إلى السعي إلى تغيير تقاطيع وأجزاء من جسمهم بطرق جراحية لكي يصبح جسدهم متوافقا مع أرواحهم.[1]

[1]سيد علي السيد محمد.دور القرائن الطبية في اثبات الاضطرابات الجنسية.ص31. 32

الاضطرابات الجنسية هي مصطلح يُستخدم لوصف مشاكل أو صعوبات في الجوانب الجنسية للفرد، والتي تؤثر على القدرة على التمتع بالنشاط الجنسي أو تؤثر على الحصول على الرضا الجنسي. هذه الاضطرابات يمكن أن تكون طويلة الأمد أو مؤقتة، وقد تتسبب في تحديات بالنسبة للأفراد والعلاقات العاطفية والزواجية. وتشمل الاضطرابات الجنسية مجموعة واسعة من الحالات، مثل:

الانخفاض في الرغبة الجنسية (اضطراب الرغبة الجنسية الهاجسية).

انعدام القدرة على التحصيل الكامل للانتصاب (العجز الجنسي).

انعدام القدرة على الوصول إلى الرعشة الجنسية (العجز الجنسي الأنثوي).

انتصاب مستمر ومؤلم غير مرغوب فيه (الانتصاب المستمر).

القذف السريع جدًا (القذف المبكر).

القذف البطيء (اضطراب القذف المؤجل).

القذف الذاتي (القذف الذاتي).

انعدام الرغبة الجنسية الجنسية (اضطراب الرغبة الجنسية الجنسية).

التوتر الجنسي العام (اضطراب التوتر الجنسي العام).

اضطراب الجنس غير المُحدد.

يمكن أن تكون أسباب الاضطرابات الجنسية متعددة ومتنوعة، بما في ذلك الأسباب العضوية والنفسية والعاطفية والاجتماعية. قد تكون الأمراض المزمنة، وسوء التغذية، والتوتر، والاكتئاب، والقلق، والمشاكل العاطفية، والعلاقات الشخصية، والتوترات الزوجية، وتجربة الإساءة الجنسية هي بعض العوامل المحتملة التي تساهم في حدوث الاضطرابات الجنسية.[2]

[2] American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

كما تعرف الدكتورة أمينة خيري الاضطرابات الجنسين :هي السلوكيات المنحرفة جنسيا في أيه صورة من صور الإشباع بطريقة غير طريقة الجماع الجنسي الغيري (مع الجنس الآخر) حيث تصبح هذه الصورة الشاذة هي الصورة المفضلة أو الوحيدة للنشاط الجنسيوهى تكرار الانجذاب الجنسي لأشياء أو لأنشطة جنسية غير معتادة، وتستمر لفترة زمنية لا تقل عن ستة أشهر، كما أنه ينتج عنها مشقة وكرب وخلل وظيفي .

2-أسباب الاضطرابات الجنسية :

وتشير البحوث والدراسات في هذا المجال إلى أن أسباب الانحرافات الجنسية متشابكة ومتعددة، فلم يتمكن العلماء حتى الآن من تحديد سبب عضوي ذي علاقة بهذه الانحرافات، إلا أنهم من خلال دراسات البيئة والتعلم الشرطي للعادات السيئة تمكنوا نوعا ما من تحديد بعض هذه الأسباب وفقا للدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس (DSM5) وذلك على النحو التالي:

2-1الاضطرابات النفسية الناتجة عن أعطاب طبيعية (بيولوجية) :كخلل الجهاز العصبي الذاتي أو خلل الجهاز التناسلي أو اختلال إفرازات الغدد والبكور الجنسي أو تأخر البلوغ أو العقم ونقص الخصائص الجنسية الثانوية أو البلوغ الجنسي .

2-2عوامل عصبية بيولوجية :هناك احتمال ان الأندورجيات (هرمونات مثل التيستوستيرون) يؤدى دورًا فى الانحرافات.

2-3العوامل العضوية : كالأمراض المعدية والأمراض العقلية وموانع الاتصال الطبيعي والإصابات والعاهات والتشوهات الخلقية.. الخ.

2-4الأسباب النفسية: مثل الصراع بين الدوافع والغرائز، وبين المعايير الخلقية والقيم الاجتماعية، وبين الرغبة الجنسية وموانع الاتصال الجنسي، والإحباط الجنسي ومخاوف الجنس، والنكوص الانفعالي والتكيف، والخبرات السيئة والعادات غير الصحيحة، وعدم الشعور باللذة والسعادة مما يدفع الفرد للجنس كمصدر للحصول على اللذة المفقودة، الكحول والانفعال السلبي.

2-5الأسباب البيئية :والحضارية والثقافية والمرضية واضطراب التنشئة الاجتماعية في الأسرة والمجتمع والصحبة السيئة وسوء الأحوال الاقتصادية ووفرة المثيرات الجنسية..الخ[3]

[3]امينة خيري , كتاب الطب النفسي ,الفرقة الرابعة,ص 3, 4, 5

وايضا تُعتبر الأسباب الدقيقة للاضطرابات الجنسية أمرًا معقدًا ومتعدد العوامل، ولا يمكن تحديد سبب واحد ينطبق على جميع الحالات. إن الاضطرابات الجنسية غالبًا ما تكون نتيجة تفاعل متشابك بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية.

من الأسباب الشائعة للاضطرابات الجنسية يمكن ذكرها:

1. العوامل النفسية والعاطفية: مثل القلق، والاكتئاب، والتوتر، والتوتر العاطفي، وضغوط الحياة، ومشاكل العلاقات الشخصية.
2. العوامل البيولوجية: مثل الأمراض المزمنة، والتغيرات الهرمونية، وأمراض الجهاز العصبي، وأمراض القلب والأوعية الدموية.
3. العوامل الاجتماعية والثقافية: مثل الضغوط الاجتماعية، والتربية الجنسية، والتأثيرات الثقافية على المفاهيم الجنسية.
4. الخبرات السابقة السلبية: مثل التعرض للإساءة الجنسية أو الإجهاد الجنسي.
5. الأدوية والمخدرات: بعض الأدوية والمخدرات قد تؤثر على الوظائف الجنسية.
6. الاضطرابات التناسلية العضوية: مثل مشاكل هرمونية أو تشوهات عضوية قد تسبب صعوبات جنسية.
7. التوتر النفسي: قد يؤدي التوتر والقلق إلى تشتت الانتباه والتركيز عند القيام بالنشاط الجنسي[4].

3-أنواع الاضطرابات الجنسية :هناك العديد من الاضطرابات الجنسية نذكر اهمها :

3- 1اشتهاء الأطفال: pedophilia :

تعد ظاهرة اشتهاء الاطفال من الظواهر التي تتزايد مع مرور الوقت وتتكاثر حيث أصبحت محل نقد كبير لممارسيها ووجب التحدث عليها و الوقوف على اهم الاسباب المؤدية الى ذلك حيث باتت مصدر قلق للكثير من العائلات لهذا نتناول هذا العنصر او المسمى باشتهاء

[4] Mayo Clinic Staff. (2021). Sexual dysfunction in women: Symptoms and causes. Mayo Clinic. https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/sexual-dysfunction-in-women/symptoms-causes/syc-20375447

الاطفال و الاعتداء الجنسي على الأطفال هو شكل من أشكال الشذوذ الجنسي.وبما أنَّه يسبِّب ضررًا للآخرين، فإنَّه يعدُّ اضطرابًا.

ويعتمد النظرُ إلى أنَّ الاهتمامُ الجنسي أو الانخراط الجنسي بين شخصين يُعَدّ اضطراب جنسيًا على عمر الأشخاص المعنيّين؛ففي المجتمعات الغربية،يتطلب تشخيص اضطراب الاستغلال الجنسي للأطفال أن يكون عمر الشخصُ 16 سنة أو أكثر، أو أكبر بخمس سنوات على الأقلّ من عمر الطفل الذي هو موضوع التخيُّلات أو النشاط الجنسي.ولكنَّ المشاركة الجنسية للمراهق الأكبر سنًا (الذين يتراوح عمره بين 17 و 18 عاما) مع شخصٍ يتراوح عمره بين 12 و 13 عامًا قد لا يعدّ اضطرابًا.ولكن، قد تختلف المعاييرُ العمرية المستخدَمة لتحديد متى يُعَدّ هذا النشاط جريمة, وعلى الرغم من أنَّ قوانينَ الولايات تختلف في الولايات المتحدة، لكنَّ القانون يرى عمومًا أنَّ الشخصَ الذي يتجاوز عمره 18 عامًا يرتكب جريمة اغتصاب قانونية إذا كانت الضحية بعمر 16 عامًا أو أقلّ.وكثيرًا ما لا تفي حالاتُ الاغتصاب القانونية بتعريف الولع الجنسي بالأطفال، ممَّا يسلِّط الضوءَ على الطابع التعسفي إلى حدٍّ ما لاختيار نقطة محددة للسن في التعريف الطبِّي أو القانوني.وفي كثير من البلدان (بما في ذلك بعض الولايات الأمريكية)، يمكن للأطفال الذين تقل أعمارهم عن 12 سنة الزواج بصورة قانونية، مما يزيد من تعقيد تعريف الولع الجنسي بالأطفال والاغتصاب القانوني.كما يشيع انتشارُ الولع الجنسي بالأطفال بينَ الرجال أكثر منه بين النساء. وقد ينجذبون إلى الأولاد الصغار، أو الفتيات الصَّغيرات، أو كليهما.من غير الواضح ما إذا كانت الفتياتُ أو الأولاد أكثر ميلًا لأن يكونوا ضحايا للميل الجنسي للأطفال، على الرغم من أنّ الفتيات يظهرنَ أكثر ميلاً لأن يكنَّ ضحايا للاعتداء الجنسي بشكل عام.ويكون الشخصُ البالغ معروفًا للطفل عادة، وقد يكون أحدَ أفراد الأسرة أو زوج الأم أو زوجة الأب، أو شخصًا له سُلطة (مثل المعلِّم أو المدرّب).بينما ينجذب بعضُهم الآخر إلى الأطفال داخل أسرهم (سفاح المَحارم) فقط.وينجذب بعضُ هؤلاء للأطفال فقط، وغالبًا من فئة عمرية أو مرحلة نمائيَّة محدَّدة؛وينجذب آخرون إلى كلٍّ من الأطفال والبالغين. ويبدو أنَّ التحديقَ أو اللمس العام أكثرَ شُيُوعًا من لمس الأعضاء التناسلية أو القيام بالجِماع.وقد يستعمل المُولَعون الشَرِسون جنسيًا بالأطفال القوّة أو الإكراه للانخراط مع الأطفال جنسيًا، وقد يهدِّدون بإيذاء الطفل أو الحيوانات

الأليفة للطفل إذا أخبرَ الطفل أحدًا.ويوجد لدى العديد من هؤلاء الأشخاص اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع[5]

2-3 اشتهاء الاموات : النيكروفيليا

او مايسمى بجماع الاموات وهو انجذاب جنسي او فعل جنسي الى الجثث, و يصنف هذا الانجذاب على انه احد انواع الشذوذ الجنسي تبعا للدليل التشخيصي و الاحصائي للاظطرابات النفسية الصادر عن الجمعية الامريكية للاطباء النفسانيين .

والنيكروفيليا هي في الاساس كلمة اغريقية مركبة معناها حب الجثث , وقد استخدمها علماء النفس كمصطلح من اواخر القرن التاسع عشر للدلالة على حالة الانجذاب الجنسي لجثث الاموات و دوافع هذا السلوك وفقا للدراسات النفسية المعتمدة لا تخرج عن تلك الاحصائيات وهي كالاتي :

68 بالمئة الحصول على شريك غير قادر على المقاومة او الرفض.

15 بالمئة الانجذاب الجنسي للجثث .

15 بالمئة الراحة او التغلب على الشعور بالانطواء و الانعزالية .

12 بالمئة الرفع من تقدير الذات عبر التحكم بضحايا كانوا قد قتلوا .

12 بالمئة الاتحاد و التواصل مع شريك جنسي .[6]

وأيضا النيكروفيليا : مصطلح يستخدم لوصف احد أنواع الاضطراب والشذوذ الجنسي (Paraphilia) المتمثل في الانجذاب جنسيا نحو جثث الموتى. هذا الانجذاب قد يكون تخيليا فقط أو قد ينطوي على اتصال جسدي حقيقي. الباحثون النفسيون يعتقدون إن الحافز الرئيسي الذي يقود إلى هذه الممارسة هو حب السيطرة والتحكم في شريك جنسي لا يملك خيار الرفض والمقاومة. وتلعب شخصية الفرد دورا كبيرا في احتمال إقدامه على هذه الممارسة، خصوصا إذا كان من أصحاب الشخصية المهزوزة والثقة الضعيفة بالنفس، فهؤلاء الأشخاص غالبا ما يكونون انطوائيين خجولين يخشون بشدة من الارتباط عاطفيا أو جنسيا مع شريك يمكن أن يرفضهم ويجرح مشاعرهم، ولهذا السبب يبدءون بالبحث عن علاقة تكون نتائجها مضمونة، وبالطبع فأن العلاقة مع ميت لا تحمل في طياتها أي مخاطر من ناحية خدش المشاعر. طبعا هذا لا

[5] www.msdmanuals.com/ home /الجنسانية-والاضطرابات-الجنسيَّة/العشقُ-الجنسي-للأطفال

[6] https://www.youtube.com/watch?v=PFyBCP3O6JM

يعني بأن كل شخص يخشى الدخول في علاقة عاطفية أو جنسية سينتهي به الأمر ممارسا للجنس مع الجثث!، لا طبعا. فالممارسة تكاد تكون محصورة في فئات معينة، خصوصا أولئك الذين لديهم اتصال مباشر ومستمر مع الجثث بحكم لطبيعة عملهم.

الباحثان د. جونثانروزمان (Dr. Jonathan Rosman) و د. فيليب ريزنك (Dr. Phillip Resnick) وضعا عام 1989 نظرية حول الظروف المحفزة التي قد تقود للممارسة والتي تتلخص في أن :

الشخص المحب للجثث يكون تقديره لنفسه ضعيفا ومهزوزا، ربما بسبب تجارب فاشلة سابقة ولذلك :

أ – هو/هي يخشى بشدة من التعرض للرفض من قبل امرأة أو رجل ويرغب في شريك جنسي يكون غير قادر على رفضه/ها.

ب – هو/هي يخاف بشدة من الجثث، لذلك يقوم بتحويل هذا الخوف (عن طريق الارتجاع العكسي) إلى رغبة وشهوة.

ج – هو/هي ينمي تخيلات جنسية مثيرة مع الجثث، أحيانا بعد مواجهته لجثة (ربما بحكم طبيعة عمله).

وهناك ثلاث أنماط رئيسية للنيكروفيلياوهي :

3-2-1النمط القاتل : الشخص المحب للجثث يمكن أن يقتل للحصول على الجثة.

3-2-2النمط العادي : الشخص المحب للجثث لا يقتل ولكنه يستعمل الجثث الميتة أصلا للحصول على المتعة الجنسية.

3-2-3 النمط التخيلي : الشخص المحب للجثث يتخيل ويتصور الممارسة الجنسية لكنه لا يقدم عليها.

الباحثان قاما بدراسة عينة تتكون من 130 حالة وتوصلا إلى النتائج التالية :

– 68 حالة كان دافعها هو الحصول على شريك غير قادر على الرفض.

– 21 حالة كان دافعها هو الرغبة في الاتحاد والتواصل مع شريك جنسي سابق (الزوجة مثلا).

– 15 حالة كان دافعها هو الانجذاب الجنسي المحض نحو الجثث.

– 15 حالة كان دافعها هو التغلب على الانطواء والانعزالية.

– 11 حالة كان دافعها تقوية الثقة بالنفس عبر التحكم بـ "أشخاص" لا يملكون القدرة على المقاومة.

معظم الحالات أعلاه لم يتم التبليغ عنها، وهو الأمر الذي دفع الباحثان إلى الاستنتاج بأن النيكروفيليا تمارس على نحو أوسع مما قد يتخيله معظم الناس، لكن سرية العملية وكذلك عدم قدرة الجثث على الشكوى والإفصاح عما تعرضت له، كل ذلك يؤدي إلى إبقاء الممارسة غامضة ومجهولة حتى إن الكثير من الناس قد لا يعلم ولا يتخيل حدوثها أصلا.

الباحثان لاحظا أن 42% من الحالات الرسمية التي درساها اقترنت بقتل شخص ما للحصول على جثته، كما توصلا إلى أن 60% من ممارسي النيكروفيليا لديهم ميول الجنسية مغايرة (heterosexual) (المغايرة هي الميول الطبيعية أي ميل الرجل للمرأة والعكس صحيح) ، لكن اغلب الحالات التي اقترنت بالقتل (50%) ارتبطت بميول جنسية مثلية (Homosexual).

غالبية ممارسي النيكروفيليا هم من الذكور (90%) الذين تتراوح أعمارهم بين 20 – 50 عاما وغالبيتهم يعلمون في مجالات لها علاقة بالجنائز وجثث الموتى مثل عمال المشرحة وحفارو القبور .. الخ. وهناك حالات قليلة موثقة لممارسة النساء للنيكروفيليا (سنتطرق لبعضها لاحقا)، ربما بسبب ندرة النساء اللواتي يعملن في المجالات الجنائزية، وكذلك بسبب صعوبة حصول المرأة على اللذة الجنسية من خلال ممارسة الجنس مع رجل ميت لأسباب تتعلق بطبيعة تكوين الأعضاء التناسلية لكل من الرجل والمرأة.

العالم الألماني ريجارد فون كرافت – ايبنغ (Richard von Krafft-Ebing) الباحث النفسي في مجال الطب الجنسي (Sexologist) كان هو أول من استخدم مصطلح نيكروفيليا لوصف حالات الانجذاب الجنسي نحو الجثث، ويعتبر رائد الدراسة والبحث العلمي في هذا المجال.

بحكم وظيفته عمل فون كرافت في عدة مصحات عقلية وسنحت له الفرصة لدراسة وتوثيق العديد من حالات النيكروفيليا. وقد تكون قصة الرقيب فرانسوا بيرتاند هي إحدى أقدم تلك القضايا التي درسها بالتفصيل. فهذا الرقيب في الجيش الفرنسي كان يعشق تشريح وتقطيع أوصال الحيوانات منذ طفولته. وفي عام 1849 بدء بسرقة الجثث من مقابر باريس من اجل ممارسة الجنس معها.

كان فرانسوا ذو ميول سادية، كان ينشب أظافره وأسنانه في الجثة وربما قطع أوصالها بسيفه، وفي ذروة انفعاله ونشوته قد يمضغ بعض أجزاءها بفمه غير آبها بعفونتها وتغير لونها. وحين يفرغ من إشباع شهواته كان يغادر المقبرة تاركا خلفه أشلاء الجثة مبعثرة هنا وهناك. فرانسوا زعم بعد إلقاء القبض عليه بأنه كان يمارس العادة السرية مذ كان عمره ثلاث سنوات! وانه شهوته الجنسية كانت كبيرة لدرجة انه لم يستطع كبح جماحها.

فيكتور اريديسون كان مجنون أخر صادفه فون كرافت في المصحة ودرس حالته. في مراهقته كان اريديسون يمارس العادة السرية بطريقة غريبة ومقززة، كان يتلذذ بشرب سائله المنوي حتى أخر قطرة !. وفي سن مبكرة بدء بممارسة الجنس مع الجثث. حين يموت شخص ما في البلدة كان اريديسون ينتظر ويراقب ليعرف أين سيتم دفن الميت. وفي الليل تحت جنح الظلام كان يذهب إلى المقبرة فيخرج الجثة ويأخذها معه إلى كوخه، أحيانا كان يأخذ أجزاء منها فقط، كالرأس والأعضاء التناسلية.

اريديسون كان خير مثال للنيكروفيليياالفانتازية، كان يتخيل ما سيفعله بالجثة حتى قبل موت صاحبها! في إحدى المرات مرضت ابنة جاره ذات الثلاثة أعوام فراح ينتظر موتها على أحر من الجمر متخيلا جسدها الصغير بين يديه يتلاعب به كيفما شاء. وحين ماتت الطفلة أخيرا توجه إلى قبرها ليلا فنبشه وعاد بجثتها إلى كوخه. اريديسون استمر بممارسة الجنس مع جثة الطفلة حتى بعدما تعفنت وذلك أملا منه في إعادتها إلى الحياة!. ربما بسبب الرائحة الكريهة المنبعثة من كوخه، أشتكى الجيران للشرطة من اريديسون، وحين داهم هؤلاء الكوخ واقتحموه شاهدوا في الداخل منظرا كان حريا بجعل أقسى المحققين قلبا يتقيأ ما في معدته ,على السرير القذر حيث ينام اريديسون شاهدوا جثة طفلة الجيران المتفسخة والمتعفنة، والى جانب السرير كانت هناك طاولة خشبية قديمة انتصب فوقها رأس ازرق متعفن لفتاة في الثالثة عشر من العمر. أشلاء الجثث كانت في كل مكان كأنما كان اريديسون يزين بها كوخه الحقير.

فون كرافت وصف اريديسون بأنه شخص "مجرد من كل شعور أخلاقي" واستنتج بأنه في جميع حالات النيكروفيليا يكون هناك تفضيل لممارسة الجنس مع الجثة بدلا من ممارسته مع امرأة حية. على الغالب تكون حالة الموت بحد ذاتها هي الدافع الرئيسي لهذا الانحراف والشذوذ. وربما يكون المحفز هو الإشباع الذي تقدمه الجثة – وهي شكل أنساني لكن بدون حياة – للرغبات والشهوات المنحرفة لأنها تبدو قابلة للاستعباد بشكل كامل ولا يوجد أي احتمال لأن تبدي أية مقاومة ورفض.[7]

- اشتهاء الحيوان الزوفيليا :

[7] https://www.kabbos.com يوم 2023/04/07 على الساعة 11:15

هي اضطراب وشذوذ جنسي، يتمثل في ممارسة الشخص المضطرب الجنس مع الحيوانات، وتسمى أيضا "البهيمية"، وتعتبر "الزوفيليا" جريمة في معظم دول العالم كما أنها محرمة في العديد من الأديان.

4-1نشأة الزوفيليا :الزوفيليا هي كلمة إغريقية تعني حب الحيوان، وأول من استعمل هذا المصطلح هو العالم "كرافت ابنيك" عام 1886، وقد أكدت الروايات التاريخية أن الإغريق قد مارسوا هذا النوع من الشذوذ، بالإضافة إلى ممارسة المجتمعات المصرية القديمة لها، وخاصة الكاهنات اللاتي مارسن الجنس مع الماعز والإبل ,كما وجد علماء التاريخ والآثار بعض المخطوطات التي تشير ممارسة الإنسان لهذا النوع من الشذوذ قبل 25000 سنة مضت،حيث وجدت بعض الرسومات لشخص يمارس الجنس مع حمار في أحد كهوف إيطاليا القديمة والتي تعود للقرن السباع قبل الميلاد.

كما عرفت "الزوفيليا" في الحضارة الرومانية، حيث استخدمت نساء الرومان الثعابين في ممارسة الجنس، بالإضافة إلى أن الروايات التاريخية ذكرت وجود حفلات خاصة لاغتصاب الحيوانات والتي كانت تقام على إستاد "سيرك ماكسيموس" العالمي في القرن السادس قبل الميلاد في إيطاليا.

2-4 أسباب الزوفيليا : تتنوع وتتعدد أسباب الزوفيليا أو البهيمية، ومن هذه الأسباب:

4- 2-1المغامرة والخروج عن المألوف: حيث يميل بعض الأفراد إلى خوض التجارب الجديدة الخارجة عن نطاق المألوف، فيقومون لممارسة هذه النوع من الشذوذ لاكتشاف المجهول في هذه العلاقة الغريبة.

2-4 - 2الاضطرابات النفسية: حيث أن إصابة الفرد بالأمراض النفسية تجعل طريقة تفكيره غير سوية، مما قد يدفعه للقيام بهذا الشذوذ دون أن يدرك عواقبه.

2-4 -3التعرض للاغتصاب: حيث يقوم الضحية بممارسة هذا الشذوذ اعتقادا منه بأنه ينتقم لنفسه من الاغتصاب الذي تعرض له سابقا.

4-2-4 ضعف الشخصية: حيث يميل البعض إلى ممارسة هذا النوع من الشذوذ؛ ليثبت لنفسه قدرته على السيطرة، وخاصة في ظل صمت الحيوان، وعدم قدرته على الرفض أو النقد أو التنمر.

5-2-4 العلاقات الزوجية الفاشلة

6-2-4الأزمات العاطفية.

7-2-4الإدمان على المخدرات أو الكحول.

8-2-4الإصابة ببعض الأمراض الجنسية: حيث يعتقد المريض أن ممارسة الجنس مع الحيوانات هي الحل الأمثل لتلبية رغباته الجنسية في ظل عجزه عن تلبيتها بالشكل الصحيح.

4-2-9المعتقدات الخاطئة: حيث يميل بعض الأفراد إلى اللجوء إلى الكهنة والدجالين للتخلص من بعض المشكلات التي قد تصادفهم، حيث يطلب بعض الدجالين من المرضى ممارسة الجنس مع الحيوانات؛ بهدف التخلص من المشكلات الصحية أو النفسية أو الاجتماعية أو المادية، أو غيرها من المشكلات الأخرى.

5-مخاطر الزوفيليا :

يؤدي اضطراب "الزوفيليا" إلى العديد من المخاطر، ومن هذه المخاطر:

التجرد من الإنسانية: حيث أن ممارسة هذا النوع من الشذوذ تؤدي إلى تجرد الإنسان من صفة الإنسانية، وبالتالي فإن هذا الأمر يترتب عليه وقوع الجرائم، والقدرة على انتهاك حقوق الآخرين، أنماط السلوك الشاذة.

5-1التعرض للإصابات: حيث يمكن أن يقوم الحيوان برد فعل حاد للدفاع عن نفسه مثل: العض، الرفس، الجرح.

5-2موت الحيوان: قد تسبب ممارسة هذا الشذوذ خطرا على حياة الحيوان، وقد ينتهي الأمر بموته.

5-3انتقال الأمراض: حيث من الممكن أن تنتقل بعض الأمراض الخطيرة والمميتة لجسم الإنسان، فالحيوان يستطيع تحمل أنواع معينة من الجراثيم والفيروسات، في حين يعجز الإنسان عن تحمل هذه الأنواع من الكائنات الدقيقة، الأمر الذي قد يسبب إصابة الإنسان بالأمراض الخطيرة أو الموت. وزيادة نسبة الأمراض النفسية في المجتمع. زيادة نسبة الجرائم وخاصة الجرائم الجنسية[8]

تحديد الحلول الممكنة للاضطرابات الجنسية يعتمد على السبب الأساسي للمشكلة، ومن المهم استشارة متخصص في الصحة الجنسية أو الطب النفسي للتشخيص الدقيق وتحديد الخطوات العلاجية المناسبة. إن توفير الدعم النفسي والطبي المناسب يمكن أن يساعد في التغلب على الاضطرابات الجنسية.

الحلول الممكنة قد تشمل:

العلاج النفسي (العلاج النفساني): يمكن أن يساعد العلاج النفسي على التعامل مع القضايا النفسية والعاطفية المرتبطة بالاضطرابات الجنسية. منهجيات مثل العلاج السلوكي المعرفي والعلاج الجنسي يمكن أن تكون فعالة.

[8] https://rattibha.com/thread/1283461495469334528. للأستاذ عمير يوم 2023/04/08 على الساعة 09:45

العلاج الدوائي: قد يوصي الطبيب بتجربة أدوية معينة لعلاج الاضطرابات الجنسية، وذلك اعتمادًا على التشخيص الدقيق والظروف الصحية للفرد.

التغييرات في نمط الحياة: قد تكون بعض التغييرات في نمط الحياة مفيدة، مثل ممارسة التمارين الرياضية بانتظام، وتحسين التغذية، والتخلص من التدخين والمخدرات، والحد من التوتر.

التواصل الجيد مع الشريك: من المهم التحدث بصراحة مع الشريك حول المشكلات الجنسية والعمل سويًا على إيجاد الحلول المناسبة.

الدعم العاطفي: الحصول على الدعم من أصدقاء أو أفراد عائلة قد يكون مفيدًا في التعامل مع الاضطرابات الجنسية.

التدريب الجنسي: قد يكون التدريب الجنسي مفيدًا لتعلم المهارات الجنسية وتحسين العلاقات الحميمة.[9]

خاتمـــــــة

ختاما لمداخلتنا هذه حول الاضطرابات الجنسية و أنواعها نكون قد تطرقنا إلى كل من اشتهاء الأطفال و اشتهاء الأموات و اشتهاء الحيوان وكل وتسميته وخصوصياته و مميزات الأشخاص الذين يعانون من هذه الاضطرابات حيث صنفت في خانة الاضطرابات النفسية حيث كانت منذ ازل قديم ولازالت ليومنا هذا , لهذا تقوم المنظمات الانسانية بمحاولاة توعوية و تكريس الاطباء النفسانيين لمساعدة الأفراد المضطربين جنسيا والحد من مثل هذه الظواهر التي بائت تؤرق كاهل المجتمعات عامة .

قامة المصادر و المراجع :

سيد علي السيد محمد.دور القرائن الطبية في اثبات الاضطرابات الجنسية.ص31. 32

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing

[9] Mayo Clinic Staff. (2021). Sexual dysfunction in women: Diagnosis & treatment. Mayo Clinic. https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/sexual-dysfunction-in-women/diagnosis-treatment/drc-20375453

امينة خيري , كتاب الطب النفسي ,الفرقة الرابعة,ص 3, 4, 5

Mayo Clinic Staff. (2021). Sexual dysfunction in women: Symptoms and causes. Mayo Clinic. https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/sexual-dysfunction-in-women/symptoms-causes/syc-20375447

www.msdmanuals.com/ home /الجِنْسانية-والاضطرابات-الجنسيَّة/العشقُ-الجنسي-للأطفال

https://www.youtube.com/watch?v=PFyBCP3O6JM

https://www.kabbos.com يوم 2023/04/07 على الساعة 11:15

https://rattibha.com/thread/1283461495469334528. للأستاذ عمير يوم 2023/04/08 على الساعة 09:45

Mayo Clinic Staff. (2021). Sexual dysfunction in women: Diagnosis & treatment. Mayo Clinic. https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/sexual-dysfunction-in-women/diagnosis-treatment/drc-20375453

شخصية البيدوفيل: دراسة حالــة

The pedophile personality: a case study

ط.د، بوغالم يسمينة، جامعة الجزائر2 أبو القاسم سعد الله، الجزائر

Yasmina.bourallem@univ-alger2.dz

الملخص:

تعتبر الاضطرابات الجنسية مشكلة من أخطر المشاكل الاجتماعية والنفسية والصحية التي تواجه المجتمعات بمختلف ثقافاتها فهي تؤثر على الفرد والمجتمع على حد سواء، ومما صار ملاحظا في السنوات الأخيرة ارتفاع نسبة الأشخاص الذين يتم إيداعهم السجن بسبب الجرائم الجنسية المختلفة، ومن أخطر الجرائم الجنسية تلك التي يكون ضحيتها الأطفال الذين لم يتجاوزوا 14 سنة من العمر فيجدون أنفسهم ضحايا لاعتداء لم يعرفوا معناه ليحملوا أثره معهم لبقية أيام حياتهم.

ومن خلال هذه الورقة البحثية نحاول تسليط الضوء على ظاهرة اشتهاء الأطفال (pedopilia) من حيث التشخيص وأهم ما يميز شخصية البيدوفيل وذلك من خلال دراسة حالة وتحليلها لراشد متواجد بالسجن بتهمة جنحة تصوير قاصر لم تكمل 18 سنة من عمرها وهي تمارس أنشطة جنسية بصفة مبينة، جنحة حيازة مواد إباحية متعلقة بالقصر وجناية الفعل المخل بالحياء على قاصر لم تكمل 16 سنة من عمرها، بالاعتماد على الدليل الاحصائي والتشخيصي للاضطرابات النفسية DSM-5، وباستخدام المنهج العيادي وأدواته، وقد خلصت الدراسة إلى أن المفحوص يعاني من اضطراب البيدوفيليا حسب ما ورد في معطيات المقابلة ومطابقة المعايير التشخيصية للاضطراب في DSM-5.

الكلمات المفتاحية: الاضطرابات الجنسية؛ الاعتداء الجنسي؛ التحرش الجنسي؛ اشتهاء الأطفال؛ البيدوفيل.

Abstract:

Sexual disorders are considered one of the most serious social and psychological problems facing societies in all cultures, and it has been noticed in recent years that the percentage of people who are imprisoned for various sexual crimes has increased, and among the most serious of them are children who haven't exceeded 14 years, and they find themselves victims of an assault that they didn't know its meaning to carry his impact with them for the rest of their lives.

Through this research paper, we try to shed light on the phenomenon of pedophilia in terms of diagnosis and the most important characteristic of the pedophile personality, through a case study and analysis of an adult who is in prison on a misdemeanor charge of filming a minor who has not completed 18 years of age while she is engaged in sexual activities in a clear manner, a misdemeanour. Possession of pornographic materials related

to minors and the felony of indecent act on a minor who has not completed 16 years of age, based on DSM-5, and using the clinical approach and its tools.
Key words: sexual disorders; sexual assault; sexual harassment ; pedophilia; pedophile.

مقدمـــة:

تعتبر الانحرافات الجنسية اضطرابا نسبيا، فما يعد في مجتمع ما سلوكا شاذا يمكن أن يكون في مجتمع آخر سلوكا عاديا يمكن تقبله، وتصنف هذه الانحرافات الجنسية إما بإرجاعها إلى اختيار موضوع الممارسة الجنسية أو بإرجاعها إلى وسائل الإشباع أو الاستمتاع فمن حيث موضوع الممارسة تظهر العديد من مظاهر الشذوذ والانحراف، كالاتصال بالمحارم والبيدوفيليا وهي ممارسة الجنس مع الأطفال، هذا الأخير الذي تتفق جميع المجتمعات على اختلاف خلفياتها الثقافية والدينية على رفضه ومحاربته كونه يمس فئة هشة من المجتمع وفئة تعتبر قاعدة أساسية لبناء أي دولة كانت وأي مساس بكيانها يعتبر هدما للمستقبل.

ومع الأسف باتت ظاهرة الاعتداء الجنسي على الأطفال تزداد انتشارا وتوسعا خلال السنوات الأخيرة وأصبحت من أكثر الجرائم الجنسية سطوا على المجتمعات، واختلفت الأسباب المؤدية إليها بين نفسية واجتماعية واقتصادية ودينية بالإضافة إلى استغلال المعتدين لضعف القدرة الجسدية والعقلية لدى هؤلاء الأطفال وسهولة التأثير فيهم بأبسط الأشياء والتمكن منهم والاستحواذ عليهم بأبسط المغريات، والانتشار الكبير للظاهرة خاصة في الجزائر صار مقلقا سواء بالنسبة للأسرة أو القانون لما لها من آثار نفسية واجتماعية على الطفل المعتدى عليه خاصة وبنية الأسرة واستقرارها وبالتالي استقرار المجتمع ككل خاصة في ظل العدوى الالكترونية التي سمحت بانفتاح المجتمعات على بعضها البعض وانتشار قصص الاعتداءات بين الصفحات والمواقع الالكترونية ودخولها كل البيوت دون استثناء.

وإذا نظرنا إلى الجانب الأكاديمي فغالبا ما نجد الدراسات تتوجه إلى الأطفال المعتدى عليهم جنسيا والآثار المترتبة عليهم جراء هذا الاعتداء وقليلا ما نجد دراسات تمس المعتدي في حد ذاته نتعرف من خلالها على طبيعة انحرافه أو اضطرابه وظروف نشأته وما يمس مختلف جوانب حياته لذلك جاءت دراستنا هاته لإلقاء الضوء على هذه الفئة بغرض العمل على التعرف عليهم بصورة أفضل وأوضح من خلال دراسة عيادية لحالة مصاب باضطراب الولع بالأطفال (اشتهاء الأطفال، البيدوفيليا) أو ما يطلق عليه البيدوفيلي وبالتالي إيجاد أو إنشاء برامج علاجية تعنى بهم هدفها الأول مساعدتهم على التخلص من الاضطراب في حد ذاته وإدماجهم في المجتمع بصورة سوية دون وجود مخاوف من تعرضهم لأطفال آخرين بالاعتداء الجنسي، وقد اعتمدنا في هاته الدراسة على المنهج العيادي المتمثل في أدواته الملاحظة والمقابلة العيادية ومن ثم تحليلها

والاستعانة في تشخيص الاضطراب على المعايير التشخيصية لاضطراب الولع بالأطفال الموجودة في الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية الإصدار الخامس DSM-5.

وللتطرق للموضوع قسمنا ورقتنا البحثية هاته إلى قسمين القسم الأول نتعرض فيه إلى المفاهيم الخاصة بالانحرافات والجرائم الجنسية والبيدوفيليا، والجزء الثاني خصص للجانب الميداني الذي سنعرض فيه تفاصيل الحالة العيادية وأهم ما يميزها.

1- الجانب النظري

1-1- مصطلحات الدراسة:

البيدوفيليا: هي صورة من صور الانحراف الجنسي، وهي مصطلح علمي يوناني في الأصل، ويتكون هذا المركب من مفردتين (Pedo)، والتي تشير إلى الطفولة، والجزء الآخر (Philia) ويعني الحب والاعجاب، وهو اضطراب الرغبة الجنسية اتجاه الأطفال ويطلق عليه أيضا اسم "اضطراب الغلمانية"، "اشتهاء الأطفال" و"اضطراب عشق الأطفال".

يتميز هذا الانحراف الجنسي بوجود ميل جنسي واضح وشديد نحو الأطفال قبل سن البلوغ، وتكرر مدة لا تقل عن ستة أشهر للمضطرب الذي لا يقل عمره عن 16 سنة، ولا يقل فارق السن بينه وبين الضحية عن 05 سنوات، ويفضل المنحرفون جنسيا الأطفال من الجنس الآخر الذين يبلغون الثامنة والعاشرة من العمر (الزعبي، 2012، ص 239). وهم ينجذبون إلى الأشخاص ما دون 18 سنة لسهولة خداعهم وضعف مقاومتهم، فيعمدون إلى بناء علاقة ثقة معهم من خلال التودد إليهم وإغرائهم بعالم الجنس.

المعتدي: هو شخص يكبر الضحية بخمس سنوات على الأقل، وله علاقة ثقة، وقرب للضحية ويكون المتعدي في الغالب شخص قد أسيء إليه جنسيا أو عاطفيا أو جسديا أو يكون قد عانى من الإهمال وهو طفل، وعادة ما يلجأ المعتدي إلى الحيلة والخداع مع القاصر أو الطفل للوصول إلى مبتغاه، وأول شيء يصبو إليه هو تحقيق الخلوة لارتكاب أفعاله المشينة، ولتحقيق هذه الخلوة عادة ما يغري المعتدي الطفل بدعوته إلى ممارسة نشاط معين، كالمشاركة في لعبة مثلا (يناف، 2013، ص ص 111، 112)، وتعرفه الجمعية الأمريكية للأطباء النفسانيين أنه أي شخص تجاوز السادسة عشر من العمر ممن داعبت فكره خيالات جنسية مثيرة ومكثفة ومتكررة لفترة لا تقل عن الستة أشهر، وانتابته دوافع أو نوازع جنسية أو قام بتصرفات تشتمل على ممارسات جنسية مع طفل أو أكثر دون سن 13 علاوة على ذلك فإن هذه الخيالات والدوافع والسلوكات الجنسية تلحق أضرار كبيرة بقدرة الفرد على أداء وظائفه اجتماعيا ومهنيا أو ضمن مجالات هامة أخرى (مقلاتي، 2021، ص 90).

الانحرافات الجنسية: تشمل كل أنواع السلوك الذي يتم فيه إشباع النزعات الجنسية عن طريق ممارسات أخرى غير الاتصال الجنسي بشخص ناضج جنسيا من أفراد الجنس الآخر يكون قد وصل إلى السن القانونية

التي يملك معها الموافقة على الاشتراك في الاتصال الجنسي، ويتميز هذا الانحراف الجنسي بتكرار الإثارة الجنسية الشديدة، وإثارة الخيالات المثيرة جنسيا، كاستجابة لموضوعات جنسية أو مواقف ليست من الأنماط المثيرة المعتادة والتي قد تتداخل بدرجات مختلفة مع الوظيفة الجنسية (الزعبي، 2012، ص 237)، وتعرف أنها التصرفات والأفعال والسلوكيات التي تهدف إلى الإشباع الجنسي، وبعضها يعتبر من الجرائم الجنسية ويدخل في طائلة العقاب القانوني، وبعضها لا يدخل في طائلة العقاب القانوني ولكنه مرفوض من الناحيتين الأخلاقية والآداب العامة في المجتمع، ويمكن تصنيفها إلى:

أ. الانحراف العادي.

ب. الانحراف المرضي الشاذ.

ج. الانحراف الإجرامي. (الحوات، 1997، ص 25).

ويعرف **التحرش الجنسي بالأطفال** بأنه تعرض الطفل إلى مشاهد فاضحة أو صور عارية أو تعمد إثارته بأي شكل من الأشكال، كتعمد ملامسة جسده، بالإضافة إلى الاعتداء الجنسي المباشر عليه في صوره المعروفة الطبيعي منها والشاذ، ويتضمن العمل الجنسي ما بين الإنسان الناضج والطفل الأشكال التالية:

- دعارة الأطفال، ومداعبة ولمس وتقبيل الأعضاء التناسلية للطفل.
- إجبار الطفل على مداعبة الأعضاء التناسلية للإنسان الناضج.
- تعريض الطفل للممارسات الجنسية بين البالغين.
- التلصص على الطفل للتلذذ بمشاهدته وهو عار أو إجباره على خلع ملابسه (تعريته).
- إكراه الأطفال على الاشتراك في الأفلام والمجلات والمواقع الإباحية في الانترنت (مرسي، 2007، ص ص 198-200).

وكون المفحوص محل الدراسة تم إيداعه أيضا بتهمة حيازة مواد إباحية متعلقة بالقصر فلا بد لنا من إعطاء تعريف لها ورغم أن المشرع الجزائري لم يعرف في قانون العقوبات ماهية هذه المواد إلا أننا نجد بعض التعاريف التي اخترنا منها **المادة 45** من **القانون النموذجي لحماية الطفل** المقترح من طرف **المركز الدولي للأطفال المفقودين والمستغلين** التي عرفت المواد الإباحية للأحداث على أنها: "تصوير الطفل بأي شكل من الأشكال أثناء اشتراكه في أنشطة جنسية حقيقية أو زائفة أو أي تصوير لأعضاء الطفل الجنسية بغرض تحقيق الإشباع الجنسي وذلك باستخدام أي وسيلة من وسائل التسجيل على سبيل المثال لا الحصر: المنشورات المطبوعة والأفلام والألعاب ووسائل تخزين البيانات الالكترونية، وما يبث على شبكة الانترنت والصور، كما يشمل ذلك الصور والرسومات والصور الرقمية التي لا يمكن التمييز بينها وبين الحقيقة (زغبيب، 2021، ص 397).

2-1- التفسير النفسي للجرائم الجنسية:

ترى بعض النظريات النفسية أن السلوك الجنسي المنحرف يتشكل نتيجة عوامل ترجع للخصائص النفسية للفرد نفسه والتي ترتبط أساسا بسمات الشخصية وتكوينها دون تجاهل للجانب المتعلق بالبيئة التي يعيش فيها الإنسان وما تتضمنه هذه البيئة من معطيات الحرمان النفسي والعاطفي، وما توفره من إثارة وعدم مراقبة وتوجيه.

ويمكن تحديد وجهة نظر التحليل النفسي في ارتكاب الجرائم الجنسية على النحو التالي:

- ترتكب الجرائم الجنسية من قبل أشخاص يعانون من نوع من الصراع النفسي والأزمات الداخلية.
- تعبر الجريمة الجنسية عن خلفيات مضطربة مرَ بها الإنسان في طفولته، ومثل هذه الجرائم تتم من قبل شخصيات معتلة وأن سلوكها الإجرامي يمثل امتدادا مباشرا للاستعداد الإجرامي المكتسب في الطفولة المبكرة، وهذا الاستعداد يجعل الفرد أشد تأثرا بالإثارة الجنسية وأكثر اندفاعا في السعي للإشباع الجنسي.
- قد يكون ارتكاب الجرائم الجنسية تعبيرا عن حاجات نفسية غير مشبعة.
- تمثل نوعا من التعبير عن الدوافع اللاواعية والمكبوتة (الحوات، 1997، ص 25).

أما المدرسة السلوكية ترى أن الانحرافات الجنسية هي مجرد عادات وسلوكيات متعلمة أو هو أمر مكتسب فالسلوك الجنسي الشاذ هو نوع من السلوك المتعلم والمرض النفسي يوجد مادامت مثيراته البيئية تتفاعل داخل البيئة وتدعم وجوده، وكما يراها **شلدور كاشدان** أنه يكفي دراسة أنواع السلوك الجنسي المنحرف، كما يظهر للعيان وكما هو ملاحظ ولا حاجة لغير ذلك لفهم الاختلالات النفسية والانحرافات السلوكية فنجد أن معظم النظريات النفسية تنطلق من تعريف الجرائم الجنسية على اعتبارها سلوكا منحرفا لا مجرما. فالسلوك الجنسي السوي هو الذي تكون غايته تحقيق الاتصال الجنسي بهدف التناسل بين الذكر والأنثى عن رضا، أما إذا كان غير ذلك وأصبح غاية في ذاته، فإنه يعتبر سلوكا جنسيا منحرفا (نفس المرجع، ص 28).

3-1- المعايير التشخيصية لاضطراب الولع بالأطفال حسب DSM-5:

A. على مدى 6 أشهر على الأقل، استثارات جنسية أو خيالات أو اندفاعات أو سلوكيات متكررة وكثيفة تتضمن نشاطا جنسيا مع طفل أو أطفال دون سن البلوغ.

B. يتصرف الفرد وفقا لهذه الاندفاعات الجنسية، أو أن هذه الاندفاعات الجنسية أو التخيلات تسبب إحباطا هاما أو صعوبة في العلاقات الشخصية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

C. يكون الفرد قد بلغ سن 16 سنة على الأقل وأن يكون أكبر بخمس سنوات على الأقل من الطفل أو الأطفال في المعيار A.

ملاحظة: لا تشمل الفرد في أواخر مرحلة المراهقة والمنخرط في علاقة جنسية مع فرد آخر في عمر 12 – 13 سنة.

تحديد النمط: نمط حصري (ينجذب نحو الأطفال فقط)

نمط غير حصري.

حدد: ينجذب جنسيا للذكور/ ينجذب جنسيا للإناث/ ينجذب جنسيا للجنسين

حدد إذا كان يقتصر على زنا المحارم (APA, 2015, p p 822- 823).

4-1- **صفات البيدوفيل:** يمتاز المجرم مشتهي الأطفال بجملة من الصفات أهمها:

- لديه تخيلات جنسية مكثفة ومتكررة وسلوكيات تتضمن نشاطا جنسيا مع الأطفال قبل سن البلوغ (بشكل عام أقل من 13 سنة).
- يقوم البيدوفيل بتصرفات متعلقة بهذه الرغبات أو بتخلايته المثيرة له جنسيا مسببا مضايقة ملحوظة.
- لا يقل عمر البيدوفيل عن 16 سنة، وفارق العمر بينه وبين الطفل 5 سنوات على الأقل، يبدأ الولع بالأطفال عند البيدوفليين عادة في سن المراهقة، ونادرا ما يكون اتصالهم مع الطفل مفروضا عليه بالقوة، حيث يبدؤون معه بالإطراءات والهدايا، وانطلاقا من محادثة حميمة إلى نقاش جنسي عبر مواقع التواصل الاجتماعي ثم بث مواد إباحية تستثير شهوة الطفل الذي يصبح فيما بعد معتادا على الشخص البيدوفيلي (زغبيب، 2021، ص 402).

2- الجانب الميداني

2-1- أدوات الدراسة:

بما أن الدراسة الحالية تهدف إلى التعرف على أعراض اضطراب البيدوفيليا وتشخيصه لدى حالة عيادية فقد اعتمدنا على المنهج العيادي من خلال دراسة الحالة التي تعتبر من الأدوات الرئيسية التي تعين الأخصائي النفساني على فهم حالة الفرد وعلاقته بمحيطه، والمقصود بها جمع معلومات شاملة ومفصلة عن ماضي وحاضر الفرد، فهي تنطلق من ملاحظة الظاهرة ومن ثم التساؤل والاستقصاء والتحقيق والفحص الدقيق والكشف عن خلفية المشكلة وتفاعلاتها مع المحيط وتشمل التعمق في معرفة الحالة الشخصية والأسرية والاجتماعية والمهنية والصحية للفرد ومن ثم دراسة العلاقة بين كل هذه الجوانب ومشكلته.

المقابلة العيادية: الهدف الأسمى من المقابلة العيادية هو أن نترك العميل يتكلم ونسمح له بأن يتمكن من الحديث إذا كانت لديه بعض الصعوبات والعراقيل، وان نشجعه على أن يقول ما يريد قوله، أو ما يستطيع قوله (Chiland, 2002, p17).

المقابلة نصف الموجهة: يقدم الفاحص وفي ذهنه مجموعة من المحاور أو المواضيع بدل الأسئلة التي نجدها في الشكل الموجه، كأن يفكر في أن يتطرق إلى المحاور التالية: الأسرة، المرض الحالي، الطفولة، التعلم، العمل، الحوادث والأمراض، الجانب الجنسي، العادات والهوايات، الاتجاه نحو الأسرة، الأحلام.... الخ.

في أغلب الأحيان يتم التخطيط للمقابلات العيادية مسبقا، وتحدد إستراتيجيتها مقدما وإن كان ذلك عملية صعبة (عبد المعطي، 1998، ص 2017).

2-2- عرض الحـــالة:

المفحوص "أحمد" يبلغ من العمر 51 سنة مطلق لديه 03 أولاد، الأم متوفية والأب على قيد الحياة، ضعيف البنية الجسدية، هندامه نظيف، لديه مستوى ثالثة ثانوي، يعمل كاتب عمومي بقرب مقر البلدية التي يقطن بها، لديه حديث منتظم ويتحدث بطلاقة ويعبر عن أفكاره ويجيب عن أسئلة المقابلة بكل سهولة بحيث غابت المقاومة المعهودة عند معظم المودعين في السجن عادة فلم ينكر التهمة وتعامل مع المقابلات العيادية بكل أريحية.

أمضى أحمد فترة طفولة مستقرة رغم الظروف المعيشية المتوسطة، لم يعاني من أي اضطرابات صحية أو نفسية خلال فترة طفولته وشبابه، علاقته مستقرة مع الإخوة ولا تتخللها أي صراعات، ويقول أنه لم يتعرض في طفولته لأي إساءة جنسية من أي نوع، تزوج وهو بسن 25 سنة وزوجته تبلغ من العمر 16 سنة، سكن مع الأهل لمدة من الزمن ثم انتقل لسكن خاص وعن اختياره لزوجته يقول أنه قبل بها لأنها صغيرة في السن وكلما تقدمت في السن كلما زادت الخلافات بينهما، خاصة بعد أن بدأت تعاني من اضطرابات نفسية وبدأت المتابعة الطبية لدى طبيب مختص في الأمراض العقلية ما أدى لزيادة الصراعات بينهما ما وصل بهما للطلاق ولكنه أعادها مرة أخرى حسب أقواله لأجل الأولاد ولأنه لا يملك بيتا سيذهب إليه غير بيت الزوجية لكنه يقول أنها أصبحت عدوانية أكثر وقامت بمحاولة إلقائه من البناية (كنا مدابزين حتى بغات ترميني من balcon تكسرت من ذراعي وبقيت في دارنا مدة من بعد رجعت عايش في المكتب تاعي)، أولاده يبلغون من العمر 17، 08 و06 سنوات على التوالي (ولدين أوسطهم بنت)، يقول أن علاقته بهم جيدة وأنه يهتم بهم ولكن أحيانا الأم تحاول أن تفرق بينهم لكنه لا يقطع زياراته عنهم ويلبي احتياجاتهم.

تم إيداع المفحوص السجن بتهمة جنحة تصوير قاصر لم تكمل 18 سنة من عمرها وهي تمارس أنشطة جنسية بصفة مبينة، جنحة حيازة مواد إباحية متعلقة بالقصر، جناية الفعل المخل بالحياء على قاصر لم تكمل 16 سنة من عمرها، تم اكتشاف الفيديوهات بعد أن قامت الشرطة بالحجز على جهاز الكمبيوتر الخاص به بعد أن كان متابعا في قضية تزوير وثائق رسمية، وبعد تفتيش الجهاز تم إيجاد أكثر من 100 فيديو يحتوي على مواد إباحية تخص القصر، (كي جاو la police يدوا الميكرو قلتلهم استروني في واش تلقاو)، ما يعني أن اكتشاف الجريمة الجنسية للمفحوص كانت عن طريق الصدفة، وقد تم التعرف على ضحية من الضحايا التي تبلغ من العمر 13 سنة والتي كان وجهها واضحا في الفيديو المخل الذي التقطه لها وكان يوجد غيرها العديد من الضحايا من نفس سنها أو أصغر منها ولكنه كان يحرص على عدم ظهور ملامحهن، وعن بداية ظهور الاضطراب لديه يقول أنه منذ بداية نضجه الجنسي بدأ ينجذب للفتيات الأصغر منه ثم تأكد من ذلك بعد تجاوز سن البلوغ حيث بقي انجذابه وكل هواماته الجنسية تتوجه نحو صغيرات السن لهذا عندما قرر الزواج تقدم لخطبة فتاة تبلغ 15 سنة وتزوجها وهي بسن 16 سنة وكلما تقدمت بالسن أكثر قلت رغبته الجنسية اتجاهها (ملي نشفى روحي نبغي الصغارات كانوا يعجبوني بزاف بزاف حتى كي بغيت نتزوج بغيتها صغيرة بصح كي كبرت خلاص ما وليتش نحمل نعيش معاها)، يقول أنه طوال فترة الزواج كان يكبح رغباته الجنسية ولكن بعد الطلاق وبعد بقائه في المكتب وحيدا توجه لمشاهدة الأفلام الإباحية المتعلقة بالعلاقات الجنسية مع الأطفال والقصر، ثم أصبح يقوم بإغراء الفتيات الصغيرات للقيام بنشاطات جنسية معه يقول: أنا يحبوني من عند ربي حنين عليهم ما نمدلهم لا دراهم لا والو غير كي يجو عندي نمدلهم حلوة ونهدر معاهم ونضحك معاهم يحبوني)، كان أحمد يستغل الظروف المادية للقاصرات حيث كانت غالبيتهن لديهن ظروف معيشية صعبة، ويختار ضحاياه ما بين سن 08 سنوات إلى 14 سنة كحد أقصى ويلتقط فيديوهات للمارساته الجنسية معهن جميعا ويحتفظ بها لديه وكل ليلة يعيد مشاهدتها بغرض الوصول للإستثارة الجنسية (نبغي كي نصور les vidéos ومن بعد نعاود نتفرجلهم يعجبني الحال كي نشوف روحي معاهم وهاديك هي النشوة تاعي تاع الصح خاصة فالليل نكون بايت وحدي عندي فيديوهات جايبهم من الانترنت نتفرجهم بصح ماشي كيما لي فيهم أنا)، وهذا ما يدل على أن جميع هوامات المفحوص وأفكاره وتوجهاته الجنسية متوجهة إلى القاصرات من البنات، وبالرغم من إنكاره أنه يقدم مقابل مادي للفتيات إلا أن ذلك ما أكدته محاضر استماع المعتدي، فهو قبل أن يبدأ في العلاقة الجسدية يبدأ بجذب ضحاياه عن طريق الجانب المادي مستغلا ضعفهم وحاجتهم المادية خاصة وأن معظم ضحاياه هن قاصرات متمدرسات بالطور المتوسط ثم يبدأ بعدها بدعوتهن إلى إقامة علاقة جنسية بمقابل مادي أكبر، ورغم إصراره على أنهن يقبلن عرضه فقط لأنهن يحببنه إلا أن البنية الجسدية للمعتدي

والجانب الفيزيولوجي الخاص به ليس ما من شأنه إغراء فتيات في بداية سن المراهقة، وما تجدر الإشارة إليه أن معظم علاقاته الجنسية كانت علاقات تخلو من إيلاج العضو الذكري الخاص به، أما عند سؤالنا له " ابنتك في الثامنة من العمر وهي في نفس عمر أغلب الفتيات الذين اعتديت عليهن فهل لديك رغبة جنسية اتجاهها؟" فقد كان جوابه بالنفي (لالا ما جيني حتى رغبة من جهتها malgré نتلمسها ونعنقها ونلعب معاها بصح جامي جاتني الرغبة هاديك ليها بالاك مين بنتي ما نخممش فيها كيما الآخرين).

وبالرجوع إلى المعايير التشخيصية لاضطراب البيدوفيليا في DSM-5 نجد أن جميع المعايير تنطبق على المفحوص فبالنسبة للمعيار الأول فإن ممارساته الجنسية مع الأطفال دون سن البلوغ قد تجاوزت الستة أشهر إلى أكثر من سنتين حاليا، بالنسبة للمعيار الثاني فقد تصرف المفحوص وفقا لاندفاعاته كما أن اندفاعاته الجنسية سببت فشلا في علاقته الزوجية، والمعيار الثالث الذي يثبت فرق السن الذي يتجاوز الخمس سنوات إلى أكثر من 38 سنة، أما بالنسبة للمحددات فهو لديه نمط حصري حيث ينجذب للأطفال فقط، وينجذب جنسيا للإناث دون الذكور، ومما سبق فإن المفحوص يؤكد تشخيصه باضطراب الولع بالأطفال (البيدوفيليا) ما يستدعي التدخل النفسي والمتابعة المستمرة ومحاولة علاجه بشتى الطرق الممكنة حتى لا يتسنى له التعدي على الحياة الخاصة بأطفال آخرين.

حكم على المفحوص بسنة سجن بتهمة التزوير و05 سنوات سجن للجريمة الجنسية التي ارتكبها ولا يزال في طور تمضية محكوميته.

2-3- مناقشة النتائج

من خلال ما سبق تبين أن المفحوص تسيطر عليه الهوامات الجنسية المتعلقة بالأطفال بصورة قوية جدا ما يفسر عدم قدرته على مواجهة والتحكم في سلوكاته الجنسية واندفاعيته نحو مضاجعة الأطفال الإناث اللواتي يتراوح سنهن ما بين 08 و13 سنة، ما أدى إلى الفشل في حياته الاجتماعية والأسرية خاصة حيث يعتبر عدم قدرته على معاشرة الزوجة ومواجهة رغبته الجنسية سببا في انعدام التواصل الذي كان موجود بينه وبين زوجته، ورغم أن توجهاته الجنسية واضحة إلا أنه يعبر عن عدم وجود رغبة اتجاه الابنة التي تبلغ من العمر 09 سنوات من شأنه أن يبين قدرته على التحكم في غريزته وتسييرها نحو فئة محددة، ورغم الفشل في حياته الاجتماعية والأسرية إلا أنه يبدي تقديرا عاليا لذاته بحيث يرد قبول الأطفال لإقامة علاقة جنسية معه راجع لكونه شخص محبوب ومقرب منهن. لكن وإن كانت تلك العلاقات برضا الضحايا إلا أن صغر سنهن يعتبر حاجزا يمنع قدرتهن على الحكم واتخاذ القرار السليم، ومع اختلاف

التحليلات حول أسباب اشتهاء البيدوفيلي للأطفال بدل التوجه الغريزي الطبيعي فمنهم من أرجع هذا الاضطراب إلى الصدمات النفسية السابقة أو تعرض المضطرب للاعتداء بدوره في مراحل عمرية مبكرة من حياته، ومن يرجعه لاختلالات عضوية وعصبية وعوامل بيئية واجتماعية وأسرية من شأنها أن تسهم في ظهور هذا الاضطراب وتفاقمه. إلا أن المفحوص موضوع الدراسة لم يتعرض لخبرة إساءة جنسية في طفولته ويصرح بأن رغبته الجنسية نحو الأطفال كانت ذاتية المنشأ منذ بداية نضجه الجنسي وهذا ما وجب البحث فيه بصورة أوسع حول الأسباب الحقيقية التي من شأنها أن تجعل من شخص ينمو نموا عاديا يتعرض أثناء نموه الجنسي لانحراف شاذ في رغباته الجنسية، وتبقى دراسة الحالة هاته نموذجا واحدا وسط العديد من الحالات التي تعاني من هذا الاضطراب والتي تحتاج إلى دراسة أوسع وأشمل.

خاتمـــة

الاعتداء الجنسي على الأطفال يعد جريمة العصر وأحد أخطر الجرائم التي لم شأنها أن تهز كيان المجتمع فالأطفال هم نواة أي مجتمع ومستقبله وأي مساس بهم من شأنه أن يؤثر على هيكل المجتمع ككل، كما أن العديد من الأطفال الذين تعرضوا للاعتداء الجنسي اليوم يمكن أن يصبحوا معتدين الغد، لذلك وجب توسيع حمايتهم فلم تعد المنازل ولا المدارس ولا الشوارع آمنة لأطفالنا سواء من القريب أو الغريب خاصة في ظل غياب الرقابة الأسرية، فالتصدعات التي تمس البناء العائلي كالطلاق والمشاكل العائلية والعنف الأسري وانشغال الوالدين بالعمل أدى إلى توجه الأطفال إلى المخالطات الشاذة واللجوء إلى الأكبر منهم سنا لتعويض الدفء العائلي المحرومين منه والانغماس في وسائل التواصل الاجتماعي التي أصبحت ملاذا للمضطربين جنسيا يتصيدون من خلالها فرائسهم من الأطفال عن طريق اغوائهم ومن ثم مشاركتهم محتويات جنسية تؤثر على ميولهم ثم تحين فرصة استغلالهم جنسيا، لذلك وجب معاقبة المعتدي على الطفل الذي وإن اعتبره النفسانيون اضطرابا فهو إذا تجاوز حدود الخيالات الجنسية إلى الاعتداء والاستغلال الجنسي للطفل على أرض الواقع يصبح جريمة جنسية يعاقب عليها القانون، فحسب **مكي عباس** نائب رئيس المجلس العالمي للعلاج النفسي فإن المستغل جنسيا يعي ما يرتكبه، وإن كان المرض يخفف من عقوبته، فهذا لا يعفيه من العقاب من أجل حماية الحق العام، كذلك فإن عمله يسمم الحياة الجنسية للطفل الضحية وسيجره نحو الانحراف (زغبيب، 2021، ص 407).

وتبقى الجرائم الجنسية المرتكبة نحو الأطفال جرائم خفية يستغل فيها المعتدي ضعف الضحية وعدم قدرته على الإفصاح واستسلامه الكامل له، فمعظم هذه الجرائم تكتشف بعد عدة اعتداءات متكررة، كالحالة محل الدراسة الذي اكتشفت جريمته صدفة بعد مصادرة حاسوبه في قضية مختلفة تمام الاختلاف عن الاعتداء الجنسي على القصر، ومن هنا نخرج بمجموعة من التوصيات نذكر منها:

- ضرورة توعية الطفل جنسيا وتثقيفه حول خطورة الاعتداء عليه من طرف الأكبر منه أو الانصياع لهم.
- القيام بحملات توعوية وتحسيسية تمس جميع الهيئات والمجتمع المدني للتعريف بكيفية التعامل مع هذه الظاهرة.
- ضرورة التبليغ بكل تحرش أو اعتداء جنسي على الطفل لينال المعتدي عقابه سواء كان قريب أو بعيد عن الضحية.
- سن قوانين رادعة تمس هذه الجريمة للحد من انتشارها المتزايد.
- التكفل النفسي والطبي بالبيدوفيل ضروري لمساعدته على تغيير توجهه الجنسي أو التحكم فيه.

قائمة المراجع:

- الحوات، علي. (1997). الجرائم الجنسية. ط1. الرياض: أكاديمية نايف للعلوم الأمنية.
- الزعبي، أحمد محمد. (2012). أسس علم النفس الجنائي. ط1. الأردن: دار زهران للطباعة والنشر.
- زغبيب، نور الهدى. (2021). دراسة السلوك الاجرامي للبيدوفيلي الالكتروني عبر تعاطي المواد الإباحية للأطفال. الجزائر: مجلة الأستاذ الباحث للدراسات القانونية والسياسية. مج 06 (ع02). ص ص 393- 415.
- عبد المعطي، حسن مصطفى. (1998). علم النفس الاكلينيكي. القاهرة: دار قباء.
- مرسي، محمد مرسي محمد. (2007). التحرش الجنسي بالأطفال، قطر: مجلة التربية. س36 (ع162). ص ص 198- 219.
- نياف، أمال. (2013). الجريمة الجنسية المرتكبة ضد القاصر -الاغتصاب والتحرش الجنسي. مذكرة ماجستير منشورة. الجزائر: جامعة قسنطينة 1.
- APA. (2015). Manuel Diagnonstique et Statistique des troubles Mentaux. 5em ed. France : El Sevier Masson.
- Chilland, Collet. (2002). L'entretien clinique. Paris : PUF.

اضطراب الهوية الجنسية لدى طالبات الجامعة

–دراسة ميدانية على طلبة جامعة اكلي محند أولحاج البويرة-

Disorder of sexual identity among female university students- A field study on the students of the University of Akli Mohand Oulhadj Bouira-

ط.د امحمد بن علية، جامعة تامنغست، benaliabenalia62@gmail.com

أ.د جميلة ملوكي، جامعة تامنغست، mellouki2014@yahoo.com

الملخص:

تهدف هاته الدراسة الى الكشف عن مستوى اضطراب الهوية الجنسية لدى طالبات الجامعة بجامعة اكلي محند أولحاج بالبويرة، كذلك الكشف عن مدى وجود فروق في مستوى اضطراب الهوية الجنسية لدى عينة الدراسة تعزى لمتغيري (المستوى المادي، الحالة الوالدية).

وهذا من خلال استخدام المنهج الوصفي وتطبيق الاستبيان كأداة لجمع البيانات على عينة قصدية قوامها 37 طالبة.

وتم استخدام نظام الحزم الإحصائية spss في معالجة البيانات المتحصل عليها وتفسير النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة.

وكشفت النتائج وجود متوسط في اضطراب الهوية الجنسية لدى طالبات جامعة أكلي محند أولحاج بالبويرة.

الكلمات المفتاحية: اضطراب، الجنس، الهوية الجنسية، التحول الجنسي، طالبات الجامعة.

Abstract:

This study aims to reveal the level of gender identity disorder among female university students at the University of Akli Mohand Oulhadj in Bouira, as well as to reveal the extent of differences in the level of gender identity disorder among the study sample due to the two variables (physical level, parental status), And this is through the use of the descriptive approach and the application of the questionnaire as a tool for data collection on an intentional sample of 37 female students,

And the SPSS statistical package system was used to process the data obtained and interpret the results in light of the theoretical framework and previous studies, The results revealed a moderate presence of gender identity disorder among female students at Akli Mohand Oulhaj University in Bouira.

Key words: Disorder, Sex, Sexual identity, Sexual transformation, female university students

1-مقدمة:

لا شك ان الرد بطبيعته السيكولوجية يتعرض في مراحل حياته العمرية الى خصائص نفسية وأخرى فيزيولوجية تميزه في كل مرحلة من عمره عن المرحلة التي سبق وكان فيها، كذلك الخصائص التي تميز الجنسين الذكر والانثى عن بعضهما البعض بغض النظر ن تلك الخصائص الفيزيولوجية نجد هناك خصائص نفسية وسلوكية توضح نوع الجنس، غير انه في الحالة الغير طبيعية تجد سلوكيات الظاهرة على احد الجنسين تختلف، فنجد مثلا الانثى لديها ميول في انتهاج سلوكيات الذكر، وهذا ما يسمى باضطراب ومن جملة الإضرابات التي تتعرض للإنسان الاضطرابات الجنسية هاته الأخيرة تندرج ضمنها اضطراب الهوية الجنسية، والطالبات الجامعيات كباقي افراد المجتمع يحملن خصائص واضطرابات متفاوتة من طالبة لأخرى.

وانطلاقا من موضوع اضطراب الهوية الجنسية كموضوع يمس افراد المجتمع ومن بينهم الطالبات الجامعية لجامعة اكلي محند اولحاج بالبويرة نطرح التساؤل التالي:

ما مستوى اضطراب الهوية الجنسية لطالبات جامعة اكلي محند اولحاج بالبويرة؟

ومن خلال التساؤل العام يمكننا طرح تساؤلات فرعية وهي كالتالي:

1- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اضطراب الهوية الجنسية لدى عينة الدراسة تعزى لمتغير المستوى المادي؟

2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اضطراب الهوية الجنسية لدى عينة الدراسة تعزى لمتغير الحالة الوالدية؟

2-الفرضية العامة للدراسة:

مستوى اضطراب الهوية الجنسية لطالبات جامعة اكلي محند اولحاج بالبويرة متوسط.

3-الفرضيات الجزئية:

1-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اضطراب الهوية الجنسية لدى عينة الدراسة تعزى لمتغير المستوى المادي.

2 لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اضطراب الهوية الجنسية لدى عينة الدراسة تعزى لمتغير الحالة الوالدية.

4-أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة في كونها تسلط الضوء على موضوع اضطراب الهوية الجنسية كونه موضوع يدخل في تحديد الهوية الجنسية لهاته الفئة، كونها تحمل الخصائص النهائية لمرحلة المراهقة، لاسيما ان الدراسات السابقة ركزت على اضطراب الهوية الجنسية للطفل والمراهق.

كذلك تدخل أهمية هاته الدراسة في رغبتنا بإحداث تراكم معرفي يكون لنا قاعدة نظرية تخدم كل من يتطرق الى دراسة موضوع الاضطرابات الجنسية خاصة اضطراب الهوية الجنسية.

5-اهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية الى دراسة موضوع اضطراب الهوية الجنسية لدى الطالبات الجامعيات بجامعة اكلي محند اولحاج بالبويرة من خلال ما يلي:

- تحديد مستوى اضطراب الهوية الجنسية لدى طالبات جامعة اكلي محند اولحاج بالبويرة.
- تحديد مستوى كل بعد من ابعاد اضطراب الهوية الجنسية.
- تحديد الفروق بين المستويات المادية لعينة الدراسة في اضطراب الهوية الجنسية.
- تحديد الفروق بين الحالات الوالدية لعينة الدراسة في اضطراب الهوية الجنسية.

6-الإطار النظري للدراسة:

6-1-الاضطراب:

هو حالة فوضى وفقدان النظام وهو كل ما يخالف القانون الأخلاقي. (الصالح، 2013، صفحة 166)

6-2-الهوية الجنسية:

هي مجموعة من السلوكيات والمواقف والارشادات التي يتم بناءها خلال مراحل التطور النفسي الجنسي للفرد، فهي سيرورة طويلة لتطور نمو الطفل مبنية على التربية والتقليد والتعليم يبنيها الطفل ويحولها من خلال المبادئ الفكرية التي يستدخلها وتملي عليه بذلك الطريقة التي يجب ان يفكر ويتصرف بها ككائن جنسي. (بقطوشة و كعوان، 2020، صفحة 421)

6-3-اضطراب الهوية الجنسية:

هو تشخيص يطلقه أطباء وعلماء النفس على الأشخاص الذين يعانون من حالة من عدم الارتياح او القلق حول نوع الجنس الذي ولدوا به، وهو يعتبر تصنيفا نفسيا يصف المشاكل المتعلقة بالتغير الجنسي وهوية التحول الجنسي والتشبه بالجنس الآخر وهو تصنيف تشخيصي ينطبق بشكل عام على المتغيرين جنسيا. (علي و موسى، 2021، صفحة 348)

6-4-طالبات الجامعة:

يعتبر الطالب الجامعي هو أحد العناصر الأساسية والفعالة في العملية التربوية طيلة التكوين الجامعي اذ انه يمثل النسبة الغالبة في المؤسسة الجامعية. (مرسي، 1977، صفحة 33)

7-منهجية الدراسة وإجراءاتها:

7-1-منهجية الدراسة:

7-1-1-حدود الدراسة:

- **الحدود البشرية:** تتمثل في طالبات جامعة اكلي محند اولحاج بالبويرة
- **الحدود المكانية:** جامعة البويرة
- **الحدود الزمنية:** ما بين شهر مارس 2023 الى شهر افريل 2023.
- **الحدود الموضوعية:** اضطرابات الهوية الجنسية لدى طالبات الجامعة: دراسة ميدانية بجامعة اكلي محند اولحاج بالبويرة.

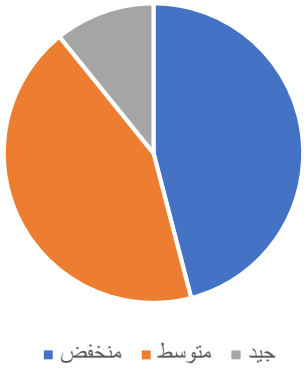
7-1-2-مجتمع وعينة الدراسة: يتمثل مجتمع الدراسة في كافة طالبات جامعة اكلي محند اولحاج، ولقد تم اختيار عينة قصدية قوامها 37 طالبة جامعية.

- **خصائص عينة الدراسة:**

جدول رقم (01) يوضح عينة الدراسة حسب متغير المستوى المادي

المستوى المادي	العدد	النسبة
منخفض	17	% 45.94
متوسط	16	% 43.24
جيد	4	% 10.81
المجموع	37	%100

الشكل رقم (01) يوضح تمثيل عينة الدراسة حسب متغير المستوى المادي



المصدر:(الباحثان بالاعتماد على نتائج SPSS)

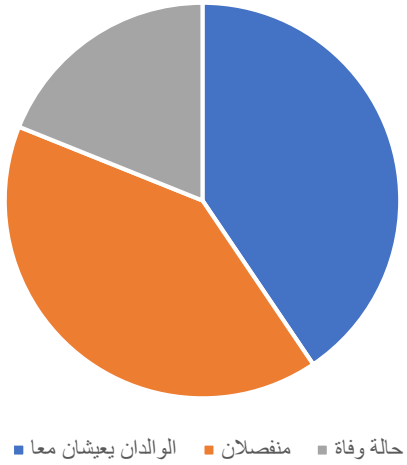
من خلال ملاحظة كل من الجدول رقم (01) والشكل رقم (01) اتضح لنا ان المستوى المادي المنخفض جاء في المرتبة الأولى حيث بلغت نسبته 45.94 % بتعداد 17 طالبة بينما المرتبة الثانية كانت من نصيب الفئة ذات مستوى مادي متوسط بنسبة 43.24 % أي بتعداد 16 طالبة، اما المرتبة الثالثة

والأخيرة هي من نصيب أصحاب المستوى المادي الجيد بنسبة 10.81 % أي بتعداد أربع طالبات وليه نقول ان عينة الدراسة تمتاز بمستوى مادي منخفض.

جدول رقم (02) يوضح عينة الدراسة حسب متغير الحالة الوالدية

الحالة الوالدية	العدد	النسبة
الوالدان يعيشان معا	15	% 40.54
منفصلان	15	% 40.54
حالة وفاة	7	% 18.91
المجموع	37	%100

الشكل رقم (02) يوضح تمثيل عينة الدراسة حسب متغير الحالة الوالدية



المصدر:(الباحثان بالاعتماد على نتائج SPSS)

من خلال ملاحظة كل من الجدول رقم (02) والشكل رقم (02) اتضح لنا ان كل من حالة الوالدان يعيشان معا وحالة طلاق جاءا في المرتبة الأول بنسبة 40.54 % أي ما يعادل 15 طالبة في كل حالة، بينما في المرتبة المتبقية والثانية كانت من نصيب حالة وفاة أي ما نسبته 18.91 % بتعداد 7 طالبات، وليه يمكننا ان نقول عينة الدراسة غير مستقرة اجتماعيا حينما نجمع نسبة حالة الوالدين منفصلين وحالة وفاة أحدهما اوكلاهما حيث نتحصل على ما نسبته 59.45 % من عينة الدراسة.

7-2-أداة الدراسة:

تم الاستعانة في هاته الدراسة بالاستبيان كأداة لجمع المعلومات، وهذا نظرا لملائمتها وتوافقها لطبيعة خصائص مجتمع الدراسة، لأجل ذلك تم الاستعانة بمقياس اضطراب الهوية الجنسية لخطاب احمد محمود وأبو الخير حنان. (ابو الخير و الخطاب، 2018)

وهو مقياس مقسم ال ثلاثة ابعاد هم:

1- اضطراب الهوية الجنسية لدى الاناث: يتكون من 08 فقرات.
2- تحول الزي الثنائي الدور (الارتداء المغاير): يتكون 05 فقرات.
3- التحول الجنسي: يتكون من 17 فقرة.

وللإجابة عن هذا المقياس تم الاستعانة بسلم الإجابات الرباعي والذي يتدرج من "ابدا"،"احيانا"،"غالبا"،"دائما"

7-2-1-صدق الأداة:

تم التحقق من صدق الأداة بالاتساق الداخلي، وذلك بحساب معامل الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد، كما تم حساب معامل الارتباط بين الدرجة الكلية للبعد والدرجة الكلية للمقياس.

الجدول رقم (03) يوضح معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للبعد.

البعد	رقم العبارة	معامل الارتباط بيرسون
اضطراب الهوية الجنسية لدى الاناث	01	**0.593
	02	**0.656
	03	**0.609
	04	**0.434
	05	**0.452
	06	**0.502
	07	**0.478
	08	**0.572
تحول الزي الثنائي الدور	09	**0.502
	10	**0.681
	11	**0.638
	12	**0.496
	13	**0.432
	14	**0.513
	15	**0.607
	16	**0.481
	17	**0.444

التحول الجنسي	18	**0.462
	19	**0.527
	20	**0.606
	21	**0.533
	22	**0.463
	23	**0.480
	24	**0.562
	25	**0.441
	26	**0.617
	27	**0.578
	28	**0.571
	29	**0.463
	30	**0.521

** دال احصائيا عند مستوى الدلالة 0.01 المصدر:(الباحثان بالاعتماد على نتائج SPSS)

من خلال ملاحظة الجدول رقم (03) تبين أدني معامل ارتباط كان بين العبارة رقم 13 وبعد تحول الزي الثنائي الدور بقيمة 0.432 وهو دال احصائيا عند مستوى الدلالة 0.01، بينما اصى معامل ارتباط كان بين العبارة رقم 10 وبعد تحول الزي الثنائي الدور وهو دال احصائيا عند مستوى الدلالة 0.01 وعليه يمكننا القول ان جميع عبارات المقياس مرتبطة ارتباطا احصائيا بالأبعاد التي تنتمي اليها وجميعها دالة احصائيا عند مستوى الدلالة 0.01.

الجدول رقم (04) يوضح معاملات الارتباط بين درجات ابعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس.

البعد	الارتباط مع الدرجة الكلية للمقياس
اضطراب الهوية الجنسية لدى الاناث	**0.502
تحول الزي الثنائي الدور	**0.421
التحول الجنسي	**0.795

** دال احصائيا عند مستوى الدلالة 0.01 المصدر:(الباحثان بالاعتماد على نتائج SPSS)

من خلال ملاحظة الجدول رقم (04) يتضح لنا ان أدني معامل ارتباط كان بين بعد تحول الزي الثنائي الدور والدرجة الكلية للمقياس بقيمة 0.421 وهو دال احصائيا ند مستوى الدلالة 0.01، بينما اقصى معامل ارتباط كان بين بعد التحول الجنسي والدرجة الكلية للمقياس بقيمة 0.795 وهو دال احصائيا عند

مستوى الدلالة 0.01، وعليه نقول مقياس اضطرابات الهوية الجنسية صادق وجاء لما يقيسه فهو يمتاز بالصدق.

7-2-2-ثبات الأداة:

تم التأكد من ثبات المقياس من خلال احتساب الفا كرونباخ، حيث بلغ معامل الثبات (0.76) وهي قيمة مرتفعة ودالة على ثبات المقياس.

7-3-الأساليب الإحصائية:

تم تحليل البيانات المتحصل عليها من خلال استخدام الحزم الإحصائية SPSSالاصدار الـ 24 ولحساب المستويات قمنا بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل عبارة، ثم لكل بعد، ثم للمقياس الكلي.

اما فيما يخص التساؤلات الفرعية تم الاستعانة بـANOVA في حساب الفروق.

الجدول رقم (05) يوضح مقياس الحكم على مستوى إضر ابات الهوية الجنسية من خلال المتوسط الحسابي.

تقسيم مدى المتوسط	المستوى	
من 1 حتى الى 2	منخفض	المدى=4-1=3
من2 حتى الى 3	متوسط	طول الفئة=3/3=1
من 3 حتى الى 4	مرتفع	

8-عرض نتائج الدراسة ومناقشتها:

8-1-عرض ومناقشة الفرضية العامة:

نص التساؤل العام: ما مستوى اضطراب الهوية الجنسية لطالبات جامعة اكلي محند اولحاج بالبويرة؟

نص الفرضية العامة: مستوى اضطراب الهوية الجنسية لطالبات جامعة اكلي محند اولحاج بالبويرة متوسط.

ولاختبار الفرضية قمنا بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل عبارة ثم لكل بعد ثم للمقياس الكلي.

الجدول رقم (06) يوضح المتوسطات الحسابية لعبارات و ابعاد اضطر ابات الهوية الجنسية

البعد	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	مستوى الاضطراب
	العبارة رقم 01	2.40	0.72	7	متوسط

البعد الأول: اضطراب الهوية الجنسية لدى الاناث	العبارة رقم 02	2.13	0.85	14	متوسط
	العبارة رقم 03	2.45	0.86	5	متوسط
	العبارة رقم 04	2.43	0.72	6	متوسط
	العبارة رقم 05	2.35	0.67	9	متوسط
	العبارة رقم 06	2.59	0.76	2	متوسط
	العبارة رقم 07	2.70	0.77	1	متوسط
	العبارة رقم 08	2.35	0.75	9	متوسط
مجمل البعد الاول		2.42	متوسط		
البعد الثاني: تحول الزي الثنائي الدور	العبارة رقم 09	2.16	0.68	13	متوسط
	العبارة رقم 10	2.02	0.76	15	متوسط
	العبارة رقم 11	2.43	0.72	6	متوسط
	العبارة رقم 12	2.56	0.55	3	متوسط
	العبارة رقم 13	2.27	0.80	11	متوسط
مجمل البعد الثاني		2.28	متوسط		
	العبارة رقم 14	2.45	0.73	5	متوسط

البعد الثالث: التحول الجنسي	العبارة رقم 15	2.16	0.76	13	متوسط
	العبارة رقم 16	2.40	0.72	7	متوسط
	العبارة رقم 17	2.24	0.72	12	متوسط
	العبارة رقم 18	2.48	0.83	4	متوسط
	العبارة رقم 19	2.29	0.77	10	متوسط
	العبارة رقم 20	2.37	0.75	8	متوسط
	العبارة رقم 21	2.70	0.84	1	متوسط
	العبارة رقم 22	2.70	0.70	1	متوسط
	العبارة رقم 23	2.40	0.68	7	متوسط
	العبارة رقم 24	2.16	0.72	13	متوسط
	العبارة رقم 25	2.16	0.79	13	متوسط
	العبارة رقم 26	2.27	0.60	11	متوسط
	العبارة رقم 27	2.37	0.59	8	متوسط
	العبارة رقم 28	2.27	0.80	11	متوسط

	العبارة رقم29	2.48	0.69	4	متوسط
	العبارة رقم 30	2.43	0.76	6	متوسط
مجمل البعد الثالث		2.24	متوسط		
مجمل المقياس		2.31	متوسط		

المصدر:(الباحثان بالاعتماد على نتائج SPSS)

من خلال الجدول رقم (06) يتضح لنا ان مستوى اضطراب الهوية الجنسية لدى عينة الدراسة متوسط، هذا وقد جاء مستوى كل بعد من ابعاد مقياس اضطراب الهوية الجنسية المطبق على عينة الدراسة متوسط، حيث سجل أدني متوسط حسابي لدى البعد الثالث المتعلق بالتحول الجنسي بمتوسط 2.24 وفي المقابل اعلى متوسط حسابي لدى البعد الأول اضطراب الهوية الجنسية لدى الاناث بمتوسط 2.42، اما فيما يخص عبارات مقياس اضطراب الهوية الجنسية جاء متوسطها الحسابي كلها متوسط حيث تم تسجيل العبارة رقم 10 في المرتبة الـ15 بمتوسط حسابي 2.2، بينما جاءت كل من العبارة رقم 7، 21، 22 في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي 2.70.

وعليه ومما سبق تحققت لدينا الفرضية القائلة:

مستوى اضطراب الهوية الجنسية لطالبات جامعة اكلي محند اولحاج بالبويرة متوسط.

ويمكننا تفسير هذا المستوى انه راجع كون ان الطالبات الجامعيات في نهاية مرحلة المراهقة خاصة وان اعمارهن لا يقلن عن 19 سنة كما نسبة ان الحرية الشخصية بالمرحلة الجامعية تزداد مقارنة ماهي عليه في مرحلة الثانوي من تشدد المؤسسات التربوية في هندام التلاميذ من لبس لائق مع ضرورة ارتدا المئزر.

8-2-عرض ومناقشة الفرضية الجزئية الأولى:

نص التساؤل: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اضطراب الهوية الجنسية لدى عينة الدراسة تعزى لمتغير المستوى المادي؟

نص الفرضية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اضطراب الهوية الجنسية لدى عينة الدراسة تعزى لمتغير المستوى المادي.

الجدول رقم (07) يوضح اختبار ANOVA لمستوى اضطراب الهوية الجنسية وفقا لمتغير المستوى المادي

المستوى المادي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة F	مستوى معنوية sig

منخفض	17	70.76	5.57	0.471	0.629
متوسط	16	71.31	4.90		
جيد	04	73.50	2.38		

المصدر:(الباحثان بالاعتماد على نتائج SPSS)

يتضح من الجدول رقم (07) ما يلي:

- بلغت قيمة الـ F المحسوبة 0.471 اقل من قيمتها المجدولة
- بلغ مستوى المعنوية المحصل عليه (المحسوب) 0.629 وهو أكبر من مستوى الدلالة المعنوية المرغوب 0.05

ومنه نقبل الفرضية الصفرية (فرضية العدم) ونرفض الفرضية البديلة، أي انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اضطراب الهوية الجنسية لدى عينة الدراسة تعزى لمتغير المستوى المادي عند مستوى الدلالة المعنوية 0.05.

ويمكن تفسير هاته النتائج ان المستوى المادي لا يلعب دورا هاما في اضطراب الهوية الجنسية سواءا كان ضعيفا او متوسطا، او جيدا وهذا ما يدفعنا للقول ان اضطراب الهوية الجنسية يرجع لأسباب أخرى غير المستوى المادي.

8-3-عرض ومناقشة الفرضية الجزئية الثانية:

نص التساؤل: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اضطراب الهوية الجنسية لدى عينة الدراسة تعزى لمتغير الحالة الوالدية؟

نص الفرضية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اضطراب الهوية الجنسية لدى عينة الدراسة تعزى لمتغير الحالة الوالدية.

الجدول رقم (08) يوضح اختبار ANOVA لمستوى اضطراب الهوية الجنسية وفقا لمتغير الحالة الوالدية

الحالة الوالدية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة F	مستوى معنويةsig
الوالدان يعيشان معا	15	73.20	4.58	1.96	1.56
منفصلان	15	69.80	4.36		
حالة وفاة	07	70.42	6.39		

المصدر:(الباحثان بالاعتماد على نتائج SPSS)

يتضح من الجدول رقم (08) ما يلي:

- بلغت قيمة الـ F المحسوبة 1.96 اقل من قيمتها المجدولة
- بلغ مستوى المعنوية المحصل عليه (المحسوب) 1.56 وهو أكبر من مستوى الدلالة المعنوية المرغوب 0.05

ومنه نقبل الفرضية الصفرية (فرضية العدم) ونرفض الفرضية البديلة، أي انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اضطراب الهوية الجنسية لدى عينة الدراسة تعزى لمتغير الحالة الوالدية عند مستوى الدلالة المعنوية 0.05.

ويمكن تفسير هاته النتائج المتحصل عليها ان الحالة الوالدية (الوالدان يعيشان معا، منفصلان، في حالة وفاة) لا تؤثر في مستوى اضطراب الهوية الجنسية لعينة الدراسة.

9-خاتمة:

وعليه ومما سبق يمكننا القول ان اسفرت نتائج دراسة مستوى اضطراب الهوية الجنسية لدى طالبات الجامعيات بجامعة اكلي محند اولحاج بالبويرة على ما يلي:

- مستوى اضطراب الهوية الجنسية لدى عينة الدراسة متوسط.
- مستوى بعد اضطراب الهوية الجنسية لدى البنات متوسط.
- مستوى بعد تحول الزي الثنائي الدور متوسط.
- مستوى بعد التحول الجنسي متوسط.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اضطراب الهوية الجنسية لدى عينة الدراسة تعزى لمتغير المستوى المادي.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اضطراب الهوية الجنسية لدى عينة الدراسة تعزى لمتغير الحالة الوالدية.

ويمكننا ارجاع هاته النتائج المتحصل عليها لعدة أسباب من بينها ما يلي:

- خصائص المرحلة العمرية التي فيها عينة الدراسة اذ تعد من المراحل النهائية لمرحلة المراهقة.
- النضج العقلي والمعرفي لهاته العينة.
- مرحلة الجامعة مرحلة تحدي وتكوين الذات تزيد من الوعي لدى الجنسين.
- تقليد الجنس الاخر في اللباس أسبابه كذلك تتبع بعض الحضارات الغربية المنادية للتحرر والخروج عن المألوف.
- عدم وجود تفاعل واحتكاك اجتماعي.

هذا وللتحكم في مستوى اضطراب الهوية الجنسية لدى فئة الطالبات الجامعيات نقترح جملة من التوصيات في النقاط التالية:

- نشر التوعية بين الأوساط الجامعية وبين الجنسين من خلال إقامة ملتقيات تحمل موضوع الهوية الجنسية.
- فتح مراكز المساعدة النفسية امام هاته الفئة لسماعهم لحل مشاكلهم والتقرب منهم.
- التنويه بضرورة النشاطات الاجتماعية الداعية لتفاعل الاجتماعي.
- تحميل الوالدين مسؤولية توجيه أبنائهم وتوعيتهم.
- الدعم المعنوي والمادي للنماذج الناجحة والمتفوقة من الجنسين.
- تخصيص فضاء نشاطي او رياضي لكل جنس على حدا كمعرض لزي التقليدي لطالبات او دورة رياضية في فنون القتال للذكور.

المراجع:

-ايمان بقطوشة، ومحمد كعوان. (2020). اشكالية الهوية الجنسية لدى المراهق وغياب التثقيف الجنسي في المجتمع الجزائري. *مجلة العلوم الانسانية*، الصفحات 419-434.

-حنان ابو الخير، واحمد محمود الخطاب. (2018). *بطارية اختبارات اضطرابات الوظائف والانحرافات والاتجاهات الجنسية*. الكويت: مكتبة الانجلو المصرية.

-خالد الصالح. (2013). مجتمعنا يعاني من ظواهر الشذوذ الجنسي. *صحيفة الشروق*(165).

-محمد منير مرسي. (1977). *التعليم الجامعي المعاصر قضايا واتجاهات* (الإصدار 2). القاهرة: دار النهضة العربية.

-وائل فاضل علي، ونهلة محمد موسى. (2021). استكشاف اسباب اضطراب الهوية الجنسية عند الاطفال من الناحية النفسية والاجتماعية: دراسة مقارنة بين الاسر العراقية والاسر الالمانية. *مجلة جامعة المدينة العالمية (مجمع)*، الصفحات 341-375.

Troubles sexuels : revue clinique
Sexual disorders : clinical review

Dr. CHELGHOUM Anissa/ Université de Bejaia/ Algérie
anissa.chelghoum@univ-bejaia.dz

Résumé :

Les troubles sexuels sont très répandus dans la communauté. Ils peuvent être classés en trois grandes formes : les dysfonctions sexuelles, la dysphorie de genre et les troubles paraphiliques. Ces troubles produisent des altérations cliniquement significatives dans le fonctionnement social, professionnel et dans différents domaines de la vie du sujet.

Cette communication a pour principal objectif de présenter tous les troubles sexuels en se basant sur le système de classification utilisé dans le monde, notamment le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), de synthétiser les définitions adoptées par ce manuel pour ces troubles, et de préciser également les différents changements qui ont été établis par rapport à la quatrième version révisée (DSM-IV-TR). Certains modèles ayant tenté de conceptualiser la réponse sexuelle chez les hommes et les femmes seront aussi présentés. Nous terminerons cette communication par un bref aperçu des moyens thérapeutiques utilisés pour la prise en charge de certains troubles sexuels.

Mots clés : Troubles sexuels, Dysfonctions sexuelles, Dysphorie de genre, Troubles paraphiliques, Moyens thérapeutiques

ملخص الدراسة:

الاضطرابات الجنسية شائعة جدًا في المجتمع. يمكن تصنيفها عمومًا إلى ثلاثة فئات رئيسية و هي : إختالالات الوظيفة الجنسية, الإنزعاج من الجندر, إضطرابات الولع الجنسي. يمكن أن يكون للاضطرابات الجنسية المختلفة آثارعميقة تتسبب بمشاكل نفسية للأفراد المتضررين, و غالبًا ما تؤدي إلى تغييرات مهمة في المجالات الاجتماعية والمهنية و في مجالات مختلفة من حياة الفرد المتضرر.

الغرض الرئيسي من هذه المداخلة هو : تقديم جميع أنواع الاضطرابات الجنسية بناءً على نظام التصنيف المستخدم في العالم ، ولا سيما الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5)، تلخيص تعريفات جميع أشكال هذه الاضطرابات المختلفة التي اعتمدها عليها هذا الدليل، وتحديد التغييرات المختلفة التي تم إجراؤها على هذه الاضطرابات مقارنة بالإصدار الرابع (DSM-IV-TR). سيتم أيضًا تقديم بعض النماذج التي حاولت تصور الاستجابة الجنسية لدى الرجال و النساء من أجل فهم عملية هذه الاستجابة. سننهي هذا المداخلة بلمحة عامة موجزة عن الوسائل العلاجية المستخدمة لإدارة بعض الاضطرابات الجنسية كالإختالالات الوظيفة الجنسية والإضطرابات الولع الجنسي.

الكلمات المفتاحية: الاضطرابات الجنسية, إختالالات الوظيفة الجنسية, الإنزعاج من الجندر, إضطرابات الولع الجنسي, الوسائل العلاجية.

Introduction

La sexualité est un élément central de l'existence humaine et préoccupe chacun de nous. Aborder la question de la sexualité conduit, généralement, à s'interroger sur les troubles sexuels qui sont très répandus dans la communauté mais qui sont moins fréquemment signalés, en raison des facteurs culturels et religieux, par certaines personnes qui en souffrent.

Il conviendrait également de noter que les troubles sexuels à savoir les dysfonctions sexuelles, les troubles paraphiliques et la dysphorie de genre peuvent toucher toute personne quel que soit son appartenance socio-culturelle. Ils sont susceptibles d'affecter la sexualité de la personne touchée et d'engendrer des perturbations dans différents domaines de sa vie.

A travers cette communication, nous voudrions répondre aux questions suivantes :

1-Quels sont les différents troubles sexuels décrits dans la dernière version du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) et quels sont les changements qui ont été apportés par rapport à la quatrième version révisée (DSM-IV-TR) ?

2-Quels sont les différents modèles proposés de la réponse sexuelle ?

3-Quels sont les moyens thérapeutiques utilisés pour la prise en charge de certains troubles sexuels ?

1. Définition de la santé sexuelle

Le concept de santé sexuelle est apparu en 1974 lors d'une conférence réunie à Genève sous les auspices de l'organisation mondiale de la santé (OMS), sous l'impulsion du groupe professionnel des sexologues, très structuré au plan international. Cela a constitué un événement important dans la mesure où cette organisation s'est engagée dans le processus de légitimation de la dissociation entre l'activité sexuelle reproductive et non reproductive et a entériné le principe de l'association entre la sexualité non reproductive, le bien-être et l'épanouissement personnel (Giami, 2007, p.57).

Le concept de santé sexuelle s'inscrit tout d'abord dans le prolongement du concept de santé défini par l'OMS comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Par ailleurs, le concept de sexualité a fait l'objet d'un processus de modernisation depuis le début du XXe siècle. Paul Robinson a décrit ce processus, initié par des sexologues comme Havelock Ellis et Albert Moll, et par Freud, comme un développement de l'optimisme sexuel (1976). Contrairement aux théories développées tout au long du XIXe siècle par les médecins et les psychiatres qui considéraient que la nature et la finalité normale de la sexualité résidaient dans la procréation et que la recherche exclusive du plaisir au travers de l'activité sexuelle constituait une forme d'aberration ou de perversion, ces quelques

rares auteurs ont commencé à penser que la sexualité était une composante importante, et sinon fondamentale, du bien-être et de l'épanouissement individuel, et que la « *satisfaction de la pulsion* » était la finalité normale de la vie sexuelle (Giami, 2007, p.56).

Dés lors, il a été reconnu explicitement que santé mentale et santé sexuelle constituent deux composantes distinctes de la santé chez l'être humain. En effet, puisqu'il est devenu possible de savoir ce qu'est la santé sexuelle, l'OMS a ainsi reconnu implicitement l'importance d'une sexualité fonctionnelle (Chatton et al., 2005, p.04).

La santé sexuelle est, donc, définie par l'OMS (2012) comme : « *un continuum de bien-être physique, psychologique et socioculturel associé à la sexualité* » (Moreau et al., 2016, p.01).

2. Modèles explicatifs de la réponse sexuelle

Dans ce qui suit, nous allons essayer de présenter quelques modèles conceptuels en ce qui concerne les différentes phases de la réponse sexuelle.

2.1.Le modèle liniaire en quatre phases de Masters et Johnson

Masters et Johnson (1966) ont proposé un modèle linéaire basé essentiellement sur la biologie humaine et sur les réactions physiologiques observées, lors du coït, caractérisées par quatre phases successives : l'excitation, le plateau, l'orgasme et la résolution. Chacune de ces étapes ont des réponses génitales et extragénitales associées. Selon ce modèle, la réponse sexuelle implique une accumulation progressive de tension sexuelle chez les deux sexes, suivie de la libération de l'orgasme. Le modèle de Masters et Johnson a été largement accepté et a formé la base de la plupart des conceptualisations ultérieures de la réponse sexuelle chez les hommes et les femmes. Le modèle a également été utilisé comme cadre pour comprendre les problèmes courants et le dysfonctionnement sexuel chez les hommes et les femmes. Masters et Johnson évoquent néanmoins la possibilité que certains facteurs psychologiques puissent modifier ou faire varier la réponse sexuelle de la femme. Dés lors, ils soulignent que la réponse sexuelle peut varier d'une femme à l'autre mais aussi qu'une même femme peut présenter des réponses sexuelles différentes selon les situations (Rosen & Barsky, 2006, pp.518-519).

2.2.Le modèle en trois phases de Helen Singer Kaplan

Kaplan a proposé un modèle alternatif en 1979 et a introduit le concept de désir dans les réponses sexuelles normales. Selon son modèle, le cycle de réponse sexuelle a été reconceptualisé comme composé de trois phases essentielles : le désir, l'excitation et l'orgasme. La première étape du désir sexuel consiste en des composants physiologiques et psychologiques du désir sexuel ou de la libido, qui sont médiés par les centres cérébraux du système limbique, mais sont également influencés dans une certaine mesure par des influences hormonales (c'est-à-dire androgènes) et psychosociales. La phase de désir est considérée comme un précurseur nécessaire au développement d'une excitation adéquate et de l'orgasme subséquent chez les hommes et les femmes. Bien que le désir soit décrit comme médiatisé centralement, l'excitation et l'orgasme sont des processus périphériques principalement médiatisés par les centres de la moelle épinière. Le modèle de Kaplan a

servi de base à la classification des dysfonctionnements sexuels masculins et féminins dans les troisième et quatrième éditions du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-III, DSM-IV) (Rosen & Barsky, 2006, pp.519-520).

2.3.Le modèle circulaire de réponse sexuelle féminine de Whipple et Brash-McGreer

Whipple et Brash-McGreer ont décrit un modèle circulaire de réponse sexuelle qui comprend les phases de séduction (y compris le désir), de sensations (excitation et plateau), d'abandon (orgasme) et de réflexion (résolution). Ils ont proposé que des expériences sexuelles satisfaisantes sont susceptibles d'avoir un effet de renforcement sur les femmes, les rendant plus susceptibles de désirer des relations sexuelles ou, inversement, de perdre le désir d'une activité sexuelle si leurs expériences sexuelles sont désagréables ou négatif. Plus précisément, la réflexion sur l'expérience sexuelle comme agréable peut conduire à la phase de séduction de la prochaine rencontre sexuelle (Rosen & Barsky, 2006, pp.520-521).

2.4.Le modèle circulaire de réponse sexuelle féminine basé sur l'intimité de Basson

Le modèle circulaire de Basson (2002) met en avant l'expression plus complexe et plus sinueuse de la réponse sexuelle des femmes. Ce modèle attire l'attention sur l'importance des aspects émotionnels. En effet, Basson souligne que la réponse sexuelle féminine se compose à la fois d'une excitation génitale (aspects physiologiques) mais aussi d'une excitation subjective (aspects psychologiques) déterminante. Celle-ci relèverait de l'évaluation subjective des stimuli sexuels et de leur contexte. Ce modèle suggère que la recherche de stimuli sexuels chez la femme est motivée par une intimité émotionnelle mais aussi par la tendresse, l'amour et la satisfaction émotionnelle. Dans un contexte d'intimité émotionnelle, les stimuli sexuels vont permettre aux femmes d'atteindre un certain degré d'excitation sexuelle que la femme peut percevoir tant au niveau psychologique (excitation subjective) que physiologique (excitation génitale). Si l'évaluation subjective de l'excitation n'est pas interprétée comme sexuelle ou si elle est percue comme désagréable (honte, culpabilité, peur), cela risque d'inhiber la réponse sexuelle féminine. Par contre, si l'évaluation subjective de l'excitation est interprétée de manière agréable, érotique et/ou sexuelle, cela va augmenter l'excitation etrenforcer le désir à poursuivre l'activité sexuelle (Adam et al., 2015, p.158).

Enfin, la satisfaction physique et émotionnelle, dont l'orgasme est l'indicateur le plus fort, va accroître l'intimité émotionnelle et favoriser l'ouverture et la disposition lors des futures rencontres intimes. Ce modèlemet en lumière l'évolution de l'excitation sexuelle féminine au cours des activités sexuelles et reflète la complexité de l'expérience subjective inhérente à l'orgasme (Adam et al., 2015, p.158).

3. Troubles sexuels

Dans la version actuelle du manuel diagnostique et statistique des maladies mentales (DSM-5), les troubles sexuels incluent les dysfonctions sexuelles, la dysphorie de genre et les troubles paraphiliques.

Selon le DSM-5 (2015), les dysfonctions sexuelles sont : « *un groupe hétérogène de troubles qui se caractérisent typiquement chez une personne par une perturbation cliniquement significative de la capacité à répondre sexuellement ou à éprouver du plaisir sexuel* ». Un individu peut avoir plusieurs dysfonctions sexuelles en même temps. Dans ce cas, toutes les dysfonctions doivent être diagnostiquées (DSM-5, 2015, p.553).

Différents éléments peuvent contribuer aux difficultés sexuelles, et sont à considérer lors de l'évaluation initiale :

Les facteurs liés au partenaire : problèmes sexuels et/ou état de santé de celui ou celle-ci ;

Les facteurs relationnels : conflits conjugaux, mauvaise communication, divergences par rapport au désir d'activité sexuelle ;

Les facteurs de vulnérabilité individuels : mauvaise image du corps, antécédents d'abus sexuels ou de violences psychologiques.

Les facteurs de comorbidité psychopathologique : troubles de l'humeur et/ou anxieux ;

Les facteurs de stress : perte d'emploi, surcharge professionnelle, problèmes financiers, difficultés avec les enfants, deuil ;

Les facteurs sociaux, culturels ou religieux : pression du cadre social ou représentations sociales fortement médiatisées (culte du corps parfait véhiculé par les médias…), inhibitions liées à des interdits à l'égard de l'activité sexuelle ou du plaisir, attitudes à l'égard de la sexualité (Poinsot, 2018).

3.1.Les dysfonctions sexuelles

Il conviendrait de noter que dans la version précedente révisée de ce manuel, la quatrième édition, les dysfonctions sexuelles étaient réparties comme suit :

- Les troubles du désir sexuel (c.-à-d. le Trouble : baisse du désir sexuel et le Trouble : aversion sexuelle) ;
- Les troubles de l'excitation sexuelle (c.-à-d. le Trouble de l'excitation sexuelle chez la femme et le Trouble de l'érection chez l'homme) ;
- Les troubles de l'orgasme (c.-à-d. le Trouble de l'orgasme chez la femme, le Trouble de l'orgasme chez l'homme, et l'Éjaculation précoce) ;
- Les troubles sexuels avec douleurs (c.-à-d. la Dyspareunie et le Vaginisme) ;
- La Dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale ;
- La dysfonction sexuelle induite par une substance ;
- La catégorie des dysfonctions sexuelles non spécifiées (DSM-IV-TR, 2005, p.617).

Dans la version actuelle (DSM-5), les dysfonctions sexuelles comprennent les dysfonctions sexuelles chez les femmes, chez les hommes ou les deux sexes.

3.1.1. Définitions du DSM-5 des dysfonctions sexuelles chez les femmes

Ce manuel cite trois dysfonctions sexuelles qui touchent les femmes : le trouble de l'orgasme chez la femme, le trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle chez la femme, le trouble lié à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration.

-Le trouble de l'orgasme chez la femme : se caractérise par une difficulté à éprouver un orgasme et/ou par une diminution marquée de l'intensité des sensations orgasmiques. Les femmes montrent une grande variabilité dans le type ou l'intensité de la stimulation qui déclenche l'orgasme. De même, les descriptions subjectives de l'orgasme sont extrêmement variées, ce qui suggère qu'il est éprouvé de façon très différente, à la fois chez différentes femmes et dans différentes situations par une même femme. Pour un diagnostic de trouble de l'orgasme chez la femme, les symptômes doivent être éprouvés lors de la quasi-totalité ou de la totalité des occasions d'activité sexuelle (dans des contextes situationnels identiiés ou, si généralisée, dans tous les contextes) et avoir une durée minimale d'environ 6 mois (DSM-5, 2015, p.562).

-Le trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle chez la femme : chez une femme, le trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle peut se traduire par un manque d'intérêt pour l'activité sexuelle, une absence de pensées érotiques ou sexuelles, une réticence pour initier l'activité sexuelle et répondre aux sollicitations sexuelles d'un partenaire. Chez d'autres femmes l'incapacité à être sexuellement excitée, à répondre aux stimuli sexuels avec un désir sexuel et un manque correspondant de signes d'excitation sexuelle physique peuvent être les principales caractéristiques. Parce que le désir sexuel et l'excitation coexistent fréquemment et sont provoqués en réponse à des signaux sexuels adéquats, les critères du trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle chez la femme doivent prendre en compte le fait que les dificultés rencontrées à la fois dans le désir et dans l'excitation caractérisent souvent de manière simultanée les plaintes de femmes souffrant de ce trouble (DSM-5, 2015, p.566).

-Le trouble lié à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration : le trouble lié à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration se réfère à quatre dimensions de symptômes souvent comorbides : 1) la dificulté à avoir des rapports sexuels, 2) la douleur génito-pelvienne, 3) la peur de la douleur ou de la pénétration vaginale, et 4) la tension des muscles du plancher pelvien (DSM-5, 2015, p.571).

3.1.2. Définitions du DSM-5 des dysfonctions sexuelles chez les hommes

En ce qui concerne les dysfonctions sexuelles chez les hommes, le DSM-5 cite quatre dysfonctions : l'éjaculation retardée (ou retard de l'éjaculation), le trouble de l'érection, la diminution du désir sexuel chez l'homme, l'éjaculation prématurée (précoce).

-L'éjaculation retardée (ou retard de l'éjaculation) : est un retard marqué ou une incapacité à parvenir à l'éjaculation. L'homme fait état d'une dificulté ou de l'impossibilité

à éjaculer malgré la présence d'une stimulation sexuelle adéquate et le désir d'éjaculer (DSM-5, 2015, p.555).

-Le trouble de l'érection : est l'incapacité répétée à obtenir ou à maintenir une érection lors des activités sexuelles avec une/un partenaire. Les symptômes peuvent ne se produire que dans des situations spéciiques impliquant certains types de stimulations ou de partenaires, ou encore ils peuvent se produire d'une manière générale dans tous les types de situations, de stimulations ou avec tous les types de partenaires (DSM-5, 2015, p.558).

-La diminution du désir sexuel chez l'homme : déficience ou absence persistante ou répétée de pensées sexuelles/érotiques ou de fantaisies imaginatives et du desir d'activite sexuelle. L'evaluation de la deficience est faite par le clinicien qui doit prendre en compte les facteurs susceptibles d'affecter le fonctionnement sexuel tels que l'age et les contextes généraux et socioculturels de la vie du sujet. Autrement dit, une divergence de désir, qui fait que l'homme a un désir plus faible pour l'activité sexuelle que sa/son partenaire, n'est pas sufisante pour diagnostiquer une diminution du désir sexuel chez l'homme. À la fois la faiblesse/ l'absence de désir sexuel et la déficience/l'absence de pensées ou de fantaisies imaginatives érotiques sont nécessaires pour porter un diagnostic du trouble (DSM-5, 2015, p.576).

-L'éjaculation prématurée (précoce) : l'éjaculation prématurée (précoce) se manifeste par une éjaculation qui survient avant ou juste après la pénétration vaginale (DSM-5, 2015, p.579).

3.1.3. Définitions DSM-5 des dysfonctions sexuelles pouvant survenir chez les hommes et les femmes

Dans ces dysfonctions, le DSM-5 cite une dysfonction : dysfonction sexuelle induite par une substance ou un médicament.

-Dysfonction sexuelle induite par une substance ou un médicament : cette dysfonction fait référence à un trouble sexuel qui est clairement lié étiologiquement à un médicament ou à une substance (DSM-5, 2015, p.582).

Les définitions et les critères du DSM-5 pour les dysfonctionnements sexuels sont inclus ci-dessous. Pour chaque dysfonctionnement, il faut préciser si le dysfonctionnement est : tout au long de la vie (la perturbation est présente depuis que l'individu devenu sexuellement actif) ou acquis (la perturbation a commencé après une période de fonction sexuelle relativement normale) généralisée (non limitée à certains types de stimulation, situations, ou partenaires) ou situationnelle (se produit uniquement avec certaines types de stimulation, situations ou partenaires) détresse légère, modérée ou sévère à cause des symptômes critère A (une description des caractéristiques distinctives du dysfonctionnement) (McCabe et al., 2016).

3.2.La dysphorie de genre

Dans le DSM 5 (2015), le terme trouble de l'identité de genre du précédent DSM-IV a été remplacé par la dysphorie de genre. Selon ce manuel, les personnes atteintes de dysphorie de genre présentent une non-congruence marquée entre le genre auquel ils ont été assignés (habituellement à la naissance, attribué comme genre de naissance) et le genre éprouvé/exprimé. Cette divergence est la composante fondamentale du diagnostic. Il existe également des signes évidents de détresse témoignant de cette non-congruence. Le genre éprouvé peut inclure des identifications de genre alternatif au-delà des stéréotypes binaires. Par conséquent, la détresse ne se limite pas à un désir d'être tout simplement de l'autre genre mais peut inclure un désir d'être d'un genre alternatif (non masculine et non féminine) à condition qu'il diffère du genre assigné de l'individu.

Dans la dysphorie de genre, on retrouve :

-La dysphorie de genre chez les enfants.

-La dysphorie de genre adolescente et adulte (DSM 5, 2015, p.995).

Par ailleurs, le terme dysphorie de genre doit être distingué du terme orientation sexuelle, qui correspond à : « *l'attirance érotique envers les hommes, les femmes ou les deux sexes* » (DSM-IV-TR, 2005, p.617).

3.3.Les troubles paraphiliques

Le terme paraphilie renvoie : « *à tout intérêt sexuel intense et persistant, autre que l'intérêt sexuel pour la stimulation génitale ou les préliminaires avec un partenaire humain phénotypiquement normal, sexuellement mature et consentant* ». Il existe aussi des paraphilies spécifiques qui sont généralement mieux définies comme des intérêts sexuels préférentiels plutôt que des intérêts sexuels intenses (DSM-5, 2015, p. 892).

Un changement important dans les troubles paraphiliques par rapport au DSM-IV réside dans l'appellation des troubles. Les termes de « voyeurisme », « exhibitionnisme », « frotteurisme » etc. ont disparu et sont remplacés par « trouble voyeurisme », « trouble frotteurisme », « trouble exhibitionnisme », etc. Les auteurs du DSM-5 ont en effet considéré qu'une paraphilie n'est un trouble que si elle cause d'une façon concomitante une détresse ou une altération du fonctionnement chez le sujet lui-même ou si elle entraîne un préjudice personnel ou un risque de préjudice pour d'autres personnes. Le fait d'avoir une paraphilie est une condition nécessaire mais non suffisante pour présenter un trouble paraphilique et une paraphilie en soi ne requiert pas nécessairement une intervention clinique (DSM-5, 2015, p.891).

Autrement dit, dans l'ensemble des critères diagnostiques de la liste des troubles paraphiliques, le critère A spécifie la nature qualitative de la paraphilie (p. ex. une focalisation érotique sur les enfants ou une exposition de ses organes génitaux à des étrangers) et le critère B spécifie les conséquences négatives de la paraphilie (p. ex. détresse, altération du fonctionnement, préjudice pour autrui). En conservant la distinction entre paraphilies et troubles paraphiliques, le terme *diagnostic* doit être réservé aux individus qui répondent aux deux critères A et B (c.-à-d. les sujets qui présentent un trouble paraphilique). Si une personne répond au critère A mais pas au critère B pour une

paraphilie donnée, on peut alors dire que l'individu présente une paraphilie et non un trouble paraphilique (DSM-5, 2015).

Le DSM-5 décrit que huit troubles paraphiliques pour deux raisons principales : ils sont relativement courants par rapport aux autres paraphilies, et certains d'entre eux pour être satisfaits entraînent des actions qui, par leur caractère nocif ou pouvant potentiellement porter préjudice à quelqu'un, sont considérées comme criminelles.

Ces troubles sont, ainsi, classés comme suit :

-Le premier groupe de troubles repose sur **la préférence pour des activités anormales**. Ces troubles sont divisés en :
Troubles des moyens de séduction, qui regroupent les composants dysfonctionnels des comportements de séduction humains (voyeurisme, exhibitionnisme et frotteurisme).
Troubles algolagniques, qui impliquent douleur et souffrance (trouble masochisme sexuel et trouble sadisme sexuel).

-Le deuxième groupe de troubles repose sur **la préférence de cibles anormales**. Ces troubles comprennent, premièrement, ceux dirigés vers des personnes (trouble pédophilie) et, deuxièmement, ceux dirigés ailleurs (trouble fétichisme et trouble transvestisme) (DSM-5, 2015, p.891).

- **Le trouble voyeurisme :** présence d'une excitation sexuelle intense et récurrente provoquée par le fait d'observer une personne qui ne se doute de rien, nue, en train de se déshabiller ou d'avoir des rapports sexuels, se manifestant sous la forme de fantasmes, de pulsions ou de comportements (DSM-5, 2015, p.893).

- **Le trouble exhibitionnisme :** présence d'une excitation sexuelle intense et récurrente provoquée par le fait d'exhiber ses organes génitaux devant une personne prise au dépourvu, se manifestant sous la forme de fantasmes, de pulsions ou de comportements (DSM-5, 2015, p.896).

- **Le trouble frotteurisme :** présence d'une excitation sexuelle intense et récurrente provoquée par le fait de toucher ou se frotter contre une personne non consentante, se manifestant sous la forme de fantasmes, de pulsions ou de comportements (DSM-5, 2015, p.899).

- **Le trouble masochisme sexuel :** présence d'une excitation sexuelle intense et récurrente provoquée par le fait d'etre humilié, battu, attaché ou par tout autre acte entrainant de la souffrance, se manifestant sous la forme de fantasmes, de pulsions ou de comportements (DSM-5, 2015, p.902).

- **Le trouble sadisme sexuel :** présence d'une excitation sexuelle intense et récurrente provoquée par la souffrance physique ou psychologique d'une autre

personne, se manifestant sous la forme de fantasmes, de pulsions ou de comportements (DSM-5, 2015, p.904).

- **Le trouble pédophilie :** présence de fantasmes entrainant une excitation sexuelle intense et récurrente, de pulsions sexuelles ou de comportements impliquant une activité sexuelle avec un enfant ou plusieurs enfants prépubères (généralement âgés de 13 ans ou moins) (DSM-5, 2015, p.906).

- **Le trouble fétichisme :** présence d'une excitation sexuelle intense et récurrente provoquée soit par l'utilisation d'objets, soit par un intérêt hautement spécifique pour une ou plusieurs parties non génitales du corps, se manifestant sous la forme de fantasmes, de pulsions ou de comportements (DSM-5, 2015, p.910).

- **Le trouble transvestisme :** présence d'une excitation sexuelle intense et récurrente provoquée par le fait de se travestir, se manifestant sous la forme de fantasmes, de pulsions ou de comportements (DSM-5, 2015, p.912).

Les troubles sexuels sont en général d'origine multifactorielle : la réponse sexuelle peut en effet être décrite comme une interaction complexe de processus psychologiques, interpersonnels, sociaux, culturels, physiologiques et de genre (Séguin & Kédia, 2020).

4. Moyens thérapeutiques des troubles sexuels

4.1.Prise en charge des dysfonctions sexuelles

Selon Kar (2009), les méthodes d'intervention pour la plupart des troubles sexuels comprennent, le plus souvent, **la psychoéducation**, **les thérapies sexuelles** et **les techniques psychophysiologiques**.

La psychoéducation : incluant l'éducation sexuelle est le pilier de l'intervention dans les problèmes sexuels. Ceux-ci sont efficaces pour améliorer la plupart des problèmes sexuels. En plus de fournir des informations de base et factuellement fondées, la psychoéducation clarifie les mythes, les idées fausses et les préjugés sexuels.

L'éducation sexuelle donne des informations sur l'anatomie des organes sexuels, la physiologie, diverses méthodes pour améliorer la communication sexuelle entre partenaires et répond à des doutes individuels spécifiques. Elle est également utilisée pour informer les couples sur la façon dont des facteurs tels que l'humeur, les pensées préoccupées, la fatigue ou la faim peuvent contribuer à la perception de la qualité de l'expérience sexuelle. L'éducation devient un outil très important pour l'intervention des problèmes sexuels. La plupart des problèmes des patients peuvent être résolus en clarifiant les doutes et en donnant des informations. Une fois que les patients sont efficacement éduqués et informés, l'intervention pour les dysfonctionnements sexuels peut être plus fructueuse. De plus, **des thérapies sexuelles**, **des techniques psycho-physiologiques**, **des médicaments** et, dans certains cas, des **interventions chirurgicales** sont utilisées. Le

traitement des troubles psychiatriques et physiques contributifs est également essentiel (Kar, 2009, p.57).

On retrouve aussi les thérapies cognitivo-comportementales et l'approfondissement de l'imaginaire érotique (chatton et al., 2005, p.04). On peut également mentionner la thérapie sexocorporelle, sexosystémique, sexoanalytique et sexo-existentielle (El Feki, 2011).

4.2.Prise en charge des troubles paraphiliques

De façon générale, la psychothérapie vise à améliorer le fonctionnement psycho-social du patient, comme les relations interpersonnelles, les habiletés sociales comme l'affirmation de soi et l'empathie, la gestion du stress et des émotions comme la colère, l'impulsivité, les moments dépressifs. Le développement d'une autocritique, de capacités d'empathie, de capacités d'insight, l'amélioration de l'estime de soi et la diminution de l'activité sexuelle déviante sont également des objectifs importants. Les psychothérapies peuvent être de type psychodynamique, cognitivo-comportemental, systémique ou familial selon l'âge, les besoins et l'évolution du sujet. Les psychothérapies peuvent être conduites en groupe ou individuellement. Les psychothérapies individuelles fonctionnent mieux si le patient est motivé, s'il a des potentialités d'auto-analyse, de symbolisation et d'insight. Les psychothérapies de groupe permettent d'améliorer la verbalisation et la capacité d'introspection des patients et ont montré des résultats intéressants. Les principales études publiées utilisent la psychothérapie cognitivo-comportementale, les recommandations internationales soulignent leur intérêt par rapport aux autres psychothérapies (Delavenne et al., 2014, pp.18-19).

En ce qui concerne le traitement pharmacologique, les recommandations tant françaises qu'internationales proposent un algorithme de traitement en six niveaux. Le traitement pharmacologique éventuellement prescrit va dépendre de l'intensité des fantasmes sexuels du sujet et du risque de passage à l'acte avec violence sexuelle, des antécédents médicaux du patient, de l'observance présumée du traitement, de l'efficacité des traitements qui ont pu être prescrits antérieurement ainsi que du consentement du patient en cas de proposition de traitement hormonal. Les principales classes de médicaments utilisées dans les paraphilies pour diminuer l'activité et le désir sexuels sont les antidépresseurs de type inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) qui ont montré une bonne efficacité dans le traitement de certains patients paraphiles, et les traitements hormonaux qui réduisent significativement l'intensité et la fréquence du désir sexuel de façon réversible et ont montré une efficacité dans la prise en charge des paraphilies les plus sévères, comme les pédophilies avec un fort risque de passage à l'acte ou de violence et chez les violeurs récidivistes avec un comportement prédateur (Delavenne et al., 2014, p.19).

L'association d'une prise en charge psychothérapeutique et pharmacologique semble plus efficace en comparaison au traitement pharmacologique ou psychothérapeutique utilisés seuls. De plus, la prise en charge des comorbidités somatiques et psychiatriques est importante tant sur le plan psychothérapeutique que pharmacologique si nécessaire (Delavenne et al., 2014).

Conclusion

Les troubles sexuels sont en général d'origine multifactorielles et peuvent avoir des effets profonds et entrainer une détresse psychologique. La plupart d'entre eux peuvent être facilement reconnus et traités. Les moyens thérapeutiques utilisés dans la prise en charge de ces troubles ont pour objectif général d'améliorer le fonctionnement psycho-social des patients et les méthodes d'interventions comprennent le plus souvent la psychoéducation, les thérapies sexuelles, les techniques psychophysiologiques.

On retrouve également des psychothérapies de type psychodynamique, cognitivo-comportemental, systémique ou familial.

Liste bibliographique

1) Adam, F., Thoveron, M., Daya, F. & De Sutter, P. (2015). Comprendre l'orgasme féminin afin de mieux appréhender le trouble de l'orgasme chez la femme. *Sexologies*, 24(4), 155-162.
2) American Psychiatric Association. (2005). *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Masson (4e édition), Paris, France.
3) American Psychiatric Association. (2015). *DSM 5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Masson (5e édition), Paris, France.
4) Chatton, D., Desjardins, J., Desjardins, L. & Tremblay, M. (2005). La sexologie clinique basée sur un modèle de santé sexuelle. *Psychothérapies*, 25, 3-19.
5) Delavenne, H., Garcia D., F., Lamy, S. & Thibaut, F. (2014). Quelle prise en charge thérapeutique pour les patients paraphiles auteurs de violence sexuelle ?. *PSN*, 12, 15-29.
6) El Feki, M. (2011). Conclusion. Dans M. El Feki éd., *La sexothérapie* (pp.205-207). De Boeck Supérieur, Louvain-la-Neuve, Bélgique.
7) Giami, A. (2007). Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bienêtre. *Le Journal des psychologues*, 250, 56-60.
8) Kar, N. (2009). Common Sexual Disorders: A Clinical Review. *JPPS*, 6(2), 56-60.
9) McCabe, MP., Sharlip, ID., Atalla, E., Balon, R., Fisher, AD., Laumann, E., Lee, SW., Lewis, R. & Segraves RT. (2016). Definitions of Sexual Dysfunctions in Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *J Sex Med*, 13(2), 135-143.
10) Moreau, C., Kagesten, A. & Blum, R. (2016). Sexual dysfunction among youth: an overlooked sexual health concern. *BMC Public Health*, 16, 1-10.
11) Poinsot, R. (2018). Troubles sexuels. Dans F. Chapelle, B. Monié, S. Rusinek & R. Poinsot (Dir)., *Thérapies comportementales et cognitives : En 37 notions* (pp. 149-163). Dunod, Paris, France.
12) Rosen, R. & Barsky, J. (2006). Normal Sexual Response in Women. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 33(4), 515-526.
13) Séguin, A. & Kédia, M. (2020). Troubles sexuels. Dans M. Kédia (éd)., *Psychotraumatologie* (pp. 352-358), Dunod, Paris, France.

L'homosexualité entre la biologie et l'environnement

Homosexuality between biology and the environment

Dr.Gahmous Mouna / Université Badji Mokhtar/ Algérie

Dr. Amroussi Meriem/Université Badji Mokhtar/ Algérie

Résumé :
Afin d'expliquer l'origine de l'homosexualité, deux grands types d'approches ont été avancées : l'un dit « essentialiste », attribuant un rôle dominant aux effets biologiques ; et l'autre présentant l'homosexualité comme la résultante d'une enfance ou d'un environnement particulier voire d'un choix, et ce, au mépris des données scientifiques.
Ces approches se heurtent à deux problèmes principaux. Le premier est l'absence d'études quantitatives montrant une relation entre l'histoire psychologique de l'enfant ou le type d'environnement dans lequel il a été élevé et son orientation sexuelle ultérieure. Le deuxième indique l'absence d'éléments favorables à une théorie biologique.
Notre communication consiste à éclaircir davantage ce débat, afin de contribuer à la discussion sur l'homosexualité dans un cadre intégratif.
Mots clés : L'homosexualité_ L'approche biologique _ Théorie psychanalytique _Les facteurs environnementaux.

ملخص
في محاولة لتفسير أصل المثلية الجنسية، طرح نوعين رئيسيين من المقاربات: احدهما يعرف بالأساسي حيث يعزو للتأثيرات البيولوجية دورا مهيمنا؛ والآخر يقدم المثلية الجنسية كنتيجة طفولة أو بيئة خاصة أو حتى اختيار، مع إهمال المعطيات العلمية.
تواجه هاتان المقاربتان مشكلتين رئيسيتين. الأولى هي غياب دراسات كمية تظهر وجود علاقة بين التاريخ النفسي للطفل أو نوع البيئة التي نشأ فيها و توجهه الجنسي اللاحق. و الثانية تشير إلى عدم وجود عناصر لصالح المقاربة البيولوجية.
تسعى هذه المداخلة إلى مزيدا من التوضيح بخصوص هذا الجدل، للمساهمة في النقاش حول المثلية الجنسية في اطار تكاملي.
الكلمات المفتاحية: المثلية الجنسية_المقاربة البيولوجية_نظرية التحليل النفسي_العوامل البيئية.

Introduction :

L'homosexualité est un sujet complexe qui a fait l'objet de débats, de controverses et d'études depuis des siècles. Cependant, cette orientation sexuelle

est souvent associée à des préjugés, à la discrimination et à des actes de violence. Les recherches ont montré que les personnes LGBT+ sont souvent confrontées à des niveaux élevés de stress et de discrimination, ce qui peut avoir des conséquences négatives sur leur bien-être mental et physique (Delabarre C, Genon C, 2013, pp 4-8). L'homosexualité est définie comme « une attirance sexuelle pour les personnes de son sexe » Le Petit Robert (1996 ; cité dans Garaud). Il existe diverses approches pour tenter d'expliquer l'homosexualité, qui sont issues de différentes disciplines telles que la psychologie, la biologie, ou encore la sociologie. Certaines de ces approches considèrent l'homosexualité comme une orientation innée, c'est-à-dire que cette orientation sexuelle est déterminée par des facteurs biologiques ou génétiques. D'autres approches, en revanche, envisagent que l'homosexualité est une orientation acquise, résultant d'influences environnementales et sociales. Les approches psychologiques cherchent quant à elles à comprendre les mécanismes psychologiques qui peuvent sous-tendre l'homosexualité,. Enfin, les approches sociologiques et culturelles mettent en lumière le rôle de la culture et de l'environnement social dans la formation des identités et des comportements sexuels, ainsi que dans la stigmatisation ou l'acceptation de l'homosexualité au sein des différentes sociétés et cultures.
Nous essayons de comprendre le fondement de ces approches afin de répondre à la question suivante : l'origine de l'homosexualité est - telle biologique ou environnementale ? Tout en reconnaissant la complexité de cette orientation sexuelle et la diversité des expériences de personnes homosexuelles.

1- **Définition de l'homosexualité :**

Le concept d'homosexualité englobe une grande diversité de pratiques sexuelles et d'identités de genre, ce qui rend difficile la création d'une définition restrictive et exhaustive. « Donner une définition rigoureuse de l'homosexualité n'est pas une tâche aisée » (Corraze, 1992, p7) Cette complexité de la définition de l'homosexualité met en avant l'importance de prendre en compte les contextes sociaux, culturels et politiques dans lesquels cette orientation sexuelle est définie et vécue.

Le terme « homosexualité » est apparu pour la première fois à la fin du 19e siècle (Spencer, 1995, p 472). L'écrivain hongrois Karl-Maria Kertbeny a créé les mots allemands homosexuell et Homosexualität en 1868 et 1869 en associant la racine grecque « homo », signifiant « semblable », et la racine latine « sexualis », signifiant « sexuel ». Peu de temps après, les mots français « homosexualité », « homosexuels » et « homosexuelles » ont été introduits, rapidement suivis par leur antonyme indispensable, « hétérosexuel » (Fernandez, 1989, p.346).

Les définitions de l'homosexualité varient en fonction de leur source et peuvent donner lieu à des interprétations différentes. Patrick Garaud (2004) propose Trois définitions, chacune provenant d'une source différente :
La première, issue du dictionnaire Le Petit Robert (1996 ; cité dans Garaud) qui décrit l'homosexualité comme « une attirance sexuelle pour les personnes de son sexe ». La deuxième définition, issue d'un ouvrage sur les études gays et lesbiennes (Dover, 1978 ; cité dans Garaud), la décrit comme « une préférence pour le plaisir sexuel avec des personnes du même sexe plutôt qu'avec des personnes du sexe opposé ». Enfin, la troisième définition provient d'un ouvrage médical sur l'hermaphrodisme somato-psychique (Ulrichs, 1864 ; cité dans Garaud) et considère l'homosexualité comme « un état hybride entre homme et femme, où les sentiments et le sexe sont indifférenciés, mais où le sujet est situé dans un corps masculin » (pp.17-18).

2- **Aperçu historique sur l'homosexualité :**

Dans l'Antiquité grecque, l'homosexualité masculine était largement acceptée et même valorisée dans certains cercles, tandis que dans la Rome antique, elle était plus souvent associée à la débauche et la luxure. Au Moyen Âge, l'homosexualité a été considérée comme un péché et une menace pour l'ordre social, et a été sévèrement punie. Puis, avec l'avènement de la modernité et des Lumières, les attitudes envers l'homosexualité ont commencé à changer progressivement. Cependant, l'homosexualité a continué d'être criminalisée dans de nombreux pays jusqu'au milieu du 20^{e} siècle, et considérée comme une maladie mentale dans certaines sociétés (Verdrager , 2007).
L'homosexualité était considérée comme un trouble mental par les professionnels de la santé mentale. En 1952, l'Association américaine de psychiatrie a publié le premier Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-I) dans lequel l'homosexualité était classée dans la catégorie des « troubles de la personnalité sociopathique » et plus spécifiquement dans la rubrique des « déviances sexuelles » (Briki, 2009, p. 83). Mais Les mouvements « anti-psychiatrisation » ont remis en cause la validité scientifique du diagnostic d'homosexualité, en soulignant le manque de preuves scientifiques solides à l'origine de sa classification comme pathologie. Selon Briki, cette classification reposait sur des cas cliniques isolés et des théories non empiriques qui étaient utilisées comme paradigmes scientifiques par les psychiatres depuis plus d'un siècle. Après un débat public très suivi, le DSM a retiré le terme « homosexualité » de sa liste de pathologies.

Bien que l'homosexualité n'ait pas été considérée comme une sexualité normale, elle n'était plus considérée comme une pathologie à part entière, mais a été remplacée dans le DSM par le diagnostic d'« homosexualité ego-dystonique », c'est-à-dire une incompatibilité entre les valeurs personnelles et la sexualité de la personne, qui pouvait conduire à une souffrance psychologique. L'homosexualité était donc considérée comme une pathologie uniquement lorsque la personne en souffrait et cherchait à changer sa sexualité, tout comme les paraphilies (fétichisme, exhibitionnisme, sadomasochisme). En 1987, l'homosexualité ego-dystonique a été retirée du DSM. la CIM ou Classification Internationale des Maladies de l'OMS a maintenu l'homosexualité comme diagnostic jusqu'en 1992, contrairement au DSM (Ancery, P., Guillet, C, 2011).

Au fil des époques et des cultures, l'homosexualité a connu des degrés de répression et d'acceptation variables. Actuellement, environ 80 pays, principalement en Afrique et au Moyen-Orient, condamnent les actes homosexuels avec des peines allant de l'emprisonnement à perpétuité jusqu'à la peine de mort.

Depuis le début du XXIème siècle, les sociétés occidentales tendent à accepter l'homosexualité et à lui accorder un statut légal (union civile, mariage, etc.). Cette évolution est en partie liée à l'émergence de la lutte contre l'homophobie, qui désigne toute forme de rejet ou d'hostilité envers les homosexuels, hommes et femmes. (Mette, 2014, p. 22).

3- **L'homosexualité entre l'approche essentialiste et les facteurs environnementaux :**

3-1 Recherches sur les facteurs biologiques influençant l'orientation sexuelle (l'approche biologique) :

L'essentialisme est une approche qui considère que l'homosexualité est une caractéristique innée et biologique de l'individu, qui ne peut pas être modifiée ou choisie. Selon cette théorie, les personnes homosexuelles sont simplement nées avec cette orientation, et il n'y a rien qu'elles puissent faire pour la changer. (Verdrager, 2007)

Dans son livre «Biologie de l'homosexualité On naît homosexuel, on ne choisit pas de l'être » Jacques Balthazar présente différentes études scientifiques qui ont été menées pour explorer le rôle de la génétique, de la neurobiologie et des hormones dans le développement de l'orientation sexuelle chez les animaux et les humains. Par exemple, il évoque une étude menée sur des moutons mâles qui ont été élevés avec des femelles et ont été castrés à l'âge adulte. Ces moutons ont ensuite montré des comportements sexuels préférentiels envers des mâles, suggérant que des facteurs hormonaux pourraient jouer un rôle important dans la détermination de l'orientation sexuelle. En effet, les hormones jouent un rôle important dans le développement sexuel du fœtus. Par exemple, les niveaux de testostérone pendant la période prénatale ont été liés au développement des caractéristiques sexuelles

masculines et à la préférence sexuelle chez les femmes. Chez les hommes, il a été suggéré que l'exposition à des niveaux élevés d'œstrogènes pendant la période prénatale pourrait être liée à une orientation sexuelle homosexuelle.
Balthazar cite également des recherches sur les différences cérébrales entre les individus hétérosexuels et homosexuels. Des études ont montré que certaines zones du cerveau, telles que l'hypothalamus, l'amygdale et le noyau supra-chiasmatique, peuvent être différemment structurées chez les individus homosexuels par rapport aux hétérosexuels.
En ce qui concerne les études génétiques, elles ont identifié des variantes de certains gènes qui pourraient être associées à l'orientation sexuelle, bien que leur impact exact reste encore à déterminer. Une étude publiée en 1993 par Dean Hamer et ses collègues a examiné la prévalence de l'homosexualité chez les frères homosexuels et a identifié une association avec un marqueur génétique sur le chromosome X appelé Xq28. Cependant, ces résultats ont été contestés par d'autres études ultérieures qui n'ont pas réussi à reproduire ces résultats.
D'autres études ont examiné l'association entre l'orientation sexuelle et d'autres marqueurs génétiques, mais les résultats sont mitigés et les associations sont généralement de faible intensité. Cela suggère que l'orientation sexuelle est influencée par une combinaison complexe de facteurs génétiques, hormonaux et environnementaux, plutôt que par un seul gène ou marqueur génétique.
En résumé, bien que des études aient identifié des différences génétiques entre les individus homosexuels et hétérosexuels, la recherche est encore en cours pour déterminer les gènes spécifiques et les mécanismes sous-jacents impliqués dans la détermination de l'orientation sexuelle.
Selon Christophe Broqua(2011) Les identités et les pratiques sexuelles ne sont pas déterminées par des facteurs biologiques ou naturels, mais plutôt par des processus sociaux et culturels complexes. Il souligne également que les études biologiques peuvent être utilisées pour renforcer des stéréotypes et des préjugés envers les minorités sexuelles en le considérant comme des "anomalies" ou des "déviations" par rapport à la norme hétérosexuelle. Il souligne donc l'importance de traiter ces recherches avec prudence et de les situer dans un contexte social et politique plus large (p10).
L'approche biologique de l'homosexualité peut être utile pour mieux comprendre les processus complexes qui sous-tendent cette orientation sexuelle, mais elle doit être utilisée de manière critique et contextualisée dans une réflexion plus large sur la construction sociale de l'identité sexuelle (ibid.).

3-2Lecture psychanalytique de l'homosexualité :

Selon la théorie psychanalytique développée par Sigmund Freud, l'enfant passe par plusieurs stades de développement sexuel, allant du stade oral (première année de vie) au stade anal (deuxième et troisième années de vie) en passant par le stade

phallique (entre 3 et 6 ans). Pendant ces stades, l'enfant expérimente différentes zones érogènes et prend du plaisir grâce à elles, ce qui est considéré comme normal par Freud.

Freud considère l'enfant comme un « pervers polymorphe », car il prend du plaisir sans but de reproduction et a différentes façons de satisfaction. Cependant, Freud considère que si ces stades ne sont pas vécus de manière satisfaisante, cela peut entraîner des troubles sexuels ultérieurs. Par exemple, si un enfant est empêché de vivre pleinement le stade anal (par des parents trop stricts sur les questions d'hygiène ou de propreté), il peut développer des troubles obsessionnels-compulsifs à l'âge adulte.

Selon Freud, après une période de latence (qui survient vers 6 ans et dure jusqu'à la puberté), les pulsions sexuelles de l'enfant se réveillent et cherchent à s'exprimer de manière génitale, c'est-à-dire en relation avec les organes sexuels. Si ce réveil des pulsions sexuelles ne se fait pas de manière satisfaisante, cela peut conduire à des troubles sexuels ultérieurs, comme la frigidité ou l'impuissance. Freud a décrit le développement humain comme se déroulant normalement de la manière suivante : « l'issue du développement est constituée par ce que l'on appelle la vie sexuelle normale de l'adulte, dans laquelle l'obtention du plaisir s'est mise au service de la reproduction, et où les pulsions partielles, sous le primat d'une seule et unique zone érogène, ont formé une organisation solide afin d'atteindre le but sexuel chez un objet sexuel étranger » (Freud, 1905/2012, p.152).

L'homosexualité selon Freud peut être le résultat d'un développement sexuel mal réussi, c'est-à-dire qu'elle peut être considérée comme une variante pathologique de la sexualité, en ce sens, « l'inversion sexuelle » (ou homosexualité) est considérée comme une perversion car elle ne vise pas « le but sexuel normal », c'est-à-dire l'accouplement en vue de la reproduction. (Freud, 1905/2012, p.168)

Il semble bien que Freud avait une vision ambivalente de l'homosexualité, où d'une part, il la considérait comme pathologique en affirmant que l'absence de réalignement de la sexualité vers le but reproductif pouvait conduire à des troubles pathologiques. D'autre part, il soutenait que toutes les perturbations pathologiques de la vie sexuelle étaient en fait des inhibitions du développement. C'est pourquoi il considérait que l'homosexualité pouvait être un symptôme d'une inhibition du développement sexuel.

Dans ses travaux ultérieurs, Freud a développé sa théorie du narcissisme pour expliquer l'homosexualité comme une perturbation de la libido conduisant à un choix d'objet narcissique plutôt que par étayage. L'enfant, pour des raisons que Freud n'a pas clairement expliquées, garde sa libido fixée sur le moi et ne développe ni surmoi ni idéal du moi externe, ce qui l'empêche d'investir d'autres objets que lui-même. Ainsi, à l'âge adulte, l'individu homosexuel ne chercherait pas des objets sexuels ressemblant à ses objets primaires, ses parents, mais se chercherait lui-

même en l'autre. Freud a avancé que l'homosexualité était liée à une fixation narcissique, c'est-à-dire un amour de soi excessif, qui se manifeste par le désir de se voir reflété dans l'autre. En d'autres termes, l'homosexuel projette sur son partenaire une image idéalisée de lui-même, qu'il souhaite voir renvoyée (Freud ,1914/2012, pp. 59-89).

Pour le psychanalyste Michel Bergeret ; il est important de faire une distinction entre ce qui relève de l'homosexualité au sens authentique du terme et ce qui demeure du domaine des fixations de l'évolution affective à une période prégénitale et homoérotique, donc de statut narcissique. Selon Bergeret, le comportement homosexuel a une fonction dans l'économie psychique de la personne, dépendant du degré de maturité psychoaffective et de la structure de personnalité du sujet. Selon lui, différents stades évolutifs se succèdent dans le développement psychoaffectif, menant au but final qui est l'atteinte de la génitalité. Avant cette période, la libido prédominante serait la libido narcissique, alors que celle-ci deviendrait libido d'objet dès l'atteinte de la génitalité. Bergeret explique également qu'il existe trois types d'homosexualité : l'homosexualité authentique (une orientation sexuelle innée, dans laquelle une personne est attirée par des personnes du même sexe), l'homoérotisme psychotique « dissocié » « cryptodélirant » (cela implique un détachement de la réalité, avec des fantasmes et des pensées délirantes qui accompagnent l'expérience homosexuelle. Cette forme d'homoérotisme est considérée comme pathologique) ainsi que de l'homoérotisme dépressif (une manifestation d'une dépression sous-jacente, dans laquelle une personne se tourne vers des relations homosexuelles pour combler un vide émotionnel ou pour s'échapper de la réalité), mais affirme que ces « véritables homosexualités » ont lieu lors d'une régression à un fonctionnement immature. (Bergeret, J. et coll.1999, pp185-191).

Dans son livre "L'érotisme narcissique", Jean Bergeret propose une théorie pour expliquer l'homosexualité en suggérant que l'attirance physique envers une personne du même sexe a une fonction dans l'économie psychique des individus concernés. Selon lui, l'homoérotisme psychotique est provoqué par des traumatismes survenus tôt dans l'enfance, lors de la phase d'autoérotisme primitif. Une mauvaise intégration de soi, due à des traitements maternels inadéquats, engendrerait des angoisses de morcellement et de persécution qui poussent le sujet à ne pouvoir avoir des relations sexuelles qu'avec des individus de même sexe, la vue d'un sexe opposé étant perçue comme une menace pour son intégrité (ibid.).

La psychanalyse propose des explications sur l'homosexualité en la reliant à une perturbation de la libido chez les personnes qui ont des difficultés à se connecter émotionnellement avec les autres et à développer une image de soi différente de leur moi actuel. Selon Freud, l'hétérosexualité est considérée comme la norme de la vie sexuelle, tandis que l'homosexualité est associée à une régression vers une

fonctionnalité "homoérotique". Bergeret, quant à lui, considère que l'homosexualité est liée à un besoin de réassurance narcissique qui empêche une complémentarité satisfaisante en respectant la différence des rôles sexuels. Bergeret (1999, p.188) affirme que les personnes homosexuelles peuvent être aidées à surmonter leurs fixations homoérotiques en identifiant et en comprenant les conflits sous-jacents qui ont contribué à leur développement. Selon lui, cela permettrait aux personnes concernées de trouver une complémentarité sexuelle plus épanouissante qui respecte les différences de statuts sexuels.

Il est important de noter que cette théorie est aujourd'hui largement remise en question, notamment en raison de son manque preuves solides et d'objectivité scientifique. La plupart des recherches menées pour prouver les théories psychanalytiques sont des études de cas individuels, qui ne sont pas généralisables à la population dans son ensemble. Selon Vincent (2002), La psychanalyse n'a pas clairement clarifié sa position sur l'homosexualité, car elle la définissait comme une perversion par définition et restait implicitement dans le champ médico-légal des aliénistes. La psychanalyse part du symptôme du patient pour le généraliser secondairement, mais l'homosexualité n'est pas un symptôme à proprement parler, c'est une conduite qui peut être déviante par rapport à une norme, mais qui peut ne pas entraîner de souffrance. Le discours psychanalytique a glissé de la caractérisation de l'homosexualité comme perversion à la caractérisation de l'homosexuel comme pervers, bien que la psychanalyse ait la capacité de penser la perversion différemment. Cela devrait permettre une réévaluation et une révision des textes sur l'homosexualité.

3-3Rôle de l'environnement dans la formation de l'orientation sexuelle (l'approche constructiviste) :

Le constructivisme social, développé par Berger et Luckmann (1966) dans leur ouvrage La construction sociale de la réalité, postule que la réalité est co-construite par les agents dans leurs interactions, ce qui signifie que, les agents sociaux construisent la réalité dans leurs interactions à travers le langage et les catégories qu'ils créent pour interpréter le monde et guider leurs actions. Ainsi, la plupart des choses que nous considérons comme relevant de la "nature" sont en réalité des constructions sociales, produites et reproduites dans les interactions quotidiennes, et transmises de génération en génération par la socialisation. Les études de genre, un domaine important de la recherche constructionniste, visent à comprendre comment la socialisation diffère selon le sexe biologique attribué à chaque individu à la naissance. Selon la théorie du constructionnisme social, notre identité en tant que femme ou homme n'est pas déterminée par notre sexe biologique, mais plutôt par les normes et les valeurs que la société nous inculque dès notre enfance. En d'autres termes, nous apprenons à devenir un homme ou une femme par les interactions sociales et les modèles culturels qui nous sont présentés, plutôt que par

notre nature innée. Cette idée est exprimée de manière célèbre par Simone de Beauvoir (1949/1976) dans sa phrase : "On ne naît pas femme, on le devient." (p13).

Le psychiatre R. Stoller(1968), qui a théorisé le décalage entre le corps et l'identité sexuée chez ses patients, a proposé le terme "genre" pour décrire l'identité sexuée d'une personne, qui est indépendante de son sexe biologique. Il a également introduit le terme « genre » pour décrire l'identité sexuée d'une personne, qui est selon lui distincte de son sexe biologique. Selon Stoller, il est possible d'exprimer la masculinité et la féminité sans se référer aux caractéristiques anatomiques ou physiologiques. Bien que le commun des mortels considère souvent le sexe et le genre comme synonymes et étroitement liés, ces deux concepts ne sont pas symétriques et peuvent évoluer indépendamment l'un de l'autre (Stoller, 1968 cité dans Molinier et Barus-Michel, 2014, p.10).

L'approche constructiviste de l'homosexualité postule que les identités et les pratiques sexuelles ne sont pas intrinsèquement liées à la biologie ou à l'essence d'une personne, mais plutôt façonnées par des facteurs sociaux et culturels. Cette approche a émergé dans les années 70 en réponse à l'idée essentialiste selon laquelle l'homosexualité est une caractéristique innée et immuable des individus. (Rubin, 2011, p.10)

Dans son livre L'invention de l'hétérosexualité (1996), Katz explore l'histoire du concept d'hétérosexualité et montre comment la catégorisation binaire de l'orientation sexuelle en hétérosexualité et homosexualité a été inventée à la fin du 19ème siècle. Katz souligne que, dans les premiers temps de l'utilisation du concept d'hétéro/homo, l'hétérosexualité était considérée comme une perversion au même titre que l'homosexualité. En effet, ces deux termes étaient associés à l'idée d'un coït sans but de procréation, ce qui faisait d'eux des pratiques considérées comme perverses.

Au début du 19ème siècle, l'amour romantique était valorisé, mais sans contact physique. Les pratiques sensuelles étaient considérées avec mépris et associées aux classes inférieures. À cette époque, le terme hétérosexuel était utilisé pour décrire une personne déviante. Selon Katz, les hétérosexuels étaient jugés coupables vis-à-vis de la procréation car la société valorisait la procréation et considérait que les relations sexuelles devaient être uniquement destinées à cette fin. Les pratiques sexuelles qui ne menaient pas à la procréation étaient considérées comme des perversions, car elles allaient à l'encontre de cette norme sociale ainsi, les hétérosexuels étaient stigmatisés et jugés coupables de ne pas suivre les normes de procréation de l'époque (Katz, 1996/2001, p.26).

Le tournant constructiviste dans les études sur l'homosexualité a également été influencé par les mouvements sociaux et les luttes pour les droits LGBT (lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres) dans les années 1960 et 1970, qui ont

remis en question les normes sociales restrictives et les préjugés envers les minorités sexuelles. (Broqua, 2011)L'approche constructiviste a également permis de remettre en question l'essentialisme qui a dominé le discours médical et psychanalytique, qui considère que les homosexuels et les hétérosexuels sont différents par essence. Cependant, l'approche est souvent critiquée pour sa tendance à minimiser l'importance des facteurs biologiques dans la détermination de l'orientation sexuelle.

Broqua souligne que l'opposition entre les approches biologiques, psychologiques et sociales de l'homosexualité n'est pas forcément binaire. En effet, certains chercheurs ont proposé des théories intégratives qui cherchent à combiner ces différents aspects pour donner une vision plus complexe et nuancée de l'homosexualité. Ces théories reconnaissent que l'orientation sexuelle est un phénomène multifactoriel, résultant de l'interaction entre des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Ainsi, plutôt que de considérer que l'homosexualité est exclusivement déterminée par l'un ou l'autre de ces facteurs, les théories intégratives cherchent à comprendre comment ils interagissent et se renforcent mutuellement pour influencer l'orientation sexuelle. Cette approche permet d'appréhender la complexité de l'homosexualité, tout en prenant en compte la diversité des expériences et des parcours individuels.(ibid.)

Conclusion :

La question des causes de l'homosexualité est complexe et, en conséquence, il n'y a pas de consensus définitif dans la communauté scientifique sur le sujet. Cependant, les recherches scientifiques se multiplient et se précisent, permettant ainsi une compréhension plus complète de l'homosexualité. En effet, il est évident que l'homosexualité est un phénomène complexe qui peut être abordé selon différentes approches, allant de l'approche purement biologique à l'approche purement sociale et culturelle.

Il est important de souligner que la compréhension de l'homosexualité a évolué au fil du temps et continue de le faire. Les avancées de la recherche permettent désormais de mieux comprendre les mécanismes biologiques, psychologiques et sociaux qui influencent l'orientation sexuelle. Cela permet d'offrir des perspectives plus nuancées et complètes sur l'homosexualité, qui prennent en compte l'ensemble des facteurs impliqués dans cette orientation sexuelle.

En considérant l'ensemble de ces approches, il est possible de mieux comprendre les expériences individuelles des personnes concernées et les défis qu'elles peuvent rencontrer dans leur vie quotidienne

.En somme, malgré la complexité de la question, une approche intégrative permet de mieux appréhender l'homosexualité et comprendre ces différences individuelles ainsi que de proposer des réponses adaptées à chaque situation.

Considérer l'homosexualité de manière globale et nuancée, en prenant en compte l'ensemble des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux qui influencent l'homosexualité, permet de mieux comprendre ces différences individuelles et de proposer des réponses adaptées à chaque situation.

Référence :

1. Ancery P, Guillet, C. (2011). Quand l'homosexualité était une maladie. Slate.fr. https://www.slate.fr/story/41351/homosexualite-maladie. Consulté le 23 mars 2023.
2. Beauvoir, S. de, (1976). Le deuxième sexe. Tome 1. Paris, Gallimard. (Edition originale, 1949).
3. Butler, J. (1990). Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity. New York, NY: Routledge.Hors série n° 1 | 2011 La construction sociale de l'homosexualitéPrésentation.
4. Bergeret, J. et coll. (1999). L'érotisme narcissique : homosexualité et homoérotisme. Paris,Dunod.
5. Broqua, C. (2011). L'homosexualité comme construction sociale : sur le tournant constructionniste et ses prémices. Genre, Sexualité & Société, (13), https://doi.org/10.4000/gss.1722
6. Berger, L. & Luckmann, T. (2012). La construction sociale de la réalité. Paris, Armand Colin. (Edition originale, 1966).
7. Barus-Michel, J., & Molinier, P. (2014). Introduction. Nouvelle revue de psychosociologie, 1(17). pp. 7-15.
8. Delebarre, C., & Genon, C. (2013). L'impact de l'homophobie sur la santé des jeunes homosexuel•le•s. Cahiers de l'action, 40, 27-36.
9. Garaud Patrick. (2004). Contribution à l'analyse de l'homosexualité à l'ile de La Réunion. Sociologie.(Thèse de doctorat Université de la Réunion).
10. Fernandez, D. (1989). Le rapt de Ganymède .Paris: Grasset
11. Freud, S. (2012). Trois essais sur la théorie de la sexualité. (Edition originale, 1905). Paris, France : Points.
12. Freud, S. (2012). Pour introduire le narcissisme. (Édition originale du texte "Pour introduire le narcissisme", 1914 ; édition originale du texte "La théorie de la libido et le narcissisme", 1915). Paris, France : Éditions Payot & Rivages.
13. Katz, J. (2001). L'invention de l'hétérosexualité. Paris, Epel. (Edition originale, 1996).
14. Lavignotte, S. (s.d.). Queer, écologie et théologie protestante. Les panthères roses. Consulté le 13 avril 2023, à partir de https://www.lespantheresroses.org/queer-ecologie-et-theologie-protestante/
15. Stoller, R. (1968). Sex and gender. London, Hogarth.
16. Spencer, C. (1995). Histoire de l'homosexualité : De l'Antiquité à nos jours. Paris: Le Pré aux Clercs.
17. Vincent, T. (2002). Homosexualité, psychanalyse et perversion. Cliniques Méditerranéennes, 65, 95-104. https://doi.org/10.3917/cm.065.0095
18. Verdrager (2007).L'homosexualité dans tous ses états .Edition empecheurs.

إضطراب المثلية الجنسية (التعريف ، الأسباب، الأنواع ، النظريات والأثار)

Homosexual Disorder (Definition ,Causes ,Types , Theories and effects)

أد. أغمين نذيرة أستاذة التعليم العالي بجامعة 08 ماي 1945 بقالمة (الجزائر)
nadiraighemine@gmail.com
عباس إيمان أخصائية نفسانية ، صاحبة عيادة نفسية (عيادة النفس والحياة)
بقالمة (الجزائر)
Abbesimenepsy@gmail.com

الملخص :

تعتبر الجنسية المثلية أو العلاقة الجنسية بين فردين من نفس الجنس موضوع في غاية الأهمية، يستدعي دراسات و أبحاث معمقة من مختلف الجوانب المحيطة بهذا الاضطراب.

و عليه سنحاول من خلال هذه الورقة البحثية إلقاء الضوء على هذه الظاهرة من خلال مفهومها ، الأسباب ، أبرز عوامل الجنسية المثلية و الوقوف عند أهم المقاربات المفسرة لها و الأثار الناجمة عنها .

الكلمات المفتاحية :الجنسية المثلية ، الأسباب ، العوامل ، الأثار

Abstract :

Homosexuality , Or the sexual relationship between two individuals of the same sex , is a very important topic that calls foe in-depth studies and research from the various asoects surrounding this disorder .

Accordingly , we wille try , through this research paper , to shed light on this phenomenon through its concept , causes , the most prominent factors of homosexuality , and stand at the most important approaches thar explain it and the effects resulting from it .

Keywords : Homosexuality , causes , factors , effects

مقدمه :

يمثل الجنس بالنسبة للإنسان وظيفة أساسية و متعة متاحة لكل البشر ، مهما كانت أوضاعهم أو درجاتهم أو ثرواتهم ، مكانتهم أو احتياجاتهم .

رغم مشاركة الجنس البشري كله في الحاجة للجنس و فرص الحصول على العلاقات الجنسية ، فمازال الجنس يحاط بالسرية بين الناس و الخصوصية التي جعلت منه لغزا غامضا .

وقد أسهم تجنب التعامل الصريح و العلني مع الجنس إلى نقص و تشوه المعلومات عنه و سوء الممارسات فيه ، و نتيجة لارتباط الجنس بأنساق الأخلاق الإنسانية و أنساق الدين أصبح يمارس بكثير من التحفظ و التوجس و المخاوف ، و أحيانا مصحوبا بمشاعر الذنب .

من هنا يأتي علم الجنس Sexology ليهتم بدراسة الإضطرابات و الإنحرافات الجنسية من حيث معرفة أسبابها و طرق علاجها ، و يهتم أيضا بدراسة الجنسية في الأطفال و تأثيرها على حياته فيما بعد و عند المراهقين و البالغين و الشباب و عند الإناث و الذكور ، كذلك عند الأمهات و الأباء ، كذلك الاهتمام بدراسة العقد الجنسية و النفسية و الغرائز الجزئية الجنسية و محتواها .

موضوع الجنسية المثلية أو العلاقة الجنسية بين فردين من نفس الجنس، هو موضوع في غاية الدقة و التعقيد ،حيث لا يرتبط بمجتمع أو دين معين بل مسألة مرتبطة بكل الثقافات و ذلك منذ القدم ، فظاهرة المثلية الجنسية عرفت عند الشعوب منذ العصور القديمة ، العصر الإسلامي و نجدها حتى في عصرنا المعاصر .

فالجنسية المثلية من الطابوهات الاجتماعية التي كانت مقتصرة على المجتمع الغربي ـــ إلا أنها عرفت انتشارا واسعا بمجتمعاتنا العربية الإسلامية ـــ و أيضا المجتمع الجزائري ، و بالرغم من أنها لا تتوافق مع قيمنا الإسلامية ، إلا أنها تفشت بشكل مخيف و مست جميع الفئات و الأعمار .

حيث أنها تعتبر أهم عامل من عوامل إنحراف المجتمعات ،لأنها خروج عن العلاقة الجنسية الطبيعية بين الرجل و المرأة ، لكونها عبارة عن ممارسة جنسية مع نفس الجنس ، أي علاقة جنسية بين ذكر – ذكر ، أنثى – أنثى لإشباع رغباتهم الجنسية .

إلا أننا و لإزالة بعض الغموض فإن محتوى هذا الورقة البحثية إستندنا على ذكر بعض الحقائق على أمل أن يزال قليلا من الإبهام لدى قارئه بدءا من التعريفات و الأنواع و الأسباب إلى غاية النظريات المفسرة مع توضيح واقعها و الأثار الناجمة عنها .

1- ماهية الجنسية المثلية

ظهرت كلمة " Homosexual " عام 1869 في بيان سياسي كتب من طرف الصحفي كارولي ماريا بينكورت (Karoly Maria Benkert) في نقده للقوانين البافرية التي تجرم العلاقات الجنسية بين الرجال (125 : Drescher ,2015).

و يعود أول إستخدام لـ " gay" للإشارة إلى الشخص المثلي إلى عام 1929 في الكوميديا الموسيقية (Bitter Sweet) لنويل كاويرد (ويتاكر ،2007 ، 253) .

هي المصطلح العام الذي يستخدم للدلالة على الإستجابة الجنسية الفردية لأفراد من نفس الجنس، وعلى الرغم من أن هذا المصطلح يستخدم غالبا لوصف التعلق الشبقي الذي يكون بين الرجال . إلا أنه من الناحية الإصطلاحية يتضمن العلاقات التي تكون بين الإناث بعضهن و بعضا و ما يعرف باسم السحاق .

فالموضوع الجنسي في الجنسية المثلية فرد من نفس الجنس . وهي عندما تكون بين ذكرين تسمى اللواط أو جنسية مثلية ذكرية . وعندما تكون بين الأنثى و الأنثى تسمى جنسية مثلية أنثوية أو سحاقا . و الجنسية

المثلية هي حب الاتصال الجنسي بشخص من نفس الجنس ، أو الميل الجنسي إلى أفراد من نفس الجنس . (براميلي صونيا 2009 ، ص 81.)

كذلك يطلق مصطلح الجنسية المثلية على تلك العلاقات التي تتخذ فيها الليبيدو موضوعا خارجيا من نفس الجنس ، فيتجه الذكر لمثله و الأنثى لمثيلتها ، و إن قصره البعض على العلاقات الذكرية و أبقوت على مصطلح السحاق للعلاقة المثلية بين الإناث. (فرج طه واخرون ، ص284)

و الجنسية المثلية هي إنحراف جنسي يتمثل في العلاقات الجنسية بين أفراد من نفس الجنس و تندرج من التخيلات و المشاعر و تمتد عبر القبيل و الإستمناء التبادلي إلى الإتصال الجنسي التناسلي أو الفمي أو الشرجي .(جابر عبدالحميد و علاء الدين كفافي .1991، ص563)

2- أنواع الجنسية المثلية :

أول نوع الجنسية المثلية هي الجنسية المثلية بين الأطفال ، أو ما يسمى الجنسية المثلية الطفولية ، حيث يعتقد بأن الميول الجنسية تتبلور في مرحلة الطفولة المبكرة إن لم تكن قبل الولادة، و أثناء مرحلة النضوج الجنسي و مرحلة المراهقة قد يمارس الجنس المثلي بين الأطفال و المراهقين و هذه المثلية على الرغم من أنها مرتفعة الا أنها مثلية عابرة فقد جاء في احدى الدراسات حوالي 60 بالمئة من المراهقين الذكور و 33 بالمئة من المراهقين الاناث مارسوا الجنس المثلي على أن ممارسة الجنس المثلي في سن المراهقة لا تجعل من المراهق مثلي الجنس ففي سن المراهقة يكون التهيج الجنسي عنيفا في حين لم تتحدد الهوية الجنسية بعد .

كما أن هناك مثلية جنسية اختيارية و مثلية جنسية إجبارية فالمثلية الجنسية الاختيارية هيا التي يقدم عليها الفرد بإرادته و هذا يستلزم توافر جميع عناصر الرضى فيجب ان يكون الطرافان قد بلغ السن القانونية في التشريع الذي يسري عليهم و التي يعتد بها للرضى بممارسة الجنس في الدول التي لا تجرم الجنسية المثلية التي تتم بين البالغين ، فهذه الدول تضع سن معين بعد بلوغ الشخص إياه يكون غير مؤاخذ جزائيا على ممارسة الجنس المثلي مع شخص بلغ كذلك هذا السن حينما يتم هذا الفعل في مكان خاص و هذه السن تختلف من تشريع للأخر كما يجب أن يتحرر الطرافان من جميع عيوب الرضى التي اذا وجد أي منها أصبحت الجنسية المثالية جنسية مثلية إجبارية استوجبت العقاب على أساس أنها جريمة اعتداء على العرض و يمكن تكون الجنسية المثلية خالصة أو عارضة، فالجنسية المثلية الخالصة تكون عندما يقصر الفرد ممارسته الجنس مع أفراد من نفس جنسه دون غيرهم ، ولا ينشد جنسيا إلى أفراد الجنس الأخر، أما الجنسية المثلية العارضة فتكون في حالة الحرمان من ممارسة الجنس الطبيعي في المعسكرات و السجون و المدارس الداخلية على أن المثلية العارضة يمكن أن تصبح خالصة إذا كان الشخص صغيرا في السن.

و هنالك من الأشخاص المثليين من يكون ثنائي الجنس فيوجد لديـــه رغبة في ممارسة الجنس المثلي ، و الجنس الطبيعي في الوقت نفسه (النوايسة ، مرجع سابق ص ص . 247-248)

- و يقسم محمد غانم الجنسية المثلية إلى :

- **اللواط** : و يعني ممارسة ذكر مع ذكر ، و الشخص هنا يشعر بمجرد القرف من أنه سيمارس الجنس مع امرأة ، لكن الرجل هو الذي يثيره ، يوقظ أحاسيسه ، يحرك مشاعره و عواطفه ، يجعل الدماء تجري حارة في أعضاءه ، يحبه إلى درجـــة الولاء ، ينشغل به ، يلبي كل مطالبه ، يصبح خادمه المطبع الأمين ، فقط يأمره وسوف يلبي كل مطالبه ، و قد يمارس الذكران مع بعضهما البعض بالتبادل ، وقد يأخذ ذكر و على طول الخط منحى إيجابي و أخر سلبي، و قد تكون الممارسة سطحية أي مجرد التقبيل و اللمس و قد تكون علاقة جنسية كاملة .
- **السحاق** : حيث يكون الجنس هو الأكثر شيوعا و تعيش امرأتان قصة حب ملتهبة و متصلة و الخيانة تكون قاتلة و جارحة لكلا الطرفيـــن ، لقد تعاهدا على الإخلاص ، و لذا يا ويل من تفكر في الخيانة و لذا قد نجد فتاتين لا يفترقان ، أو امرأة متزوجـــة تحب امرأة أخرى ، وقد يصل بينهما إلى درجـــة الممارسة الجنسية الكاملـــة ، بحيث لا تشعر باللذة إلا مع زميلتها. (غانم ، مرجع سابق، ص ص 164-165)

- و يميز فرويد لدى المثليين الأنماط التالية :

أ – **المثليـــــون المطلقون** : أي أولئك الذين ليس للجنسية عندهم سوى موضوع واحد يتمثل بالأفراد الذين ينتمون إلى جنسهم نفسه ،بينما لا يمس فيهم أفراد الجنس الأخر وترا ، هذا إن لم يثيروا لديهم اشمئزاز جنسيا .فإن كانوا رجالا عجـــزوا بحكم هذا الإشمئزاز عن القيـــام بالفعـــل الجنسي السوي أو ما وجدوا فيه على أية حال لذة .

ب- **المثليـــــون المزدوجون (الخنوثة الجنسية النفسية)** : أي أولئك الذين يمكن أن يتخذوا أيا من الجنسين على السواء موضوعا لهم . و عليه إن هذا النمط من الإرتكاس لا يتسم بطابع الحصرية .

ج – **المثليون العارضون** : في هذه الحالـــة يتحدد الإرتكـاس بالظروف الخارجيـــة ، و خاصة منها عدم توفر الموضوع الجنسي السوي أو ما يحاكيـــــه و في هذه الحالـــــة يتخذ المثليين موضوعا جنسيا لهم أشخاصا من جنسهم نفسه و يوفر لهم إتيان الفعل الجنسي معهم الإشباع المطلوب .(فرويد ، 2015 ، ص 19)

- و في تصنيف اخر لعبد المنعم الحنفي حسب الدور في العلاقة فهناك :

- **الموجب** : الذي يحافظ على دوره في العلاقة الجنسية المثلية .
- **السالب** : و هو الذي يغير دوره الجنسي في العلاقة الجنسية المثلية

- **السالب والموجب** : الذي يقوم بالدورين حسب الظروف و شخصية شريكه .(رزيق و عدوى ، 2017 ، ص ص .14-15)

3- أسباب الجنسية المثلية :

يستخدم جيفري ساتينوفر في كتابه "الجنسية المثلية و تسييس الحقيقة " نموذجا "الهرم" لشرح العوامل المشاركة في نشوء الجنسية المثلية ، يبدأ ساتينوفر من قاعدة الهرم و يضع الإستعداد الوراثي ، ثم بعد ذلك ما يمكن أن نسميه التأثير الهرموني داخل الرحم ، ثم التأثيرات الأسرية في الطفولة ، وبعدها العلاقة بالأقران من نفس الجنس و الجنس الأخر، ثم الصدمة التي تحدث في الطفولة على المستوى النفسي و الجسدي ، ثم التأثيرات الاجتماعية و المجتمعية ، ثم عنصر الإدمان والتعود على الفعل الجنسي، و إخيرا يخصص قمة الهرم لما يمكن أن نسميه " الاختيار الحر" . و سنتبع هذا النموذج في شرح العوامل المختلفة (وصفي ، 2011 : 61)

1-3 الأسباب البيولوجية : سنتناول في هذا العصر كل من العوامل الوراثية و الهرمونية التي يفترض أنها سببا في الجنسية المثلية ، و هي كالآتي :

1-1-3 الأسباب الوراثية (دراسات حول التوأم)

تطرقت مجلة (The new atlantis,2016) بالتفصيل إلى مجموعة من دراسات حول التوأم ،حيث كان هدفها إيجاد أسباب جينية خاصة بالجنسية المثلية أو عمومما مرتبطة بسمة الميل الجنسي ، وذلك إنطلاقا من دراسات بحثت في الجوانب الوراثية بشكل خاص إلى دراسات أدخلت العوامل الهرمونية والاجتماعية و البحث في العلاقة فيما بينها، نذكر منها دراسة (كالمان ، 1952) و(بيرمان وبروكنز ، 2002) و (بايلي وزملاءه ،2010) و في نفس العام أجريت دراسة (لانغستروم و زملاءه ،2015) و دراسة (ساندرز و زملاءه ، 2015) ... و غيرها . وقدمت المجلة تلخيصا لنتائج هذه الدراسات بأنه لا يوجد أي دليل علمي موثوق بأن الجينات تحدد الميل الجنسي لدى الفرد و لكن توجد أدلة على أن الجينات تؤدي دورا في التأثير على الميل الجنسي ،أي أن في إشكالية ما إذا كان مثلي الجنس قد "ولد هكذا " هي مرفوضة إن كان ذلك يعني أن ميله الجنسي تحدد وراثيا ، كما وتوجد أدلة من دراسات على التوأم بأن بعض المواصفات الجينية ربما تزيد من إمكانية تحديد شخص ما لاحقا على أنه مثلي أو لديه سلوك جنسي مثلي. (Mayer& Mchugh ,2016)

2-1-3 الأسباب الهرمونية :

نشير هنا إلى أن هرمون الذكورة هو التستستيرون و هرمون الأنوثة هو الأستروجين هي الهرمونات المسؤولة عن تحديد الخصائص التي تميز الذكر عن الأنثى جنسيا، و أقصى ما يوفره الهرمونان للإنسان هو إحداث الرغبة الجنسية لدى كل منهما و لا دخل لهما في توجيه الرغبة الجنسية (السلوك الجنسي

المثلي) ، ففي دراسة أقيمت في هذا المجال عام 1995 من قبل آمي بانكس و نانيت غارترل تم إجراءها على الهرمونات لمعرفة إن كان هناك إرتباط بينهما و بين الجنسية المثلية ، وخلصت إلى القول : "لم تجد دراسات الرجال و النساء الذين عانوا من خلل ما قبل الولادة في إستقلاب الهرمونات زيادة متزامنة في السلوك المثلي ، بشكل عام لا تدعم البيانات وجود علاقة سببية بين الهرمونات و التوجه الجنسي للبشر (السالم ، 2019).

2-3 النظام الأسري الذي يولد فيه الطفل :

في ظل النظام الأسري الذي يولد فيه الطفل ، فحسب أستانا و أوستقوغلز 2001 فإن بيرت هيلنغر يرى أن المشاعر الموروثة مثل الطفل غير المرغوب فيه يكون سببا في جعل الطفل له إستعداد لاستقبال الرفض من أبويه ، و هو أمر محوري في نمو الميول الجنسية المثلية . و أن ذلك الرفض يجعل شخصية الطفل مبنية على الحساسية و الطاعة المفرطة و عدم القدرة على التمرد أو التعبير عن الحقوق . و يرى الباحثان أن النظام الأسري يحتوي على مجموعة من المفاهيم المتداولة في الوسط الأسري لها علاقة بكل من :

- تحديد الأسرة لكل ما هو ذكوري و أنثوي و العلاقة بينهما .
- تركيبة السلطة في هذه الأسرة
- مفهوم الأسرة عن الجنس
- رغبة الوالدين في جنس الطفل
- تعامل الأسرة مع المشاعر (حرية التعبير / الكبت ...)
- طبيعة العلاقات (وضع الحدود / الخصوصية ...)
- طريقة التواصل (مبهمة / أوامر و نواهي ...)
- كيفية التعامل مع الواقع (المواجهة /الإنكار ...)
- طريقة التفكير (اللوم و الشك و الخوف / إيجاد حلول موضوعية ...) (عن : الميرز، 2016)

كما ويرتبط النظام الأسري بالمعاملة الوالدية لكلا الأبوين ، فقد قدم ويست (West) دراسته في أنجلترا عن 50 ذكرا مثليا مع 50 ذكريا غيريا كمجموعتين متطابقتين ووجد أن المثليين أقرب إلى وجودهم في عائلة تكون فيها الأم مفرطة الحماية ووجود علاقة بالأب غير مرضية (sprigg &Daily ,2004 :21)

و أشار كل من فانيتا و كيداوي (Vanita & Kidwai, 2000) إلى أن الرفض و عدم الإتصال من الوالد من نفس الجنس يمنع الطفل من التوحد به ، و بالتالي لا يتم تطور الهوية الجنسية الذكورية للولد و الأنثوية للبنت ،هذا الإحباط في التوحد يحدث في سن مبكرة جدا وهي من سنة و نصف إلى ثلاث سنوات ،

يؤدي إلى دفاع نفسي لا واعي يقوم به الطفل و به يقرر (لا واعيا) أن يفصل نفسه نفسيا عن هذا الوالد حتى يحمي نفسه من الرفض أو توقع الحنان ،هذا الإنفصال النفسي يطلق عليه " الانفصال الدفاعي " و عنده يبدأ تطور الشخصية المثلية .كما وترى أغلتون أن الإساءة من الوالد من الجنس الأخر لها دور هام في تكوين الهوية الجنسية لدى الولد مثل الأم المسيطرة وشخصية الأب الضعيفة ، الأم التي تخاف على إبنها أكثر من اللازم ، الأم التي تكره الأب ...و غيرها (الميزر ، 2016) .

3-3 تأثير التفاعلات مع الأقران :

ينتقل الأطفال ما بين سن الرابعة و الخامسة إلى اللعب مع الأطفال الأخرين ،و بالتالي يكونون صداقات تضيف بدورها إلى الهوية الجنسية للطفل و تساعد على بنائها ،و ما يدعمها هو حب و قبول أقرانه من نفس الجنس أما الأطفال الذين إختبروا علاقة مع الوالد من نفس الجنس يسودها الرفض فإنهم يختبرونها مع أقرانهم بشكل مماثل ، فالولد الذي لم يتوحد بذكورة أبيه يخرج لأقرانه من الأولاد و هو يميل للشخصية الأنثوية وهذا ما يعرضه للرفض منهم . و يميل الأطفال في هذا السن إلى التفاخر بجنسهم ورفض أي تشابه مع الجنس الأخر ، عندما يفشل الطفل بالإختلاط معهم فإنه يضطر للإختلاط بالبنات و التوحد معهن حيث يكون ذلك سهلا و متاحا نظرا لميله الأنثوي ، لكن تضل رغبته في الإختلاط مع الأولاد مدفونة ، وهذه الرغبة قد تكون واعية أو مدفونة فتتحول بطريقة رد الفعل العكسي إلى كره شديد للأولاد (وصفي ، 2011) .

4-3 الإعتداء الجنسي :

حاولت العديد من الدراسات الإجابة على سؤال ما إذا كان الإعتداء الجنسي خلال مرحلة الطفولة سببا في ميل الفرد للجنسية المثلية ، نذكر منها الدراسة التي قامت بها روثمان و زملاؤها عام 2011 في مراجعة منهجية البحث الذي يدرس إنتشار الإعتداءات الجنسية على الأشخاص الذين يعتبرون أنفسهم مثليين أو ثنائي الجنس في الولايات المتحدة ، و قام هذا الفريق بمراجعة 75 دراسة (25 منها إستخدمت العينات الإحتمالية) تشمل ما مجموعة 139635 شخصا من المثليين أو ثنائي الجنس من الرجال و من المثليات أو ثنائيات الجنس من النساء ،مما قدم قياسا لمعدل إنتشار الظلم بسبب الإعتداء الجنسي مدى الحياة ،و الإعتداء الجنسي في مرحلة الطفولة و الإعتداء الجنسي على الراشدين ، و الإعتداء الجنسي من الشريك و الإعتداء الجنسي المرتبط بجرائم الكراهية ، و على الرغم من أن الدراسة كانت محدودة بسبب عدم وجود مجموعة مرجعية متباينة الجنس إلا أنها أظهرت معدلات عالية و مقلقة من الإعتداء الجنسي ، بما في ذلك الإعتداء الجنسي في مرحلة الطفولة لهذه الفئة من السكان Mayer (&Mchugh,2016à).

في نفس السياق ،خلصت دراسة كين وزملاؤه إلى وجود علاقة بين خبرات الإساءة الجسدية و العاطفية و الجنسية خلال الطفولة و نمو المثلية الذكورية.(Qin & am , 2017)

و من خلال هذه الدراسات نوقشت فرضية أن الصدمة النفسية في مرحلة الطفولة لديها علاقة سببية بتفضيلات الجنسية المثلية ، إلا أنه إستخلص أن الغالبية العظمى من الأفراد الذين يعانون من الصدمات النفسية في مرحلة الطفولة لا يصبحون مثلي أو ثنائي الجنس ، و أن السلوك غير المطابق جندريا قد يساعد في تفسير المعدلات المرتفعة للإعتداء الجنسي ، وعلى إثر ذلك فإن التجارب السلبية في مرحلة الطفولة قد تكون في غاية الأهمية و لكنها ليست عاملا حاسما في تطوير التفضيلات الجنسية المثلية .(Mayer et Mchugh ,2016)

3-5- إدمان الكحول :

يعتقد وجود قوى للكحول في الإثارة الجنسية و عدم كبح السلوك المندفع المتهور الذي تكبحه عادة القيم الخلقية و الاجتماعية ،و بالرغم من أن لإدمان الكحول أثره الواضح في القوة الجنسية ، فإن تناول الكحول لا يخفف في إثارة الشهوة الجنسية ، في الحقيقة إن الإعتقاد السائد أن تناول الكحول يزيد من حدة الإستجابة لنداء الشهوة الجنسية و يزيد ميل الناس إلى المخالطة و المعاشرة و يقلل من شعورهم بالخجل ، هو كاف ليدفع الكثيرين إلى السلوك الجنسي المغامر الذي يجعل الفرد يطفء توقه الجنسي بأول شخص يفوز به . (بدري ،2005 :202)

هذه الأسباب التي ذكرناها هي أسباب إحتمالية ، من الممكن أن يكون سببا واحدا أساسيا و أثر بشكل كبير على التوجه الجنسي ، إلا أن السبب ليس مستقلا فهو مدعم بفعل عوامل أخرى ،فمثلا، يمكن أن يمر الفرد بتجربة إغتصاب أو تحرش جنسي أو علاقات والدية سامة إلا أنه لا يصبح مثليا بالضرورة ،وهذا راجع لعدة عوامل أيضا أما أن الفرد تجاوز بها الإحباط أو أدت لاضطراب أخر .

4- النظريات المفسرة للمثلية الجنسية :

بالرغم من وجود محاولات في تفسير الجنسية المثلية بما جاءت به نظريات علم النفس من تفسير شامل للاضطرابات النفسية ، إلا أننا فصلنا ذكر تلك التي قصدت الجنسية المثلية بشكل مباشر و تطرقنا في ذلك لنظريتين أساسيتين أحدهما التحليلية و الأخرى السلوكية ، وهي كالآتي :

1-4 النظرية التحليلية :

إنطلقت المقاربة التحليلة لفهم السلوك المثلي من وجه النظر البيولوجية ، أي من حقيقة ثنائية الجنس ، والإستعداد العضوي الموجود لدى كل فرد و الذي يوحد صفات كلا الجنسين ، بيد أن ثنائية الجنس لا تفسرالجنسية المثلية و إنما تجعل هذا التفسير ممكنا ، حيث أن لدى كل فرد مظهرين جنسيين ،و لكن أعضاء جنس واحد هي التي تنمو طبيعيا بينما معالم الجنس الأخر تختفي ، فالشحنات الجنسية

هي بالتأكيد التي تظهر أثناء المراهقة ، تكون أولا غير واضحة في أهدافها ثم بعد فترة من التأرجح تتوجه نحو الجنسية الغيرية فتثبت عندئذ الهوية الجنسية أي الذكورة أو الأنوثة (رايك،1992 :68) .

يذكر فرويد أن التثبيت و مشاكل الموقف الأوديبي - أي موقف التعلق بإحدى الوالدين - قد يدفعان بالشخص إلى النكوص إلى المرحلة الشرجية ، فإذا لم ينجح في التدرج من مرحلة جنسية إلى أخرى فإنه يصاب بالنرجسية و عشق الذات ، ويؤدي به ذلك إلى البحث عن موضوع ليحبه ويماثله ، و قد يتولد لديه الخوف من الخصاء نتيجة اكتشافه أنه يمتلك شيئا هو عضو التذكير لا تمتلكه البنات فينفر منهن ، و يخشى على قضيبه أن يلحقه الخصاء فيكون حاله كحالهن ، و قد يزيد لديه الخوف عندما يتعرض للموقف الأوديبي ، و يخشى أن يعاقبه أبوه على حبه لأمه و حب أمه له فيخصيه ، فيحل الطفل الموقف الأوديبي حلا خاطئا عن طريق تقمص شخصية الام ، و قد يرى أباه كشخص له جاذبية جنسية ، وذلك بدلا من حل الموقف الأوديبي عن طريق التوحد مع شخصية الأب و الرغبة في أن يصبح رجلا كاملا (براميلي، 2009 :92)

في نفس السياق يرجع فرويد منشأ هذا الشذوذ إلى نقص في التربية الجنسية حيث يقول : في جميع الأحوال لاحظنا أن الشواذ في فترة من حياتهم ركزوا كل اهتمامهم في امرأة هي غالبا أمهم ، فلما انقضت هذه الفترة و لم يجدوا أحد يهتمون به أو من يمكن أن يحل محلها اهتموا بأنفسهم و بأمثالهم .وهذا النقص في التربية قد ينشأ لإثناء مرور الطفل في المرحلة الجنسية الثانية على إعتبار أن مراحل نمو الطفل في الجنسية ثلاث و هي : حب الذات ،حب الجنس نفسه ، حب الجنس الاخر . ففي مرحلة حب الجنس نفسه تنتقل محبه الطفل لذاته لزملائه من الجنس نفسه ، فترى الولد يحب الأولاد أكثر مما يحب البنات و قد يحتقرهن كما سبق و أشرنا .أما الإنتقال إلى المرحلة الثالثة مهم ، و تظهر هذه الرغبة في حب الولد لأمه و ميله إليها أكثر من ميله لأبيه بعد المرحلة الثانية ، و قد يتسبب عدم الإنسجام بين الإبن و أمه أن يكره الجنس الأخر ،و هذا أحد الأسباب الرئيسية التي تؤخر وقد تمنع النمو الجنسي الطبيعي . (فرويد و شتيكل ،1990 :148) .

من جهته أكد إيرفينغ بيبر (Irving bieber) بأن الجنسية المثلية هي إستجابة لسوء توافق اجتماعي بيولوجي بسبب مخاوف لدى المريض تحيط بقدرته على التعبير عن إندفاعاته الجنسية الغيرية . بدأ "بيبر" دراسته عام 1962 إنطلاقا من أهمية التطرق لعلاقة الابن مع الأب و الإخوة و الأقران الذكور لتفسير الجنسية المثلية فلا يمكن الإكتفاء بتحليل علاقة الابن و أمه فقط و بالتالي قارن "بيبر" و زملائه 106 رجل مثلي مع 100 رجل غيري من الناحية التحليلية الإكلينيكية و الإحصائية في حوالي 500 عنصر يتمحور حول علاقة الابن ووالديه ، و علاقة الوالدين مع بعضهما ،علاقة الابن بالإخوة و الأقران ، النمو الجنسي ، الأداء الجنسي للبالغين ،و نتائج العلاج ، و من بين نتائج الدراسة ما يلي :

- كانت علاقة المفحوصين بإخوتهم الذكور عدائية بسبب تفضيل الأم للمفحوص ، أما مع إخوتهم كانت العلاقة جيدة .

- كانت علاقة المفحوصين بجماعة الرفاق في مرحلة الطفولة و ما قبل المراهقة غير سعيدة و مروا بتجارب عنيفة ، في مرحلة الذكورة و تبين فيما بعد خوفهم الغير الاعتيادي من الأضرار الجسدية و امتنعوا من مشاركتهم في الألعاب الخشنة و عانى المفحوصين من الإساءات اللفظية و الجسدية من قبلهم ، و قاموا بعزلهم عنهم و سمحوا لهم باللعب مع الفتيات أو مع الأقران الذين بمثل مشكلتهم.

- كشف تاريخ النمو عن استمرارية التجارب المؤلمة بداية مع الأب ثم الاخوة ثم مجموعة الرفاق ، مما جعل الفرد يخاف من الذكورة العدوانية و يشوه الإحساس بالرجولة و له تأثير مدمر على التطور الجنسي.

- تعد الجنسية المثلية ذات وظيفة دفاعية كأنها طريقة يتصدى بها الفرد عدوانية الذكورة ، و ذات وظيفة تعويضية يهدأ بها الفرد مشاعر الرفض الأبوي و يستعيد بها الحس الذكوري الناقص . (Bieber ,1967 :164)

- تماشى هذا الطرح مع أفكار رالف غريتسون (Ralph R Greenon) عام 1968 ، حيث بدوره يعرض نظريته في النمو التي ركزت على حاجة الطفل الذكر للتخلي عن الأم ، حيث ان الطفل الذكر من اجل ذكورة صحية عليه أن يستبدل الموضوع الأولي في بناء هويته ، ألا و هو الام ، و عليه ان يستبدلها بالأب ، و يعتقد غرينسون أن الصعوبات الملازمة لهذه الخطوة الضرورية للنمو- و التي تعفى منها الفتيات – هيا المسؤولة عن بعض المشاكل في الهواية الجنسية الذكورية ، و احساسه بالانتماء الى جنس الذكور ، و قدرة الابن على " التخلي " هي التي تحدد نجاح او فشل تكوين هويته اللاحقة مع ولده . (Dailey& Sprigg , 2004 :20)

كما وقد يكون هناك تثبيت في المرحلة الفمية ، حيث تتولد في الطفل منذ الطفولة الباكرة مشاعر حسد للثدي تتسبب في توجه نموه الجنسي وجهة شاذة ، فقد يؤدي به هذا الحسد إلى تقليل شأن الثدي من بعد ، و يجعله ذلك يقلل من شأن النساء و يصبح مثليا ، و قد تتولد لديه عقدة ثدي نتيجة المرحلة الفمية و مشاكل الرضاعة ، و ينصرف ذهنه الى قضية فيما بعد كشيبة للثدي و يخشى عليه من الفرج كشبيه للفم (الشايب،2002 : 284)

هذه الأخيرة التي أكدها أوتو فينخيل ، حيث أن رؤية الأعضاء التناسلية الانثوية يمكن أن يثير القلق عند الطفل حيث ، حيث أن ارتباط الأعضاء التناسلية الأنثوية عن طريق ارتباط قلق الخصاء يضرب قلق المرحلة الفمية القديمة ، يمكن ادراكها على أنها أداة تؤدي الى الخصاء حيث أنها تكون قادرة على عض القضيب أو اقلاعه (عن : موسى ، 1998 : 284).

كخلاصة لما تقدم ، فان فرويد يرى أن الشذوذ الجنسي عبارة عن زيارة بعض الاتجاهات الجنسية الموروثة في الانسان ، و كانت نظريته مبنية على دراسته لعلم الاجنة ، فالجنين في بطن امه حتى الشهر الثالث لا يتحدد إن كان ذكرا أم أنثى أي أنه يحمل صفات الجنسين و أن المثلية ما هي إلا نتيجة لزيادة ا نتمائه النفسي الموجود داخله فعلا نحو جنسه ، لكن علم النفس الحديث هدم هذه النظرية و أنكر وجود انتماء فطري للطفل نحو الجنسين (غانم ، 2020 :192)

و إن كان ، فإنه لا يمكن إنكار أن فرويد قدم تفسير لكلا الطرفين الموجب و السالب أي الفاعل و المفعول به معا .و ما يمكن تكمله هذا التحليل السلوك المثلي هو ما جاء به العلماء والباحثين المثلية و العاطفة التي تكون إتجاه نفس الجنس كالأب و الإخوة .

2-4 النظرية الفزيولوجية :

توصل روزنال (rosenthal.1970) الى ان الميول الى الجنسية المثلية غير موروثة . في حين انتهى كالمان (kallman.1953a.b) من خلال دراسته إلى أن الجنسية المثلية توجد بمعدل 100 بالمئة في التوأم المتماثلة identical twins ، كما توجد بمعدل أقل من 15 بالمئة في التوأم الأخوية . وقد كان كالمان نفسه مرتابا للنتائج التي توصل إليها .بالإضافة إلى أن بعض الدراسات فشلت في إعادة دراسة كالمان و التوصل إلى نفس النتائج . (زيو ، و لعجل 2017)

3-4 النظرية السلوكية :

يرى العلماء السلوكيين أن الفرد ذو الجنسية المثلية قد تعرض و هو صغير إلى إعتداء جنسي صاحبه لذة فحدث إرتباط شرطي تم تدعيمه بالتكرار ، كما أن التفضيل الجنسي ما هو إلا دالة لخبرات التشريط الذي كونها الفرد في سنوات حياته الأولى .

إفترض فيلدمان و ماكلوش سنة 1971 نظرية تجمع بين كل من العناصر الفسيولوجية و عناصر التعلم و قد أمكن التمييز بين أفراد الجنسية المثلية سواء المجموعة الأولية أو المجموعة الثانوية ، و تتميز المجموعة الأولية بأن ليست لها تاريخ في الإثارة الجنسية الغيرية أو السلوك الجنسي الغيري، وقرر فيلدمان و ماكلوش بعد ظهور بعض المعلومات عن الفئران بأنه توجد مناطق للذكر والأنثى في مخ جنين الإنسان حيث تكون سريعة التأثر للمستويات المنتشرة لهرمونات الذكورة و الأنوثة . بمعنى أخر ، فإن جنين الإنسان ربما يكون مبرمجا قبل الميلاد لتبني نمو الذكورة مثل العدوانية ، بالإضافة ، إذا كان الجنس البيولوجي الفعلي للطفل ذكرت و تأثر مخه بواسطة هرمونات الأنثى حينما كان في الرحم فإنه سوف يميل إلى أن يسلك مسلكا أنثويا ، و خاصة إذا كان والديه يشجعان السلوك الأنثوي ، و بالرغم من أن الإستعداد الذي ينبثق بواسطة هرمونات الأنثى لا تجعله شاذا جنسيا ،إلا أنه يفترض أن هذه العوامل

تجعله أكثر ميلا إلى هـذا السلوك، و قد يكون لديه الاستعـداد فيما بعد للتشريط في صياغة العلاقـات الجنسية المثلية ، إلا أنه يطلق عليه شاذا جنسيا أوليا (موسى،1998 :285).

في حيـن أن الفـرد الشـاذ جنسيـا على المستـوى الثـاني الثانوي لديـه خبـرة غـير سـارة مع النسـاء و يخاف الإقتـــراب من الإناث ، فالشذوذ الجنسي لدى هؤلاء الأفراد يجعلهم يحاولون تبرير خوفهم الذي ينمو تدريجيا ،و يؤدي هذا إلى تجنبهم النسـاء و ذلك عن طريـق تغيير إتجاهـاتهم نحوهن ،و المفروض أن النسـاء لديهن الجاذبية الجنسية و لكن الفرد المثلي ينظر إليهم نظرة نقص كموضوعات جنسية ، و تكون العلاقات الجنسية بالنسبة للرجال سالبة و بالتالي يكـون الذكر أكثر جاذبيـة . (موسى ،1998 :285)

بينما يرى كل من فورد و بيتش أن المثلية الجنسية ميل يتعلمـه الفرد خلال حوادث و خبرات في مرحلـة الطفولة ، كإغراء رجل لطفل صغير ، و ترجع أسباب الجنسية المثلية لأيام الطفولـة و المراهقة ، و تعود لتعلق فاشـل بأحد الأبويـن من نفس الجنس ، فيتعلق الطفل أو المراهـق بالوالد المغاير لجنسه تعلقا وجدانيا و جنسـيا ، و قد يضـطر الولد إلى ذلك عندما يكون الأب سـلبيا جامد الإنفعال ، ودوره ثانوي في حياة الطفل الوجدانية ، و عندما تسيطر الزوجـة على الأسرة على الأسـرة ، وقد يكون الطفل منبوذا من أبيه قد تخلى عنه وجدانيا فتنهض الأم بكل العبء ، ولا تكون للطفل علاقة إلا بها فيصـوغ نمط شخصيته على منوالها و يتعلق بها وجدانيا و جنسيا و يقلدها في السلوك و الاتجاهات ، فإذا إكتمل نضجه الجنسي سعى إلى الإشباع بنفس طريقة النسـاء ، عن طريق شريك من الذكـور ، وهو الحال بالنسبة للبنت الفاقدة لنموذج الأم ، علاوة على ذلك فإن الشخص المثلي يخشى من العلاقات الحميمية بأفراد من الجنس الأخر ، فتنفر الفتاة من العلاقات بالذكـــــــور و لا ينجذب الرجال إلا للرجال ، و يعمل هذا النفور و ذلك الإنجذاب عملهما في ترسيخ التوجه المثلي ، و يخرج المثلي من سنوات التكويـن بمشاعر الكراهية لكل من الوالدين لأن كل منهما أسـهم بطريقته في تنميط شـخصـيته و توجيهها وجهة شـاذة ، و هو بهذه الكراهية يشحن كل علاقاته المستقبلية بأفراد الجنس الواحد ، و هذه الكراهية الكامنة هي التي تجعل منه شخصا لا يوثق به ولا يعتمد عليه ، و لأن والديه لم يشـبعا عنده حاجاته العاطفية الأسـاسـية فإنه لا وعي منه يتحول إلى أناني مشـغول بنفسـه ، و تضـاف أنانيته إلى العقبات الأخرى في طريق علاقاته الصـحية بالناس.(براميلي ، 2009 :87).

حسب بوند و إفانز (Bond – Evans , 1967) فالسلوكات الجنسيـة المنحرفة تنتج من عامل واحـد هو الإستثارة الجنسيـة المنحرفة . بعد ذلك بعشر سنوات إقترح بارلو وأبيل نموذجا تفسيريا آخر يقوم على فرضية أن السلوكيات الجنسية المنحرفة لا تأتي فقط من زيادة الإستثارة الجنسية ،لكن من العجز في الاستثارة الجنسية غير المنحرفة و المهارة الاجتماعية الضرورية للوصول إلى شريك ملائم .

أكدت النظريات التي تم ذكرها على العلاقة الأولية التي تكون بين الطفل ووالديه ، و الخلل الذي قد يحدث أثناء تنشئته المبكرة ، وإن إختلفت من المنطق الذي رأت يه أنه سبب أساسي في الجنسية المثلية إلا أنها لم تخرج عن سياق تجارب مرحلة الطفولة و المراهقة. تلك التجارب السيئة التي يراها جيفري يونغ محور بناء معتقدات تكون سببا في إنحراف سلوك الفرد و تهيكل كيفية تعامل الفرد مع محيطه ..

5- الأثار الناجمة عن الجنسية المثلية :

يتعرض ممارسي المثلية الجنسية و كلا من الجنسين سواء ذكور أو إناث للعديد من الأضرار الصحية على المستوى العضوي أو النفسي أو القيمي سواء كان الممارس فاعلا أو مفعولا به، لذلك سنتطرق لبعض المخاطر كالأتي :

5-1 الإصابة بالأمراض الجسدية :

تعد الجنسية المثلية سببا مباشرا لأسوء الأمراض و أشدها خطورة ، من بينها مرض نقص المناعة الشديد المعروف بالإيدز ، حيث بدأت في الثمانينات تظهر بين الرجال المثليين في الولايات المتحدة الأمريكية أعراض لا تظهر إلا في حالات نقص المناعة الحادة ، مثل : العدوى العامة بالفطريات ، الإلتهاب الشديد في الجهاز الهضمي ، و لأن أول ظهور لهذه الأعراض كان بين الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال ، فقد سميت أنداك باضطراب المناعة المتعلق بالرجال المثليين (Gay related immune disorder) (اللهيبي ، 2014 : 332).

يرجع ارتفاع معدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة بين الرجال إلى عاملين سلوكيين إثنين : ممارسة الجنس الشرجي ، مما يسهل إنتقال الفيروس بشكل أكبر من الجنس المهبلي ، و إقامة علاقات جنسية مع عدة شركاء ، و الذي يضاعف فرص الإصابة بالفيروس و نقله للأخرين (Dailey& Sprigg , 2004 :71) .

قبل الإيدز بسنوات عرف الرجال المثليين أمراض مختلفة، فقد عرف الأطباء العديد من الحالات التي تؤثر على القناة المعوية السفلية للمثليين والتي كانت تحت تصنيف " متلازمة القولون المثلي " ، و يتضمن هذا التصنيف الإلتهابات الفيروسية ، و أمراض الإسهال المعدية نتيجة للبكتيريا و الطفيليات ، و الأضرار الناجمة عن الجنس الشرجي، و شملت العوامل المعدية كل من : داء الشيغيلا ، بكتيريا العطيفة ، السالمونيلا ، و من الطفيليات : الجارديا و المتحولة القولونية،فيروس الهربس البسيط، المتدثرة الحرثية . بالإضافة إلى أنهم معرضين للإصابة بمرض الزهري، السيلان والتهاب الكبد ، فيروس الورم الحليمي ، فيروس إبشتاين- بار ، القرحة الأكلة و الورم الحبيبي الليمفي ، الدبل المناخي ، الورم الحبيبي الأربي ، و الجرب ، سرطان الشرج و غيرها الكثير. (Oleary , 2014)

2-5 التعرض للإضطرابات النفسية :

في دراسة أجريت بين عامي 1996 و 1998 المنشورة في المجلة الأمريكية للصحة العامة، تمت مقابلة ما يقارب 3000 مثلي و ثنائي الميل الجنسي ، وجدت أن معدل إنتحار المثليين هو ثلاثة أضعاف المعدل الإجمالي للذكور الأمريكيين ،و وجد الباحثون في هذه الدراسة أن 21 بالمئة قد خططوا لعملية الإنتحار، و 12 بالمئة حاولوا الإنتحار (نصف هذه النسبة شهدت محاولات عديد) و معظم الذين حاولوا الإنتحار كانت أول محاولة لهم قبل بلوغهم الخامسو العشرين سنة .

وأشار مقال فينسيت و سيلينزيوم أن المثليين الرجال معرضون للإصابة بالإكتئاب و القلق بمعدل أعلى من عامة الناس ، بالإضافة إلى العزلة الاجتماعية ، وإضطراب الأكل (Dailey & Sprigg , 2004 :90 in) .

3-5 الأثار الاجتماعية :

تتسبب الجنسية المثلية في وجود خلل في القيم والمعايير الدينية و الأخلاقية ، بحيث يزيد الاستهتار بالدين الذي يحرم الشذوذ بكل أنواعه، و تكثر الجرائم من قتل و سرقة و إدمان الخمور و تعاطي المخدرات ، و إستعمال العنف و الشدة و الاعتداء على الأخرين و خاصة الأطفال. بالإضافة الى أنها تهدم الأسرة المسلمة ، اذ ان ممارسة الشذوذ تؤدي الى عزوف الشباب عن الزواج الشرعي كما و تساهم في زيادة نسبة المشكلات الاجتماعية من عنوسة و طلاق و خيانة زوجية و عجز جنسي ... و غيرها (قرطاجي، 2010 : 99) .

يشدد البعض عن ضرورة الممارسة الجنسية الأمنة بين المثليين أنفسهم يفضلون عدم ارتدائه من الأساس لأنه يخفف من الاثارة التي يصبون اليها، و لهذا فان المصاب بالايدز منهم يخفي مرضه عن شركائه ، و هنا تقع الكارثة ، ما يزيد الطين بلة هم النشطاء المدافعين عن حقوق المثليين الذين يصبون الى تصوير نمط الحياة المثلي بشكل سلبي على المستوى الفردي و الجماعي و المجتمعي.

الخلاصة :

كخلاصة تعتبر الجنسية المثلية أحد المواضيع التي أثارت الجدل بين العلماء باختلاف تخصصاتهم و هذا لعدم وصولهم لسبب موحد يجعل الفرد مثلي جنسي ، فالبعض يرى أن التوجهات و الميولات الجنسية راجعة لأسباب هرمونية جينية وهناك من رأى أن السبب بيولوجي ،و هناك من أرجعها لأسباب نفسية ونتيجة النظام الأسري الذي يولد فيه الطفل ، و فيما أشار أخرون إلى كونها أمرا طبيعيا لا يستحق النقاش .

إلا أن الجنسية المثلية هي تكريس للمرض ، و إخراج هذه العلاقة إلى حيز العلن يمنع فئة عريضة من الشواذ من العودة إلى حياتهم الطبيعية ،و هذه الفئة تحتاج إلى الرعاية الصحية و الدعم النفسي ، فهي

ليست قاصرة على مكان دون الاخر و لا على زمان دون الأخر ، و لا بطبيعة المجتمع المتحضر أو المتخلف ، غربي أو شـــرقي ، بل هي ترتبط بوجود الإنســـان و علاقته المتبادلة مع الجنس الأخر، كما أنها تكريس للإنحراف لدى فئـات أخرى من الشواذ و يجب على المجتمع التصدي لهم دون الإلتفات إلى ضغط خارجي ...و بالتالي نأمل الاهتمام بهذا الموضـوع من طرف الباحثين و رفع الحظر الفكري عن هذا الموضـوع الذي خلق تضـاربا فكريا و اجتماعيا لذا بات من الضـروري القيام ببحوث علمية أكثر شـمولا و توسـعا و أكثر تعمقا و إستقصاءا لتقريبنا من فهم و كشف جذور الجنسية المثلية .

قائمـة المراجع

1- بدري ، مالك . (2005). الإيدز و ثورة الشذوذ الجنسي . دراسات دعوية ، 9 ، 177-204 .
2- براميلي ، صونيا (2009) ، الأنحرافات الجنسية ، أنواعها ، أسبابها ، الطرق العلاجية . طرابلس ، لبنان : المؤسسة الحديثة للكتاب
3- جابر،عبد الحميد : كفافي ، علاء الدين . (1991).معجم علم النفس و الطب النفســي .ج4.القاهرة : دار النهضة العربية.
4- رزيق ، منال و عدوي فتيحة (2018) مسـاهمة في مقاربة الواقع النفسـي الاجتماعي للجنسـية المثلية . رسالة ماستر . جامعة قسنطينة 2 :الجزائر
5- رايك ، ثيودور(1992). الدافع الجنسي (ترجمة ديب ، ثائر) . دار الحوار
6- زيو ، أميرة و لعجل، خلود. (2017) التصـوارت الاجتماعية للجنسـية المثلية لدى الطلبة الجامعيين . رسالة ماستر . جامعة قالمة :الجزائر
7- ويتاكر، براين (2007) .الحب الممنوع . حياة المثليين و المثليات في الشـرق الأوسـط (ترجمة إبراهيم ف) دار الساقي.(تاريخ النشر الأصلي 2006) .
8- فرج طه ، شـاكر قنديل ، حسـين عبد القار ، مصـطفى كامل (1993) موسـوعة علم النفس و التحليل النفسي . القاهرة ، دار سعادة الصباح .
9- موسى ، رشـاد عبد العزيز (1419هـــ - 1998م) دراسـات في علم النفس المرضي ، مؤسـسـة المختار للنشر و التوزيع
10-الشايب ، كايد (2002). الأطفال و الانحرافات النفسية الجنسية (ط1) دار الفضاءات للنشرو التوزيع
11-النوايسة ، عبد الاله محمد (2008). المثلية الجنسية الرضائية بين التحريم و الاباحة . مجلة الشريعة و القانون 313 – 235
12-غانم ، محمد حسـن (2008) الاضـطرابات الجنسـية (التعريف بالانحرافات ، التشـخيص ، الأسـباب ، الوقاية ، العلاج) . مصر ، مكتبة الانجلو مصرية

13- فرويد ، سيغموند (2015). ثلاث مباحث في النظرية الجنسية . الحياة الجنسية ، العصاب ، الثبان ، الانحراف الجنسي . ترجمة طرابيشي جورج . الامارات العربية المتحدة ، دار مدارك للنشر.

14- فرويد ، سيغموند و شتيكل ، وليم . (1990). الكبت تحليل نفسي (ترجمة السيد حضارة ، علي). دار القلم للنشر و التوزيع

15- Bieber , I (1967). A discussion of" Homosexulity : the ethical chalenge " . journal of consulting and clinical psychology.44(2) , 163-166
16- Drescher – j (2015) out of DSM : Depathologizing. Homo – sexuality . behaviral science
17- Mayer , S.L . & Mchugh , P.R.(2016). Sexuality and gender findings from the Biological , Psychological , and Social Sciences .The new Atlantis a journal of technology & Society,50
18- Oleary , D.(2014). The syndemic of AIDS and STDS among MSM.linacre Q,81(1) ,12-37
19- Sprigg, p. & dailey , T. (2004). Getting it straight what the research shows about homosexuality. Family research council.

التدخلات العلاجية النفسية لاضطراب عسر الجماع لدى المرأة

The Psychological Therapeutic Interventions for Dyspareunia in Women

ط د، بسباس فاطيمة الزهرة، جامعة محمد لمين دباغين سطيف 02 / الجزائر،
fa.besbes@univ-setif2.dz
أد، بوروبة أمال، جامعة محمد لمين دباغين سطيف 02 / الجزائر
amel_bourouba@yahoo.com

الملخص:

يعتبر عسر الجماع عند المرأة من الاضطرابات الجنسية التي تسبب عدم القدرة على الاستمتاع أو شعور بالألم أثناء العلاقة الجنسية، مما قد يسبب الشعور بالتوتر والقلق والاكتئاب، ويمكن أن يؤدي إلى مشاكل في العلاقات الزوجية والثقة بالنفس. الأمر الذي دعا من خلال هذه الورقة البحثية إلى محاولة تسليط الضوء على أهم التدخلات العلاجية النفسية لهذه المشكلة ، حيث تتمثل الإجراءات المنهجية لهذه الدراسة في استعراض أسباب وعوامل عسر الجماع عند المرأة، وأهم التدخلات العلاجية النفسية المستخدمة لعلاج هذه المشكلة ومدى فعاليتها وتأثيرها في التخفيف من المعاناة النفسية ، وتتمثل أهمية النتائج المتوقع التوصل إليها في تحسين فهمنا لهذه المشكلة الجنسية وفي إبراز أهم الأساليب والتقنيات العلاجية التي يمكن للأخصائي النفساني الممارس الاعتماد عليها، كما يمكن استخدام هذه التدخلات العلاجية كمرجع لتحسين جودة العلاج النفسي و حياة النساء المصابات بعسر الجماع. كما سيفتح المجال للباحثين من اجل إجراء المزيد من الأبحاث الميدانية والنظرية لتحسين عملية التكفل العلاجي النفسي لهذا النوع من الاضطرابات.

الكلمات المفتاحية: الاضطرابات الجنسية، المرأة، عسر الجماع، المشكلات النفسية، التدخلات العلاجية النفسية..

Abstract:

Dyspareunia in women is considered one of the sexual disorders that cause an inability to enjoy or a feeling of pain during sexual intercourse, which may cause feelings of tension, anxiety, and depression, and can lead to problems in marital relationships and self-confidence. This research paper aims to shed light on the most important psychological therapeutic interventions for this problem. The methodological procedures for this study consist of reviewing the causes and factors of dyspareunia in women, the most important psychological therapeutic interventions used to treat this problem, and their effectiveness and impact in reducing psychological distress. The importance of the expected results lies in improving our understanding of this sexual problem and highlighting the most important therapeutic methods and techniques that a practicing psychologist can rely on. These therapeutic interventions can also be used as a reference to improve the quality of psychological treatment and the lives of women with dyspareunia. Additionally, this opens

the door for researchers to conduct further theoretical and field research to improve the process of psychological therapeutic care for this type of disorder.
Key words: Sexual dysfunction, Women, Dyspareunia, Psychological problems, The Psychological Therapeutic Interventions

1-مقدمة :

من الناحية التاريخية، لم يكن تحديد الاضطرابات الجنسية ومعالجتها من ضمن أولويات السياسات والممارسات الصحية، وتعتبر الصعوبات الجنسية والرضا الجنسي من المجالات التي تم إهمالها في الأبحاث وفي تقديم خدمات الصحة الجنسية.

لكن بدأ هذا الوضع يتغير، حيث تزايد اعتراف المؤسسات الصحية العامة بشكل متزايد بالوظيفة الجنسية كجزء أساسي من الصحة الجنسية، وعلى نطاق أوسع كجزء لا يتجزأ من الصحة والرفاهية العامة، وهذه الفكرة تتضح في المبادئ التوجيهية التي توصي بزيادة توفير الخدمات النفسية الجنسية. (Hobbs, 2015,p 21)

فهي حالة من الرفاهية الجسدية والعاطفية والعقلية والاجتماعية المتعلقة بالجنس، وليس مجرد غياب المرض أو الخلل الوظيفي (عدم القدرة) أو العجز. وهي تتطلب نهجًا إيجابيًا ومحترمًا للنشاط والعلاقات الجنسية، وكذلك إمكانية الاستمتاع بتجارب جنسية ممتعة وآمنة.

ووفقًا لمنظمة الصحة العالمية (WHO)، فإن النشاط الجنسي هو جانب أساسي من جوانب الإنسانية ويشمل الجنس، الهويات والأدوار بين الجنسين، التوجه الجنسي، الإثارة الجنسية، المتعة واللذة، الحميمة والتكاثر. يتم اختبار الحياة الجنسية والتعبير عنها في الأفكار والتخيلات والرغبات والمعتقدات والمواقف والقيم والسلوكيات والممارسات والأدوار والعلاقات. وعلى الرغم من أنه يمكن أن يشمل كل هذه الأبعاد، إلا أنه لا يتم دائمًا تجربتها والتعبير عنها كلها، كما ويتأثر بتفاعل العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية والسياسية والثقافية والأخلاقية والقانونية والتاريخية والدينية والروحية " (Glasier et al,2006).

كما تدرج (WHO) الحقوق الجنسية والإنجابية وتنص فيها على أن لكل شخص الحق في "ممارسة حياة جنسية مرضية وآمنة وممتعة". ولكن بينما يُنظر إلى الجنس البشري على أنه عالمي، فإن تعبير عنه ليس كذلك. تجتمع العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية والثقافية معًا لتأطيره وتقييد التعبير عنه فالمعاني والقيم المرتبطة بالجنس والنشاط الجنسي تختلف بين الأفراد والمجتمعات والثقافات، وما يعتبر

معياريًا أو مقبولًا في سياق معين يمكن اعتباره غير طبيعي أو غير أخلاقي أو حتى غير قانوني في سياق آخر (Graham ,2007, p 36).

اقترح ماسترز وجونسون نموذجًا من أربع مراحل للاستجابة الجنسية (مرحلة الإثارة excitement phase، ومرحلة العتبة plateau phase، ومرحلة النشوة الجنسية orgasm phaseومرحلة الاسترخاء resolution phase)، يعرفان من خلاله الاضطرابات الجنسية على أنها صعوبات تنشأ في واحد أو أكثر من مراحل الاستجابة الجنسية هذه، والتي تمنع الفرد و / أو الشريك الجنسي من الاستمتاع بالجنس الممتع والآمن، يمكن أن تكون الصعوبات معرفية وعاطفية وسلوكية و / أو فسيولوجية.. (Hobbs, 2015,p 21)

والتي يكون تأثيرها سلبي على الرفاهية العاطفية والجنسية ونوعية الحياة والعلاقات البين شخصية، وتشمل العوامل المرتبطة بها القلق والاكتئاب، سوء التقييم الذاتي، والضيق الجنسي وعدم الرضا، ونتائج الصحة الجنسية السلبية، مثل الأمراض المنقولة جنسياً (Mitchell et al, 2013,p1823) حيث تشير دراسة METZ & Mc carthy(2007) أن 45٪ من الأزواج سواء ذكور أو إناث قد عانوا من أحد اضطرابات جنسية في مرحلة من مراحل حياتهم، إلى الحد الذي يسبب لهم نوعا من الكرب، ويفقدهم متعة الحياة والهناء والسرور.

لكن تقديرات الانتشار تختلف بشكل كبير. حيث تشير دراسات كل من (Dunn& Hackett, 1998 Croft,) و (Mercer et al, 2003) و (Boynton, Nazareth & King, 2003) إلى وجود صعوبات جنسية لدى 22-41٪ من الرجال و 33-51٪ عند النساء، وانتشار الصعوبات الجنسية في العيادات (العدوى المنقولة جنسياً / الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي أو طب الجهاز البولي التناسلي) تتراوح بين 32-37٪ عند الرجال و20-43٪ عند النساء. (Hobbs, 2015,p 21)

ووفقا لبيانات الصادرة عن منظمة الصحة الوطنية ومسح الحياة الاجتماعية، ودراسة السلوك الجنسي في الولايات المتحدة، تَبين أن الاضطراب الجنسي كان أكثر انتشارا بين السيدات بمعدل 42 % بالمقارنة بالرجال بمعدل31 %. (محمد السحيمي،2021، ص 350)

وأكثر الاضطرابات الجنسية التي يتم الإبلاغ عنها شيوعًا عند النساء هي قلة الاهتمام الجنسي، وعدم القدرة على الوصول إلى النشوة الجنسية، وصعوبات التزليق، (Mitchell et al, 2013)

تم تصنيف اختلالات الوظيفة الجنسية لأول مرة في الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-III)، حتى الإصدار الخامس dsm5 الذي تم فيه إجراء تعديلات بدءا من التعريف، حيث عرفت على أنها مجموعة غير متجانسة من الاضطرابات التي تتميز عادةً باضطراب مهم سريريًا في قدرة الشخص على الاستجابة جنسيًا أو تجربة المتعة الجنسية " (American Psychiatric Association، 2013). مع وضع معايير محددة يجب أن يحققها الأشخاص لتشخيصهم باضطراب جنسي معين، ولتجنب الإفراط في التشخيص تم إدخال معايير الشدة والمدة، يجب أن تكون الاعراض موجودة لمدة لا تقل عن 6 أشهر وأن تكون موجودة بنسبة 75-100٪ من الوقت، ويجب أن تسبب ضائقة كبيرة، ولا يمكن تفسيرها بشكل أفضل من خلال العوامل السياقية مثل عنف الشريك أو ضغوط كبيرة أخرى (Hobbs, 2015,p38). كما لا تعزى إلى تأثير مادة أو دواء أو حالة طبية اخرى. (الحمادي، ص 156)

ومن بين الاضطرابات التي تؤثر على الصحة الجنسية للنساء، يبرز عسر الجماع، الذي يُعرف أيضًا باسم "اضطراب ألم الإيلاج الحوضي التناسلي"، أحد الاضطرابات الجنسية لدى المرأة، ويتمثل في شعور حاد بالألم متكرر أو مستمر خلال محاولة الإيلاج أو ممارسة الجماع المهبلي.

(Sobhgol and Charndabee,2007, p88)

ويتم تمييز نوعين من عسر الجماع. الشعور بألم عميق داخل الحوض أثناء دفع القضيب (عسر الجماع العميق)، والألم الذي يعاني منه في فتحة المهبل (أي عسر الجماع السطحي). أبلغت الغالبية من النساء المصابات بأعراض عن عسر الجماع السطحي. (El-sayed Saboula , and Ahmed Shahin,2014,p 11089)

يتم التعرف على الأهمية السريرية للألم أثناء الجماع بشكل متزايد، ولا يزال هناك عدم توافق في الآراء بشأن مسببات مشكلة الصحة الجنسية الأنثوية المؤلمة (Desrochers et al,2008,p 199،). وكما لا يوجد أي جدل تقريبًا اليوم بشأن تصنيف عسر الجماع على أنه خلل وظيفي جنسي في كل من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية للجمعية الأمريكية للطب النفسي 2013، والتصنيف الدولي للأمراض في أقسامهم الخاصة بالاضطرابات الجنسية. (benik,2005, p11)

وتشير مراجعة منهجية لانتشار عالمي لعسر الجماع بمعدل يتراوح بين 8 و21.8.(Ferrero, and Remorgida, 2008,p 294)، من ناحية أخرى، دراسة أخرى أجريت في هولندا تلقت فيها 26 بالمائة من

المرضى الإناث في العيادات الخارجية لعلم الجنس علاجًا لعسر الجماع، مما يجعله المشكلة الأكثر انتشارًا في العيادات الخارجية لعلم الجنس الهولندي . (Kedder and al, 2011, p 273)

وفي مصر، كان 31.5٪ من النساء يعانين من عسر الجماع، وكشفت دراسة حديثة أجريت في مدينة المنصورة ودرست تأثير برنامج الإرشاد الجنسي على مستوى الألم والوظيفة الجنسية لدى النساء المصابات بعسر الجماع أن 27.3٪ من عينة الدراسة اشتكت من عسر الجماع وأن أعمارهن تراوحت بين 20-45 سنة. ((El-sayed Saboula , and Ahmed Shahin,2014,p 11089)

يمكن الجمع أسباب عسر الجماع بين الأسباب الفسيولوجية والنفسية، وبين الشخصية، والأسباب السوسيو ثقافية:

تشمل الأسباب الجسدية الشائعة لعسر الجماع التهاب المثانة الخلالي، متلازمة القولون العصبي، مرض التهاب الحوض وآلام الحوض المزمنة وانتباذ بطانة الرحم. أيضًا أمراض مثل مرض السكري وأمراض الغدة الدرقية وأمراض القلب والكبد و / أو أمراض الكلى، وجراحة الحوض، وإصابة الحوض أو الصدمات، والاضطرابات العصبية، والآثار الجانبية للأدوية، وتعاطي الكحول أو المخدرات والإرهاق.

يمكن أن تنتج الأسباب النفسية من الخوف من الألم، الاضطرابات الشخصية بين الأفراد، الاعتداء الجنسي، التوتر أو القلق من مسؤوليات العمل أو الأسرة، القلق بشأن الأداء الجنسي، الصراعات في العلاقة مع الشريك، الاكتئاب، القلق، مشكلات في التوجه الجنسي غير محلولة، التجربة الجنسية أو الجسدية الصادمة السابقة، مشاكل صورة الجسد والثقة بالنفس

أما أسباب العلاقات البين شخصية قد تشمل، السبب الأدائي للشريك، ونقص جودة العلاقة الشخصية للشريك والصراع و/ أو نقص الخصوصية، النقص في التعليم، والصراع والتعارض مع القيم الدينية أو الشخصية أو العائلية والتابوهات الاجتماعية (Desrochers et al., 2009).

أظهرت الدراسات أن ألام الجماع لا تأثر فقط كل مرحلة من مراحل دورة الاستجابة الجنسية للإناث، ولكن أيضًا العديد من الجوانب المهمة للأداء اليومي، مثل التكيف الثنائي، والرفاهية النفسية، ونوع الحياة. ((farmer and meston,2007, p 836

وحسب ما ذكرته الجمعية النفسية البريطانية (2006) ومؤسسة طب الايدز والحصة الجنسية (2008) عندما يتم اكتشاف صعوبات جنسية، عادة ما تتوفر خدمات العلاج والدعم من خلال الخدمات

الصحية العقلية وطب الأمراض التناسلية والعيادات النفسية الجنسية، ولكن هذه الخدمات ليست متاحة عالمياً. وعندما تكون متاحة، قد يكون الوصول إليها محدوداً بسبب قلة الوعي أو الاستيعاب، ولا يحصل جميع الذين يحتاجون إلى المساعدة على الرعاية التي يحتاجونها.

فلا يزال هناك الكثير من العمل الذي يتعين القيام به لإنشاء قاعدة أدلة صلبة للتدخل العلاجي النفسي للصعوبات الجنسية، من حيث الأساليب الأفضل لصعوبات جنسية معينة، والتي يجب أن تكون متاحة على نطاق أوسع لأولئك الذين قد يحتاجونها ويرغبون بها

والتدخلات لعلاج الصعوبات الجنسية، تنقسم بشكل عام إلى نوعين: التدخلات الدوائية والتدخلات العلاجية النفسية، وهي تدخلات معقدة من حيث أنها تتكون من عدة مكونات (أو مكونات نشطة)، والتي قد تستخدم بشكل مستقل أو تفاعلي للتأثير على النتائج (Hobbs, 2015,p48)

ان الدليل على فعالية تدخلات العلاج النفسي للصعوبات الجنسية إيجابي. في ثلاث مراجعات منهجية حديثة – تجربة Fruhauf وآخرون (2012) من 20 تجربة ذات شواهد لتدخلات العلاج النفسي للصعوبات الجنسية للذكور والإناث، وتجربة Günzler & Berner(2012) من 15 تجربة ذات شواهد لتدخلات العلاج النفسي للصعوبات الجنسية للإناث، و دراسة بيرنر وجونزلر (2012) من 19 تجربة ذات شواهد لتدخلات العلاج النفسي للصعوبات الجنسية عند الذكور- وُجد أن غالبية تدخلات العلاج النفسي فعالة في تحسين شدة الأعراض والرضا الجنسي (Hobbs, 2015,p50)

وتعتبر أهمية استخدام النظرية في تصميم وتطوير تدخلات العلاج النفسي مقبولة على نطاق واسع، والتدخلات الخاصة بالاضطرابات الجنسية تسترشد بمجموعة واسعة من المقاربات النظرية، بما في ذلك النسقية، السلوكية، المعرفية السلوكية، التثقيف النفسي، المقاربات الأسرية والسيكوديناميكية. (Günzler , Berner, 2012, p3109).

يمكن تقديم هذه التدخلات على مستوى الفرد أو الزوجين أو المجموعة، اعتمادًا على الصعوبة وحكم المعالج والاحتياجات والتفضيلات الخاصة للأشخاص الذين يطلبون المساعدة (Althof,2010, p 11)، وتشير الأبحاث إلى أن استهداف محتوى التدخل وتصميمه وفقًا لاحتياجات الفرد أو الزوجين أو المجموعة يؤدي إلى زيادة الفعالية ورضا المستخدم (Ryan , Lauver, 2002)

من خلال الاحصائيات التي أشرنا إليها، والمعاناة التي تعشيها المرأة في ظل غياب الوعي ونقص تناول الأبحاث العربية لهذا النوع من الاضطرابات سنحاول التطرق إلى أهم التدخلات العلاجية النفسية لعسر الجماع

2-أوصاف تدخلات وتقنيات العلاج النفسي لعسر الجماع:

2-1العلاج السلوكي المعرفي :Cognitive-béhavioral therapy (CBT)

يهدف العلاج السلوكي المعرفي إلى تعديل المعتقدات المختلة وأنماط التفكير السلبية (إعادة البناء المعرفي). تشمل مكونات العلاج الواجبات المنزلية بين الجلسات، والتثقيف النفسي، والتدريب على المهارات .ويؤثر المعالجون بنشاط على العملية من خلال التفاعل العلاجي وموضوعات المناقشة.

ويشمل:

-تشجيع الاتصال الذاتي والوعي الذاتي:Encourage self-contact, self-awareness

تشجيع المرأة للحفاظ على و / أو زيادة الرغبة الجنسية، والإثارة وربما النشوة الجنسية، عن طريق المداعبة وتأخير الإيلاج حتى تشعر المرأة بالإثارة الكاملة مع منع محدد لمحاولات الجماع حتى تسترخي عضلات الحوض بشكل كاف وتكون المرأة مستعدة وقادرة على قبول الجماع.

(El-sayed Saboula , Ahmed Shahin,2015, p 84)

-تبديل الوضعيات: Switch positions

قد يتسبب الألم الحاد أثناء الجماع في أن يصطدم القضيب بعنق الرحم أو يضغط على عضلات قاع الحوض، مما يتسبب في آلام وتشنجات وتقلصات. يمكن أن يساعد تغيير الوضعيات على تخفيف الألم. يمكن للمرأة أن تجرب وضعيتها فوق زوجها أثناء الجماع، حيث يكون لها عادةً مزيدًا من التحكم في هذا الوضع، لذلك قد تكون قادرة على تنظيم عمق الإيلاج الذي يشعرها بالراحة والمتعة.

(El-sayed Saboula , Ahmed Shahin,2014, p 11091)

-استخدم المزلقات: Use lubricants

يمكن أن تجعل مادة التزليق الشخصية ممارسة الجنس أكثر راحة.

-تقنيات الإلهاء (التشتيت):

التي تركز على الصور الجنسية (El-sayed Saboula , Ahmed Shahin,2015, p 11091)لتشتيت الانتباه عن الألم أو مصدر الازعاج تستخدم الاخيلة الموجهة ، هدفها الأساسي هو تخفيف القلق و التوتر و الخوف الذي يصاحب الجماع ، الذي يزيد من تشنج عضلات المهبل و يصعب الايلاج.

تعتمد على توجيه انتباه المرأة ال شي أخر غير الجماع مثل الصوت، التنفس أو الحركة، للحد من المشاعر السلبية، كما يمكن التركيز على الإحساس الجسدي الإيجابي خلال المحاولة الجنسية.

من المهم استخدام هذه الصور بشكل ملائم وفقا لاحتياجات المرأة ورغبتها وتفضيلاتها.

-تمارين قاع الحوض (تمرين كيجل): Pelvic floor exercise (Kegel's exercise)

تعلم المرأة تمارين استرخاء المهبل المنتظمة بشكل دوري تليها بانقباضات يمكن أن تخفف وتقلل الألم، تعليم كيفية التحكم في عضلات قاع الحوض والتحكم في القدرة على القيام بذلك باستخدام المرآة. (El-sayed Saboula , Ahmed Shahin,2014, p 11091)

تم استخدام العلاج المعرفي السلوكي في الدراسات السابقة للألم واضطراب الوظيفة الجنسية لتمكين المرضى من إعادة تصور ألم الأعضاء التناسلية كمشكلة ألم متعددة الأبعاد تتأثر بمجموعة متنوعة من العوامل بما في ذلك الأفكار والعواطف والسلوكيات والتفاعلات بين الشريكين، تعديل تلك العوامل المرتبطة بالألم خلال الجماع بغية زيادة التكيف وتقليل شدة الألم، تحسين جودة الأداء الجنسي وتعزيز المهارات. (Masheb and al ,2009)

2-2علاجات العلاقة: Relationship therapies(RT)

مع التركيز على مشاكل العلاقات، تشمل هذه التدخلات التدريب على التواصل والمهارات الاجتماعية والاستراتيجيات المعرفية (مثل تبني منظور لتحسين التفاهم المتبادل). العلاج النسقي هو علاج شائع للعلاقات، ويرى أن الصعوبات تنشأ في الأنساق وليس الأفراد. يُعتقد أن الصعوبات تحدث عندما يعطل النظام في أنماط معينة من الفعل ورد الفعل. وبالتالي، فإن فهم السياق الاجتماعي والثقافي والسياسي الذي توجد فيه الصعوبات يُنظر إليه على أنه مفتاح لفهم الصعوبات الحالية

2-3التدخل التربوي: Educational intervention (EI)

هي التدخلات التي تركز على توفير المعلومات حول التغيرات النفسية والفسيولوجية التي تحدث أثناء الاستجابة الجنسية، وما قد يكون طبيعيا أو غير طبيعيا

2-4تدريب المهارات الجنسية Sexual skills training (SST)

تهدف التدخلات التي تركز على التمارين إلى المساعدة في تحسين الوظيفة الجنسية. يمكن ممارسة التمارين من قبل الأفراد أو مع الشركاء الجنسيين وقد تتضمن تمارين التركيز الحسي. (Hobbes,2015, p 26) ، و التي تتضمن التركيز على الحواس خلال التجربة الجنسية و تشمل:

- التدريب على تحسين الوعي الحسي لأجساد الشريكين.
- التدريب على التركيز على الحواس والتمتع باللمس والحركة والصوت اثناء الممارسة الجنسية
- التدريب على تحسين التواصل الجنسي بين الشريكين من خلال التحدث عن الإحساس والحواس والاهتمام بتلبية احتياجات الشريك.

يهدف استخدام التركيز الحسي لتعليم المرأة الشعور بالاسترخاء، و تحسين التفاعل مع الشريك بدلا من التركيز على الأفكار السلبية و مشاعر القلق و الخوف، و بالممارسة المستمرة يمكن تحسن قدرتها على التحكم في جسدها و تحقيق الراحة والاسترخاء اللازمين للحصول على تجربة جنسية مرضية.

2-5العلاج الجنسي (ST): :Sex therapy (ST)

مقاربة تعتمد على دورة الاستجابة الجنسية للماستير وجونسون. وتشمل التثقيف النفسي، والتمارين (على سبيل المثال التركيز الحسي)، والإرشاد النفسي.

من المرجح أن يؤدي العلاج الجنسي الذي يتعامل مع ضائقة العلاقة ومخاوف الأداء الجنسي وأنماط الاتصال غير الوظيفية إلى تعزيز الأداء الجنسي من المستحسن أن يشارك كل من المريض والشريك في العلاج. هو مفيد أيضًا للمرضى أو الأزواج الذين يرغبون في استئناف النشاط الجنسي بعد فترة طويلة من الامتناع عن الممارسة. كما انه فعال في معالجة ردود الفعل النفسية للعلاج الطبي أو الجراحي (Eleonora and al,2005,p33) ، فغالبًا ما يكون التشحيم غير الكافي نتيجة عدم كفاية المداعبة. ويحدث التزليق غير الكافي أيضًا بسبب انخفاض مستويات هرمون الاستروجين بعد انقطاع الطمث أو بعد الولادة أو أثناء

الرضاعة الطبيعية. بالإضافة إلى ذلك، من المعروف أن بعض الأدوية تثبط الرغبة أو الإثارة، مما قد يقلل الترطيب ويجعل الجنس مؤلمً. (El-sayed Saboula , Ahmed Shahin,2014, p 11097)

تطورت تدخلات العلاج النفسي من المقاربة السلوكية المبكرة، والتي تضمنت التركيز الحسي (سلسلة من التمارين التي تهدف إلى زيادة الحميمة في العلاقة الجنسية)، وإزالة الحساسية (التعرض التدريجي للأنشطة الجنسية التي تسبب القلق) إلى المقاربات التي تجمع بين الأساليب السلوكية والتقنيات المعرفية، مثل تحديد وتحدي أنماط التفكير السلبية (حول الجنس والذات والشركاء)، بالإضافة إلى تقنيات لإدارة القلق وبناء مهارات العلاقات. لقد وجد أن الجمع بين التثقيف النفسي والتقنيات السلوكية ومهارات الاتصال فعال، لا سيما مع المقاربات النسقية التي تنظر إلى أن الصعوبات كنتيجة لأنماط التفاعل بين الأفراد المرتبطين بعلاقة، بدلا من الفرد.(Bitzer , Brandenburg , 2009)

-الخاتمة:

عسر الجماع من الاضطرابات الجنسية لدى المرأة التي تؤثر سلبا على الحياة الجنسية والنفسية للمرأة وشريكها. و تعد التدخلات العلاجية النفسية فعالة مع عسر الجماع لتحسين الأداء الجنسي والعلاقة الزوجية والحالة النفسية وإزالة الألم .ورغم ذلك فان أسباب انخفاض مستويات طلب المساعدة للصعوبات الجنسية قد يرجع لنقص المعرفة حول توافر الخدمات ذات الصلة، والاعتقاد بأن المشاكل قد تكون عابرة ،وعدم الراحة والإحراج عند مناقشة الصعوبات الجنسية مع الأخصائي، وكذا تجنب المتخصصين الصحيين بسبب عدم الراحة أو نقص التدريب والتكوين بدء مناقشات حول هذا النوع من الاضطرابات مع المرضى و منه اقدم مجموعه من التوصيات لزيادة الوعي و تحقيق الصحة الجنسية و النفسية للنساء خاصة و هي:

- توفير الخدمات النفسية الجنسية لجميع الأشخاص الذين يعانون من صعوبات جنسية.
- دمج العلاج النفسي بما في ذلك الصحة الجنسية في خدمات الرعاية الصحية في مراكز الصحة.
- التدريب على استراتيجيات التدخل المناسبة، بما في ذلك التشخيص ونهج الإدارة التي تعزز وتحافظ على الصحة الجنسية والإنجابية بين للمرأة
- القيام بالمزيد من الدراسات لمعالجة العوامل المتعلقة بعسر الجماع وإدارتها.

قائمة المراجع:

- الحمادي، انور. معايير DSM-5
- محمد السحيمي، إسراء. (04، 2021). الفروق بين المتزوجات حديثا ذوات اضطراب ضعف الاستثارة الجنسية والطبيعيات في الأفكار الآلية الجنسية السلبية وصورة الجسم المدركة. المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي، (9)349،02-401.https://pshj.journals.ekb.eg/article_184398.html

- .Glasier, Anna and Gulmezoglu, Metin and Schmid, George.P and Moreno, Claude Garcia and look, paul fa va Look, P. F. (11,2006).Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *Lancet. 368*, 1595-1607. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17084760/
- Althof, Stanley.E. (2010). What's new in sex therapy. *Journal of Sexual Medicine, 7*, 5-13. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20092458/
- Binik, M. Yitzchak.(02,2005). Should dyspareunia be classified as a sexual dysfunction in DSM- V? A painful classification decision. Archive of Sexual Behavior. 34(1), 11-21.https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15772767/
- Bitzer, Johannes and Brandenburg, Ulrike. (2009). Psychotherapeutic interventions for female sexual dysfunction. *Maturitas*, *63*, 160-163. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19329264/
- Desrochers, Genevieve and Bergeron, Sophie and Landry, Tina and Jodoin, Mélanie.(2008). Do psychosexual factors play a role in the etiology of provoked vestibulodynia? A critical review. *Journal of Sex & Marital Therapy*.34, 198–226. Https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18398760/
- Desrochers, Genevive. And Bergeron, Sophie and Khalife, Samir and Dupuis, Marie-jose and Jodoin, Melanie.(08,2009). Fear avoidance and self-efficacy in relation to pain and sexual impairment in women with provoked vestibulodynia. *Clin. J. Pain.*, 25(06), 520- 527. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19542801/
- Eleonora, B Pasqualotto and Fabio Firmbach Pasqualotto and Bernardo P. Sobreiro and Antonio Marmo Lucon.(2005). Female sexual dysfunction: the important points to remember, Clinics, 60(1),51-60.https://www.scielo.br/j/clin/a/YQMmYsdY9wLvHLt4WHJpttv/?lang=en
- El-sayed Saboula , Nabila and Ahmed Shahin, Marwa.(03,04,2015). Effect of Cognitive Behavioral Therapy on Women with Dyspareunia : A Nursing Intervention. *Journal of Nursing and Health Science,4(2),81-91.*https://www.iosrjournals.org/iosr-jnhs/papers/vol4-issue2/Version-1/P04218191.pdf
- El-sayed Saboula , Nabila and Ahmed Shahin, Marwa.(12,2014). EFFECT OF COGNITIVE behavioral therapy on women with dyspareunia .International Journal of Current Research,6(12), 11089-11098 https://www.researchgate.net/publication/351824342_EFFECT_OF_COGNITIVE_BEHAVIORAL_THERAPY_ON_WOMEN_WITH_DYSPAREUNIA
- Farmer, Mellissa A and Meston, Cindy. M. (2007. Predictors of genital pain in young women. *Archives of Sexual Behav*, 36, 831–843. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2857760/
- Ferrero, S and Remorgida, N.(2008). Deep dyspareunia: cause, treatments, and results,

current *Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 20(4),394-399. https://journals.lww.com/coobgyn/Abstract/2008/08000/Deep_dyspareunia__causes,_treatments,_and_results.12.aspx

- Graham, Cynthia.A.. (01,03,2016). Reconceptualising women's sexual desire and arousal in DSM-5.*Psychology and Sexuality. 7*(1), 34-47. https://psycnet.apa.org/record/2016-28328-004
- Günzler, Cindy.and Berner, Michael. M. (2012). Efficacy of psychosocial interventions in men andwomen With sexual dysfunctions—A systematic review of controlled clinical trials. Part 2 - The efficacy of psychosocial interventions for female sexual dysfunction. International Society for Sexual Medicine. *9,* 3108-3125. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23088366/
- Hobbs, Lorna Jane .(2015).Psychotherapeutic interventions for sexual problems delivered via the Internet effectiveness, acceptabilityand reach)PhD thesis). University College London. https://core.ac.uk/download/pdf/79508758.pdf
- Kedde, Harald and ,Donker, Gé and Leusink, Peter and Kruijer, Hans. (2011). The incidence of sexual dysfunction in patients attending Dutch general Practitioners. International Journal of Sexual Health, 23(4), 269-277. https://postprint.nivel.nl/PPpp3650.pdf
- Masheb, Robin. M and Kerns, Robert. D and Lozano, Christine and Minkin, Mary. J. and Richman, Susan. (2009. A randomized clinical trial for women with vulvodynia: Cognitive–behavioral therapy vs. Supportive psychotherapy. International Association for the Study of Pain, 141, 31–40.https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19022580/
- Mitchell, Kirstin. R, and al.. (30,11,2013). Sexual function in Britain: findings from the third NationalSurvey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lancet. 382*, 1817-1829. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24286787/
- Ryan, Polly and Lauver, Diane Ruth. (2002). The efficacy of tailored interventions. *Journal of Nursing Scholarship*, *34*(4), 331-337. https://psycnet.apa.org/record/2003-03673-003
- Sobhgol S.S, and Charndabee, Mohammad Alizadeli.(2007). Rate and related factors of dyspareunmia in reproductive age women: a cross-sectional study. *International Journal of Impotence Research*, 19, 88–94. https://www.nature.com/articles/3901495

المركز الديمقراطي العربي
للدراسات الاستراتيجية، الاقتصادية والسياسية
Democratic Arabic Center
for Strategic, Political & Economic Studies

المؤتمر الدولي العلمي:

الاضطرابات الجنسية بين المفهوم والتشخيص والعلاج

Sexual disorders between concept, diagnosis and treatment

أ.عمار شرعان، رئيس المركز الديمقراطي العربي، برلين، ألمانيا

التنسيق والنشر: د.حنان طرشان

رقم تسجيل الكتاب

VR .3383-6810. B

أغسطس/أوت2023